**Ведение**

**Суггестивная психотерапия**

**Гипноз и внушение**

История развития учения о гипнозе и внушении

Природа гипноз

Внушение

Гипносуггестия

Наркопсихотерапия

**Самовнушение**

Общее положение

Произвольное самовнушение (метод Куэ)

Самовнушение, йога и техники медитации

Аутогенная тренировка (метод Шульца)

**Психоанализ и недирективная психотерапия**

**Теоретические основы и главные направления недирективной психотерапии**

Зигмунд Фрейд и психоанализ

Карл Юнг: аналитическая психология и психотерапия

**Рациональная психотерапия**

Общее положения

Субъективная картина болезни

Основы формальной логики

Техника терапии

**Классический психоанализ**

Теоретические основы психоанализа

Техника психоанализа

Анализ сопротивления

**Трансакционный анализ**

Общее положения

Структурный анализ

Анализ трансакций

**Психосинтез**

Теоретические основы психосинтеза

Техника психосинтеза

**Нейролингвистическое программирование**

Основные положения

Методы и техники

**Групповая психотерапия**

Основные положения

Группы тренинга. Техника занятий Т-групп.

Группы встреч

Гештальт-терапия

Психодрама

**Психотерапия**

Метод лечения

Способ достижения

Профилактика психотравматических факторов

Информация

Эмоции

Психогенетика

Психопрофилактика

Характер воздействия (прямая – косвенная)

Этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая)

По цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая)

По участию в ней больного (мобилизирующе – волевая, пассивная)

По виду воздействия врача (авторитарная, разъяснительная, обучающая, тренирующая)

По мусту воздействия (гетерогенная, аутогенная)

По направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагоническая, дискуссионная)

По тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная)

**Систематизация психотерапии**

По числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная, коллективная, групповая)

Классификация выбора методов психотерапии в зависимости от заболевания.

* При острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия.
* При вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка.
* При жизненных трудностях – «разговорная» терапия.
* При фобиях – поведенческая терапия.
* При характерологических нарушениях – гештальттерапия, психодрама.
* При расстройствах, связанных с семейными проблемами – семейная психотерапия.
* При комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения – глубинно-психологические методы.

Основные правила психотерапии.

* Психотерапия может быть только клинической. Врач, практикующий психотерапию, прежде всего, должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.
* Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
* Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимущества перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие или плохие психотерапевты.
* Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.
* Психотерапия не эффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному лечению.
* Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуальной, личностно и социально ориентированной.
* Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и, что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. В противном случае, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем – шарлатаном.
* Психотерапия, так же как и любая другая отрасль клинической медицины, должна держаться на трех «китах»: клинике, знаниях (теории) и профессионализме.

**История развития учения о гипнозе и внушении.**

Англия

Гипноз и внушение.

Древний Египет Эберс (XVI в до н. э.)

Греция

Иисус Христос

Восток - Индия

Франция

|  |  |
| --- | --- |
| Ученый | Вклад в психотерапию |
| Месмер Франц Антон (1734-1815). | Практикующий врач. Основоположник гипноза. «Вселенная пронизана особого рода невидимой субстанцией – магнетическим флюидом, и отдельная, особо одаренные личности обладают способностью «накапливать» в себе магнетические флюиды, а затем непосредственно или через специальные приспособления передавать их другим людям. |
| Шостенье де Пьюнсегюр | Открыл в 1818 году сомнамбулизм – наиболее глубокая стадия гипноза. |
| Джеймс Брейд (1795-1860). | Он рассматривал гипноз, как особый вид сна, наступающий в результате утомления сосредоточенного взора и внимания. Для объяснения гипноза он использовал гипотезу о моноидализме или о состоянии охвачены одной единственной мыслью. |
| Жан Мартен Шарко (1825-1893). | Разработал свой «шоковый» метод гипноза. Выделял три стадии глубины гипноза: каталепсию, летаргию, сомнамбулизм |
| Отто Веттерстенд | Шведский психотерапевт занимался лечением болезней сердца, астмы, болезни желудка с помощью гипноза. |
| Данилевский (1852-1939) | Занимался вопросами гипнотического воздействия на животных. |
| Токарский (1959-1901) | Внедрял гипноз в лечебную практику. Написал книгу «Терапевтическое применение гипноза» (Токарский 1890) |
| В. М. Бехтерев (1857-1927) | Выдающийся ученый. В лечении больных широко использовал внушение под гипнозом. Всю жизнь занимался внедрением в практику гипносуггестивной терапии. Триада Бехтерева:* Разъяснительная беседа рационального плана.
* Внушение в гипнозе.
* Обучение участников группы формулам самовнушения.
 |

.

**Природа гипноза.**

|  |  |
| --- | --- |
| Нейродинамическая теория И. П. Павлова. | Психоаналитическая теория по Фрейду. |
| Гипноз – частичный сон. Фазы:* Уравнительная – сольное раздражение вызывает слабую реакцию, а слабую – сильную.
* Парадоксальную – необыкновенная сила слова в состоянии гипноза, которые в бодрствующем состоянии является слабым раздражителем.
* Ультрапарадоксальная.

Сон – это активный процесс, тесно связанный не только с функций коры головного мозга.* Активный.
* Пассивный.
 | Гипноз – это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям.Гипнотическое отношения заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании за исключением полового удовлетворения.  |

**Природа гипноза**

Брейнгем: гипноз – одна из форм выражения внушения.

Шарко: идентифицировал гипноз с истерическим неврозом, рассматривал и то и другое как болезненное помрачнение сознание.

Orne: гипноз – продукт исскуственного созданной экспериментальной ситуации. (Сумасшествие на двоих).

Бехтерев – гипноз это искусственно вызванный сочетанный рефлекс тормозного характера с подавлением активного сосредоточения.

Шерток – гипноз – это транс.

Свядощ – гипнотический сон – это состояние суженого сознания, вызванное действием гипнотизера и характера повышенной внушаемости.

Рожнов – гипноз – особое психическое состояние, возникшее под влиянием направленного психологического воздействия и отличающееся от сна.

Вербальное (Внушение с помощью слов)

**Внушение**

Гетеросуггестия (Внушение, производимое другим лицом)

Аутосуггестия (Самовнушение)

Реальное (Внушение, вызванное каким-либо процессом или действий)

Прямые – реализуется непосредственно через слово врача.

Косвенное – врач прибегает к помощи добавочного раздражителя.

Внушение в состоянии бодрствования – эффективность напрямую зависит от обстановки, в которой проводится лечение.

1. После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающем сомнения тоном.
2. Пациент усаживается поудобнее на стул или в кресло. Врач становится напротив и негромко, но уверенным голосом говорит. Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной.
3. Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение.

Внушение в состоянии естественного сна. В практике наиболее часто встречаются:

1. Больного переводят из состоянии сна в просоночное, налаживает с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение.
2. С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения.
3. Никтосуггестия. Предварительно проводится сеанс коллективной гипнотерапии или суггестии наяву, во время, которого пациентам внушается, что они ночью будут спать, но сквозь сон услышат сигнал и внушение, которое принесет им исцеление.

**Гипносуггестия.**

Общие положения.

Метод внушения в гипнозе – в основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а, следовательно, повышается внушаемость.

Основные условия – умение врача вызвать состояние гипноза.

**Подготовительный период**

**Предварительная беседа с пациентом**

**Пробы на внушаемость**

Методы и техника гипнотизирования

Метод Фариа или фасциации. Индийский метод факиров. Врач находится на расстоянии 30-50 см от пациента. В числе первых специалистов, разработавших метод словесного погружения, был последователь Брейда, современник Бернгейма и Шарко Амвросий Август Льебо. Он клал руку на лоб пациента и внушал ему то состояние, которое испытывает засыпающий человек, и, таким образом, добивался гипнотического транса с раппортом. В последующем воздействие слабых монотонных раздражителей, воздействующих на зрительный, слуховой или кожный анализаторы, в сочетании с вербальным внушением сна стало основой многих комбинированных или смешанных, техник гипнотизирования.

Метод Эриксона. Известен, как метод поднятия руки, или американский метод. Этот метод имеет некоторые преимущества, т. к. заставляет пациента активно участвовать в процессе гипнотизирования и подготавливает почву для аналитической психотерапии.

Метод Д. А. Когана и В. М. Файбушевича. Отличается своей простотой и изяществом. Для того чтобы пациент впал в гипноз, ему читают стихотворение.

Метод Шарко. Шоковый метод.

Метод Фогта-Кречмера (фракционный гипноз). Обычно применяется в тех случаях, когда больной мало гипнабелен и у врача нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз. Больной каждые 3-5 минут выводится из состояния дремоты, затем снова погружается в гипноз. Во время паузы полезно успокоить больного, попросить его расслабиться. Кречмер (1949) перед сеансом и во время пауз рекомендовал аутогенные тренировки на релаксацию, тяжесть и тепло в конечностях.

Метод Кречмера-Эриксона. Гипнотизер «вяжет сетку слов» и только периодически вставляет фразу, которая содержит прямую суггестию. Эта фраза (или слово) действует с особой силой, т. к. у пациента создается впечатление, что он сам активно участвует в процессе лечения.

Метод «путаница». Лучше применять его при лечении людей высокообразованных, скептически относящихся к гипнозу. Сущность метода заключается в том, что пациенту делается ряд противоречивых, взаимоисключающих, разнонаправленных внушений, требующих от него постоянного и быстрого переключения внимания. Этот метод можно несколько видоизменить. Врач начинает с житейских рассуждений о том, как легко мы часто путаем дни и недели. Если пациент соглашается, то врач продолжает путать дальше.

Репетиционный метод. Больному предлагают зрительно вообразить, что он выполняет какое-то задание под гипнозом, а затем подключить к этому другие формы воображения: слуховую, кинестетическую.

Метод множественной диссоциации. Пациенту предлагают, чтобы он вообразил стеклянный шарик, а затем внушают: «Вы видите в этом шарике себя. Вы жизнерадостны, счастливы и здоровы». Потом просят вообразить второй, третий и т. д., индуцируют различные, но взаимосвязанные картинки, которые пациент «видит» в этих шариках.

Метод «сюрприз». Пациента, с которым ведут индифферентную беседу, внезапно спрашивают: «какой породы вот эта собака?» и указывают выразительным жестом на пустое место, или уверенным голосом предлагают определить ценность денежных знаков, которые врач держит в руках. Внушаемый больной выполняет просьбу, хотя в руках врача находятся чистые листки вырезанной бумаги. После этого больному проводят лечебное внушение.

Техника Бернгейма. Бернгейм применял техники внушения:

* «Смотрите на меня, и думайте только о том, чтобы заснуть. Вы чувствуете тяжесть ваших век и усталость в глазах; ваши глаза моргают…»
* «Я держу два пальца правой руки перед глазами пациента и прошу смотреть на них пристально. Ваши веки закрываются… после 8-10 минут внушения я отнимаю пальцы, глаза остаются закрытыми; я поднимаю руки, они остаются в воздухе, это каталептический сон".

Техника К. И. Платонова. Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова усыпления, наряду с которыми, он может пользоваться также вспомогательными физическими приемами усыпления.

Последние могут выражаться, например, в виде слабых, ритмических раздражителей одного из анализаторов, или же нескольких анализаторов сразу, с целью развития в них тормозного процесса.

Техника И. З. Вельвовского. Используются слабые монотонные раздражители: постукивание, звук метронома, фиксирование взглядом шарика, легкие тактильные раздражители.

Техника В. Е. Рожнова. Больному предлагают фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном блестящем предмете, обычно на металлическом шаре или кончике молоточка. Слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми.

Техника Шертока. Пациента просят фиксировать взгляд на предмете, который находится на расстоянии примерно 25 см от его глаз.

Лечебные внушения в гипнозе.

Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда прямо зависит от глубины гипнотического транса. Для того чтобы достичь хорошего результата надо обязательно добиться сомнамбулы.

Общие.

Относятся снимающие болезненные симптомы и воззванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить уже нельзя.

Рекомендуется начинать сеанс со снятия наиболее легко устраняемых симптомов. Постепенность обычно лучше обеспечивает прочность достигнутых результатов.

Специальные.

Эти внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть, однако новых «форм внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Вырабатываются каждый раз новую форму лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его заболевания, этапа лечения.

Частные случаи в гипнозе.

Бронхиальная астма.Внушается, что пациенту становится все легче дышать и он выздоравливает.

Язвенная болезнь желудка. Внушается, что нервная система с каждым днем укрепляется. Настроение улучшается и пациент выздоравливает.

Неврастения с нарушением сна.

Пациенту внушается, что он будет хорошо спать, если будет ложиться в определенное время каждый день.

Дегипнотизация.

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить неспеша.

Этапы дегипнотизации:

* Закрепление позиционных элементов на постгипнотический период.
* Внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах.
* Отключение пациента от привязанности к гипнопсихотерапии.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения.

Глубина гипноза.

Между состоянием бодрствования и глубоким гипнотическим трансом существует целая гамма промежуточных состояний:

Легкий гипноз (сонливость). Пациент находится в глубоком дремотном состоянии, но может противостоять словесным внушениям, не теряет связи с окружающем. По субъективному отчету пациент спящим себя не считает.

Средний гипноз (гипотаксис). Характеризуется выраженной сонливостью, мышечной слабостью, притуплением органов чувств, утратой произвольных движений.

Глубокий гипноз (сомнамбулизм). Характеризуется нарушением ориентировки полной постгипнотической амнезией. В состоянии гипноза пациент не воспринимает никаких внешних раздражителей.

Шкала Дэвиса и Хасбенда.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Глубина гипноза | Стадия гипноза | Признаки |
| Невосприимчивость | 0 | -------- |
| Гипноидность | 12345 | ---------РелаксацияХлопанье векамиЗакрывание глазПолная физическая релаксация |
| Легкий транс | 671011 | ОфтальмоплегияКаталепсия конечностейРигидная каталепсияАнестезия по типу «перчаток» |
| Средний транс | 1315171820 | Частичная амнезияПостгипнотическая амнезияИзменение личностиПростые постгипнотические внушенияКинестетические иллюзии; полная амнезия |
| Глубокий транс | 2123252627282930 | Способность открывать глаза, не выходя из трансаФантастические постгипнотические внушенияПолный сомнамбулизмПозитивные постгипнотические зрительные галлюцинацииПозитивные постгипнотические слуховые галлюцинацииСистемная Постгипнотическая амнезияНегативные слуховые галлюцинацииНегативные зрительные галлюцинации. |

**Осложнения при гипнотизации**

Утрата раппорта во время сеанса.

 В таких случаях гипнотический транс переходит в обычный сон. Гипнологу нужно или закончить сеанс, или, разбудив пациента, начать сеанс заново.

Спонтанный катарсис.

Во время гипноза у больного без внешнего повода внезапно всплывает травмировавшие его ранее переживания, в связи, с чем могут появиться слезы, рыдания. Эмоциональная реакция подавляется прямым показанием успокоиться и продолжать спать.

Истерический гипноид.

Во время сна возникает истерический припадок с типичными вскрикиваниями. В этих случаях в повелительном тоне нужно прекратить сеанс и успокоить больного.

Спонтанный сомнамбулизм.

Возникает так же, как и истерический гипноид, преимущественно у истерических личностей. Начинается с утраты раппорта. Характерны театральность, сохранение частичного контакта и последующая частичная амнезия. Может длиться от нескольких минут до нескольких часов и переходит в естественный сон.

Гипнотическая летаргия.

Возникает обычно в третей стадии гипноза. Врач утрачивает раппорт с пациентом и лишается возможности вывести его из гипноза. В таких случаях надо ждать, когда гипнотический транс перейдет в естественный сон.

Показания и противопоказания к применению гипнотический терапии.

**Показания.**

* Прямым показаниям к применению внушения в гипнозе является истерический невроз.
* При нарушении сна, неврастении.
* В борьбе с вредными привычками у детей (кусание ногтей и т. д.)
* При психогенных депрессиях.
* Соматические заболевания.
* Наркомания, тобакокурение, алкоголизм.
* Акушерство и гинекология, хирургия.
* Заболевания кожи, ожоги.

**Противопоказания.**

* Психозы, прежде всего шизофрении.
* Инфаркты миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения.
* Как обезболивающее средство.
* Истерическим личностям с гипноматическими установками.
* Надо избегать сеансов с людьми, которые чрезмерно привязаны к этому врачу.

Эффективность суггестивной психотерапии.

Главное – это вера самого врача в возможности гипнотической терапии, его надежда и уверенность в излечении пациента.

Гипнотизер всегда должен казаться спокойным, уверенным в себе, не должен смущаться, а тем более отчаиваться в случае неожиданных отклонений. Хорошей психотерапевт должен быть не плохим актером.

**Наркопсихотерапия.**

Общие положения.

Наркопсихотерапия отличается от других методов тем, что она проводится с применением небольших доз наркотических средств, чаще всего барбитуратов.

Некоторые авторы склонны рассматривать наркопсихотерапию как метод «внушения в состоянии наркотического сна».

Наиболее широкого распространения применение наркопсихотерапии достигло в годы Второй мировой войны.

Техника лечения.

Больному предварительно разъясняют характер проводимого лечения. При этом очень важно выработать положительное отношение к методу лечения и внушить больному надежду на его успех. В этом отношении хорошее действие оказывает общее с больными, уже излеченными этим методов, а также некоторая экспозиция (2-3 дня) от момента назначения до первого сеанса.

Сеансы проводятся не реже двух раз в неделю, от 3 до 15 на курс лечения. Больной укладывается в горизонтальное положение, и ему внутривенно очень медленно (1 мл в минуту), обязательно в присутствии врача, вводится 2-4 мл 5%-ного раствора гексенала или любое вещество аналогичного действия (пентанол, эвипан, гексебарбитон, типентал натрия, амитал натрия и др.). Значительно реже доза может достигать 5-6 мл. Во время введения препарата с больным поддерживается активная беседа.

Выделяют несколько стадий барбитурового наркоза:

* *Стадия общей активности и инициативы.* Характеризуется тем, что у больных уже после введения небольших доз гексенала (0,2-0,4 мл) сводятся до минимума активные движения, замедляется и становится дизартричной речь.
* *Стадия эмоциональных сдвигов.* Проявляется эйфорией, речедвигательной расторможенностью, облегчением и ускорением ассоциативных процессов.
* *Стадия измененного сознания.* Чаще всего возникают оглушенность различной степени выраженности, психомоторная заторможенность.
* *Стадия поверхностного сна, который быстро переходит в наркоз.* Искусство наркотизатора в данном случае заключается в умении «вычленить» и пролонгировать 2-3 стадии наркоза.

Методики приема наркопсихотерапии:

* *Использование кратковременного действия неполного гексеналового наркоза.* Препарат вводят в течение 3-4 минут до достижения 2-3 стадии наркоза.
* *Использование пролонгированного действия гексеналового наркоза.* Игла остается в вене 10-15 минут, а препарат вводится очень медленно и прерывисто (0,1-0,2 мл 5%-ного раствора гексенала в минуту).
* *Наркогипноз.* Внутривенно вводят небольшую дозу гексенала или амитала натрия (1-2 мл 5%-ного раствора), а затем пациента погружают в состояние гипноза.
* *Гипнонаркоз.* Внутривенно введение гексенала осуществляется на фоне вызванного у пациента гипнотического состояния.
* *Прием многократных внутривенных введений барбитуратов.* Проводится в форме курса лечения (от 12 до 20 внутривенных инъекций через день 3-4 мл 5%-ного раствора гексенала).
* *Комбинированная наркопсихотерапия.* Включает в себе несколько методических приемов, которые применяются одновременно или выборочно в зависимости от протекания лечебного процесса.
* *Групповая наркопсихотерапия.* Группа формируется из 5-12 человек. Подбор осуществляется по следующим принципам: характер заболевания, пониженные внушаемость и гипнабельность.

После изучения каждого больного врач излагает сущность метода лечения всей группе. Каждый больной коротко рассказывает о своем заболевании и связанных с ним переживаниях. Происходит обмен мнениями.

**Общие положения.**

Самовнушение, так же как и внушение, - категория психологическая. Сюда в определенном смысле можно отнести и такие понятия, как самовоспитание, саморегуляция, самовоздействие и т. д.

Существует много определение самовнушения. Под самовнушением понимают «усиление влияния представлений на вегетативные или психические процессы, вызванные психической активностью лица, проводящего самовнушение».

**Произвольное самовнушение (метод КУЭ).**

Эмиль Куэ. Будучи наблюдательным человеком и постоянно общаясь с пациентами, Куэ обратил внимание на то, что лечебный эффект лекарства зависит не только от его фармакологических свойств, но в еще большей степени от того, верит ли больной в целебную силу этого лекарства или нет.

Основываясь на своих практических наблюдениях, Куэ создал систему психотерапевтической помощи, которую назвал «школой самообладания путем сознательного самовнушения».

С современных позиций некоторые теоретические рассуждения Куэ кажутся упрощенными и даже примитивными. Тем не менее, созданный им метод «произвольного самовнушения» применяется в практике психотерапии и по сегодняшний день. Куэ считал, что главной причиной заболевания является болезненное воображение, в котором проявляется бессознательное Ид.

**Техника лечения.** Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, проводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Чтобы убедить больного в том, что его собственные мысли, представления могут влиять на непроизвольные функции организма, мы нередко используем пробу с маятником.

Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Сеанс самовнушения продолжается 3-4 минуты, повторяется 2-3 раза в день в течение 6-8 недель.

**Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона).**

Метод предложен чикагским врачом Эдмундом Джекобсоном. Он исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение – их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

**Техника лечения.** Лечение начинается с беседы с больным, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивает, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое.

Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации:

* *Первый этап.* Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз.
* *Второй этап (дифференцированная релаксация).* Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее – расслабляться при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.
* *Третий этап.* Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях или болезненных состояниях. Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные потрясения.

**Самовнушение, йога и техника медитации.**

Современные методы лечебного самовнушения при всем их многообразии имеют древние и в большинстве своем общие истоки. К таким истокам, прежде всего, относится **древнеиндийская система йоги** с ее эмпирическими находками.

Значение слова «йога» соответствует его санскритскому корню «йюдж», что означает «запрягать в упряжку, надевать сбрую, дисциплинированность», а в более широком смысле – «заставить себя сосредоточиться, мобилизоваться».

Йога – широкое понятие, которое включает в себя и цель, и средства ее достижения. Прежде всего, йога – древнеиндийская система. Главное в ней – учение о самосознании. Путем самосознания, согласно йоге, человек может достичь «освобождения», то есть, способен освободить свое индивидуальное сознание (душу) от влияния условий материальной жизни и слить его с абсолютным знанием (Богом). Самосознание достигается путем сосредоточения, при котором «созерцающие сознание теряется в созерцаемом объекте и перестает сознавать себя»

**Самадхи (сосредоточение)** – достигается, если концентрация внимания на объекте удерживается 1728 секунд.

**Основные ступени.**

**Нияма (культура питания, труда и отдыха)** содержит 5 «внутренних» заповедей: очищение, скромность, умеренность, декламацию очищающих изречений (молитвы), смирение.

**Асаны (поза)** – существует около 500 асан: для медитации и релаксации, для укрепления тела, для очищения пищеварительной системы.

**Пранаяма (контроль дыхания)** – упражнение по йоговскому дыханию. Выделяют 4 фазы дыхания: вдох (пурака), задержка (кумбхака), выдох (речана), пауза после выдоха.

**Пратьяхара (удаление чувств)** – «негативная» концентрация, посредством которой достигается физическое и психологическое расслабление.

**Дхарана (концентрация внимания)** – активная концентрация внимания на объекте (внешнем или внутреннем).

**Дхьяна (созерцание)** – процесс проникновения в сущность объекта сосредоточения.

**Яма (воздержание)** включает в себя 5 «внешних» заповедей: не убивай, не лги, не смущай, блюди целомудрие, не жалей богатства. Заповедь «не убивай» толкуется широко и включает в себя требование не есть мясо, рыбу, яйца, не курить и т. д.

Первые 4 ступени ориентированны главным образом на психологическую и физическую подготовку; последние 4 – на тренировку психических процессов.

Последние 3 ступени (драхма, дхьяна и самадхи) являются этапами медитации. Переход от одного этапа к последующему не нуждается в применении специальной техники. Он связан только с увеличением глубины концентрации на объекте.

Центральным методом самовнушения в восточных учениях является **медитация.**

Слово медитация происходит от греческого медомой («о чем-либо размышлять»). Ему соответствует санскритский термин дхьяна («размышление», «углубление»).

С позиции древнеиндийской психологии бодрствующее сознание человека имеет три возможных состояния:

* Неспособность сосредоточится на одной мысли (состояние, противоположное медитации);
* Навязчивая мысль, мотив, образ (непроизвольная медитация);
* Способность произвольно сосредоточиться на чем угодно и не думать о том, что мешает в данный момент (медитация).

Иначе говоря, медитация – это всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Техника медитации йогов связана с понятиями, как янтры и мантры:

**Янтры**.

 Уже первобытный человек пытался материловать свои представления о мире в виде наскальных рисунков.

**Мантры.**

Влияние звуков и речи на психическое состояние человека. Основное значение речи состоит в передаче информации. Однако эмоциональное и суггестивное воздействие человеческой речи определяется не только содержанием информации, но и зависит от выразительности, громкости, музыкальности произнесенных слов.

**Техника медитации.** Упражняясь в медитации, следует соблюдать следующие правила:

* Помещение для медитации должно быть тихим, теплым и уютным. В последующем медитировать можно в любой обстановке.
* Медитация должна выполняться натощак или через 1-2 часа после еды, лучше утром (до завтрака) и вечером (перед ужином).
* Не следует проводить тренировок, если вы чувствуете себя нездоровым или эмоционально перевозбуждены.
* Во время медитации не сопротивляйтесь мыслям, спонтанно возникающим в сознании; пусть они исчезнут сами.
* Не превращайте медитацию в «идею фикс».
* Медитацией следует заниматься 40-45 минут 3-4 раза в неделю.

**Аутогенная тренировка (метод Шульца).**

Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низкая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Создателем метода аутогенной тренировки по праву считают Иоганса Генриха Шульца, ему же принадлежит и термин «аутогенная тренировка». Временем создания метода считают 1932 год, однако корни его рождения уходят в далекое прошлое.

Шульцу еще при жизни посчастливилось быть свидетелем «победного шествия» аутогенной тренировки. Она по своему характеру является методом синтетическим.

Основной заслугой Шульца является, прежде всего, то, что он освободил учение йоги от распространенной интерпретации или от налета мистицизма. Предложенная методика аутогенной тренировки в отличие от ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени; 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

**Техника АТ-1.**

Перед началом тренировки с пациентом проводится беседа, в которой в доступной форме объясняется физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений. Сеансы проводятся лежа или сидя, в позе «кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья – на коленях, ноги удобно расставлены).

**Техника АТ-2.**

К высшей ступени аутогенной тренировки относится упражнение, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний. В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация. *Упражнения по аутогенной модификации* включает в себя специальные упражнения для внутренних органов и формулы-намерения. *Упражнение по аутогенной нейтрализации* включает в себя аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и выздоравливанию. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается аффективной реакцией (*аутокатарсис*).

*«Покой»* (соответствует первому стандартному упражнению по Шульцу). Группа комплексов направлена на достижение «телесного покоя». Используется методика прогрессирующей релаксации по Джекобсону. Показания: эмоциональные нарушения, расстройства сна.

**Модификация Клейнзорге – Клюмбиеса.** В отличие от классической методики Шульца авторы большое значений придают синдромологическим ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Авторы выделяют следующие группы комплексов.

*«Голова»* Упражнения являются модификацией упражнений Шульца. Иногда ощущения прохлады в области лба усиливают головные боли, головокружение. Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром Меньера.

«*Сосуды*» Образные представления акцентируются на ощущение тела. Показания: нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертензия.

*«Сердце»* При выполнении упражнения целенаправленно вызываются ощущения тела в левой руке, а затем в области сердца. Показания: стенокардия, функциональная неврогенная аритмия.

*«Легкие»* Тренировка направлена, прежде всего, на ритмизацию дыхания. Это обеспечивает мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха, паузы и выдоха. Показания: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные нарушения ритма дыхания.

*«Живот»* Произвольное самовнушение тела в отдельных органах брюшной полости – в области желудка, печени, кишечника. Показания: хронические гастриты и гепатиты, спастические колиты, дискинезии желудочного пузыря.

**Психотоническая тренировка по Мировскому – Шогаму.** Обычно аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и в конечном итоге на транквилизирующий эффект. Показания: гипостеническая форма астении, артериальная гипотензия.

Появились такие понятия, как «*психомышечная тренировка», «психогенная саморегуляция»* (ПСР), *«психорегулирующая тренировка»* (ПРТ), *«психофизическая тренировка»* (ПФТ), *«эмоционально-волевая подготовка»* (ЭВЛ), *«психосоматическая гимнастика»* (ПСГ).

**Психомышленная тренировка по Алексееву.** В основе лежат следующие элементы:

* Умение расслабиться.
* Способность максимально ярко, с предварительной силой воображения, но, не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения.
* Умение удержать внимание на избранном объекте.
* Умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

Обучение проводят в форме гетеротренинга. Чаще применяются в спортивной практике.

**Аутогенная тренировка и обратная биологическая связь.** Сочетанное применение аутогенной тренировки и обратной биологической связи (ОБС) является одним из перспективных направлений в психотерапии.

**Зигмунд Фрейд и психоанализ.**

Исторический очерк.

В 1896 году Фрейд впервые употребил термин ***психоанализ***, под которым подразумевал метод исследования психических процессов, являющийся в то же время и новым методом лечения неврозов.

Психоанализ начинает приобретать популярность. Вокруг Фрейда формируется кружек единомышленников: Альфред Адлер, Шандор Ференчи, Карл Юнг, Отто Ранк, Карл Абрахам, Эрнест Джоунс и др.

В последние годы жизни учение Фрейда претерпевает существенное изменение и получает свое философское завершение. По мере того как работы ученого становятся все более известными, усиливалась и критика его учения.

**Основные положение учения Фрейда**

**Психический детерминизм.** Фрейд полагал, что душевная жизнь – это последовательный непрерывный процесс. Закон сохранения энергии применим к ней так же, как и ко всем другим процессом.

**Сознательное, подсознательное, бессознательное.** В душевной жизни Фрейд выделяет три уровня: сознание, предсознание и подсознание (бессознательное). К бессознательному относятся многие инстинкты, вообще недоступные сознанию, а также мысли и чувства, подвергнутые «цензуре». То, что мы привыкли называть сознанием, представляет собой, айсберг, большую часть которого занимает бессознательное. Предсознание – та часть бессознательного, которая может стать сознанием.

**Пробуждения, инстинкты и принцип равновесия.** Инстинкты – это силы,побуждающие человека к действию. Физические аспекты инстинкта Фрейда называются потребностями, психические – желаниями. Инстинкт содержит четыре компонента: источник (потребности, желания), цель, импульс и объект. Импульс инстинкта – это те энергия, силы или напряжения, которые используются для удовлетворения инстинкта. Объект инстинкта – это те предметы или действия, которые удовлетворяют первоначальную цель.

**Психосексуальные стадии развития.** В самом начале жизни половое влечение неотделимо от инстинкта самосохранения, но в отличие от последнего обладают способностью к вытеснению и сложной трансформации. Первая область – это оральная стадия сексуального развития. В возрасте от 2 до 4 лет особое внимание сосредотачивается на акте уринации и дефекации – это анальная стадия. Далее следует фаллическая стадия сексуального развития. По меньшей мере, с 3 лет ребенок впервые обращает внимание на наличие или отсутствие у него пениса. К 5-6 годам сексуальная напряженность у ребенка ослабевает, и он переключается на учебу, спорт, различного рода увлечения. С этого времени наступает так называемый латентный период (6-12 лет). В подростковый период наступает стадия половой зрелости – генитальная стадия.

**Основные положение учения Фрейда**

**Структура личности.** В структуре личности Фрейд выделяет Ид, Эго и супер-Эго (Оно, Я, сверх-Я). Ид – это первоначальная, основная, центральная и вместе с тем наиболее архаичная часть личности. Ид содержит все уникальное, все, что есть при рождении, что заложено в конструкции – кроме всего прочего, исследовано. Эго развивается из Ид, но в отличие от последнего находится в постоянном контакте с внешнем миром. Эго защищает Ид, как кора – дерево, но при этом питается энергией Ид. Супер-Эго развивается из Эго и является судьей и цензором его деятельности и мыслей.

**Механизмы защиты.** От напряжения, испытуемого под воздействием различных сил (внутренних, внешних), Эго оберегает себя с помощью таких защитных механизмов, как вытеснение, отрицание, рационализация, реактивные образования, проекция, изоляция, регрессия и сублимация. *Вытеснение* – удаление из сознания чувств, мыслей и намерений к действию, потенциально вызывающих напряженность. *Отрицание* – это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для Эго. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминаниях неприятные пережитые события, заменяя их вымыслом. *Рационализация* – это нахождение приемлемых причин и объяснений для неприемлемых мыслей и действий. *Реактивные образования* – это поведение или чувства, противопоставляемые желанию; это явная или неосознанная инверсия желания. *Проекция* – это подсознательное приписывание собственных качеств, чувств и желаний другому человеку. *Изоляция* – это отдельные психотравмирующие ситуации от связанных с ней душевных переживаний. *Регрессия* – соскальзывание на более примитивный уровень поведения или мышления. *Сублимация* – это наиболее распространенный защитный механизм, посредством которого либидо и агрессивная энергия трансформируется в различные виды деятельности, приемлемые для индивида и общества.

**Карл Юнг: аналитическая психология и психотерапия.**

**Основные положения учения Юнга.**

**Понятие об интроверсии и экстраверсии.** Юнг считал, что каждый индивидуум, точнее фокус его интересов, может быть обращен преимущественно к своему внутреннему Я или, наоборот, к внешнему миру. Первый тип людей он назвал интровертами, второй – экстравертами. Экстраверсия исключает интроверсию, но ни один из этих типов не имеет предпочтений перед другим. Истерические личности больше склонны к экстраверсии, астеники и аутичные – к интроверсии.

**Психические функции.** Юнг выделяет четыре основные психические функции: мышление, чувствование, ощущение и интуицию. Мышление и чувствование, по Юнгу, есть альтернативные способы формирования суждений и принятия решений.

**Коллективное бессознательное.** По юнгу, помимо личного бессознательного существует еще и коллективное бессознательное, которое содержит в себе опыт развития всего человечества и передается от поколения к поколению. По убеждению Юнга, психика ребенка при рождении не является «чистой грифельной доской», а содержит в себе

**Архетипы.** Основу коллективного бессознательного составляют архетипы. Архетип, по Юнгу, - это форма без собственного содержания (отпечаток), которая организует и направляет психические процессы.

**Индивидуализация и аналитическая психотерапия.** *Первый этап* индивидуализации – это анализ персоны. Персона выполняет запретные функции, но в то же время она является маской, скрывающей самость. *Второй этап* – осознание тени. Если мы признаем ее реальность, то можем освободиться от ее влияния. Кроме того, осознание личного бессознательного – путь к ликвидации неврозов. *Третий этап* индивидуализации – это встреча с Анимой и Анимусом. *Четвертый этап* – анализ самости. Весь процесс лечения Юнг условно разделил на два этапа: аналитическую и синтетическую. Аналитическая стадия делится на два этапа: признание и толкование. Синтетическая – обучения и трансформации.

Структура личности по Юнгу.

Юнг выделяет следующие элементы (слои) в структуре личности: персону, Эго, тень, Аниму (у мужчин), Анимус (у женщин) и самость.

Персона

Эго

Тень

Анима и Анимус

Самость

Сознание

Индивидуальное бессознательное

Коллективное бессознательное

Персона (личность) – самый верхний слой личностного сознательного; Эго – его более глубокий сон. Ниже идет бессознательное, сначала индивидуальное, потом коллективное. Самый верхний слой бессознательного – двойник Я, его тень; следующий слой – душа (Анима и Анимус); самый нижний слой – объективное Я (самость).

Персона – это визитная карточка Я.

Эго – центр сознания и поэтому играет основную роль в нашей сознательной жизни.

Тень – центр личного бессознательного. Сюда входит желания, тенденции, переживания, которые отрицаются индивидуумом как несовместимое с существующими социальными стандартами, понятиями об идеях.

Тень – не только обратное отражение Эго, но также и хранилище жизненной энергии, инстинктов, источник творчества.

Анима и Анимус – это представление о себе как о мужчине или женщине, вытесненные в бессознательное как нежелательные для данного индивидуума.

Самость – архетип целостности личности. Самость объединяет сознательное и бессознательное, она является центром целостности Я, как Эго – центром сознания.

**Общие положения.**

Сам термин рациональная психотерапия (от латинского rationalis – разумный) не совсем удачен, так как и другие методы психотерапии предусматривают «разумный» подход к лечению больного.

Основной рациональный психотерапии, несомненно, является логическая аргументация. Кроме того, метод включает в себя разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекцию личности, дидактические и риторические приемы.

Таким образом, стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, способствует формированию у больного адекватного отношения к своей болезни.

**Субъективная картина болезни.**

Понимание больным своей болезни еще называют *внутренней картиной болезни*. Правильнее, однако, говорить о *субъективной картине болезни*.

*Сенсорный уровень* включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям. *Эмоциональный уровень* субъективной картины болезни – это оценка больным своей болезни с тачки зрения «опасности» и «безопасности». Интеллектуальный уровень субъективной картины болезни – это решение вопросов: «Болен или здоров?», «Чем лечиться?», «У кого лечиться?» и т. д.

**Основы формальной логики.**

В формальной логике есть такие понятия, как правильное и неправильное мышление. Мышление, способное вести человека к достижению истины, т. е. правильно решать теоретические и практические задачи, - *правильное мышление*. Оно должно удовлетворять трем основным требованиям: *определенности*, *последовательности* и *доказательности*. Непоследовательность мышления чаще всего связана с нарушением закона тождества, который можно выразить формулой А=А.

**Техника терапии.**

Рациональная психотерапия может проводиться самостоятельно, но чаще всего практикуется в комплексе с другими методами лечения. Иногда она подключается уже на этапе обследования больного, требуя специального времени и органически вплетаясь в диагностический процесс.

Основным достоинством рациональной психотерапии является то, что больной сам активно участвует в процессе лечения; недостаток же метода в том, что лечебный эффект наступает относительно медленно (например, медленнее, чем при внушении в гипнозе).

**Теоретические основы психоанализа.**

Психоанализ в понимании Фрейда – это, во-первых, «название процедуры исследования процессов, которые почти недостигаемы никаким другим способом», во-вторых, «название метода (основанного на таком исследовании) лечения невротических нарушений» и, наконец, в-третьих, определение «суммы психологической информации, полученной таким путем, постепенно собираемой в новую научную дисциплину».

Постепенно у Фрейда сложилось представление, что в каждом пациенте существует некая сила, сопровождающая лечению, сохраняющая потаенные мысли. Цель одна – защита. Задача психотерапевта, как считал Фрейд, как раз и заключается в том, чтобы преодолеть *сопротивление*.

Психоаналитик познает элементы бессознательного через его *дериваты*. Эти дериваты, или заменители, проявляются в свободных ассоциациях, в обмолвках, в ошибочных действиях.

**Техника психоанализа.**

Классический психоанализ включает следующие основные этапы: продуцирование материала, его анализ и рабочий альянс.

**Продуцирование материала.** Основными способами являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление. *Свободная ассоциация –* это основной метод продуцирования материала. *Перенос* – эффективность метода свободных ассоциаций в значительной степени зависит от особых отношений, устанавливающихся обычно между пациентом и врачом. В основе этих отношений лежит *феномен перенесения (трансфер)*. Механизм этого феномена заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих догенитальных сексуальных влечений. Различают *позитивный* и *негативный перенос.* Позитивный перенос проявляется чувством симпатии, уважения, любви к аналитику, негативный – в форме антипатии, гнева, ненависти, презрения. *Сопротивление* – это внутренние силы пациента, находящиеся в оппозиции к психоаналитической работе и защищающие невроз от терапевтического воздействия.

**Анализ материала пациента.** Основной целью всех аналитически ориентированных методик является понимание пациентом самого себя, а основной техническое процедурой – интерпретация. ***Техника анализа*** включает в себя 4 процедуры: конфронтация, прояснение, интерпретацию и тщательную проработку. Анализируемое явление должно стать очевидным для пациента (конфронтация). Если пациент понимает это, можно переходить к следующему этапу анализа – к прояснению. Следующий, основной этап анализа – интерпретация. Интерпретировать – обозначает делать неосознанные феномены осознанными, точнее, делать осознанными бессознательное значение, источник, формулу, причину данного конкретного психического процесса. Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап тщательной проработки.

**Рабочий альянс**. Пациент обращается к врачу потому, что хочет избавиться от своих страданий. В процессе лечения он добросовестно продуцирует материал посредством собственных ассоциаций, реакцией переноса, сопротивления. При наличии рабочего альянса у пациента появляется готовность работать даже с теми инсайтами, которые неприятны и причиняют боль. На его формирование в равной мере влияют пациент, аналитик и аналитическая среда, то есть то, что мы иногда называем атмосферой процесса лечения. Понятие психоаналитическая ситуация – является результатом комплекса взаимоотношений пациент – аналитик – окружающая обстановка. Манипуляции – это деятельность аналитика, способствующая восстановлению памяти пациента.

**Анализ сопротивления.**

**Сопротивление** включает все силы организма, которые противодействуют процедурам и процессам психоанализа, то есть мешают свободному ассоциированию пациента, его попыткам вспомнить и достичь понимания.

Интерпретируя материал пациента, аналитик ставит себе следующие основные цели:

* Перенести продукции пациента в их бессознательное содержание, то есть установить связь мыслей, фантазий, чувств, поведения пациента с их бессознательными «предками».
* Бессознательные элементы должны быть преобразованы в понимание, в истинное их значение.
* По мере достижения инсайтов они должны сообщать пациенту.

**Общие положения.**

Трансакционный анализ в узком понимании этих слов – это анализ взаимодействия двух или более людей; в более широком смысле – социально ориентированный психотерапевтический метод, конечной целью которого является формирование гармоничной, социально адаптированной личности.

**Структурный анализ.**

**Родитель (Р)** по Берну – это собрание догм и постулатов, которые он воспринимает в детском возрасте и которые сохраняет потом в течение всей жизни. Когда Родитель в человеке якобы молчит, он все-таки влияет на его поведение, выполняя функцию совести.

**Ребенок (Ре)** живет в человеке всю его жизнь и проявляется даже у стариков, когда те мыслят, чувствуют, реагируют на окружающее точно так же, как делали это а детстве.

**Взрослое состояние Я (В)** также не имеет отношения к возрасту человека. Это способность личности хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта.

Цель структурного анализа заключается главным образом в том, чтобы дать ответы на вопросы: Кто я? Почему поступаю именно так? Какой частью моего Я действует (или должна действовать) в данной ситуации, чтобы принести пользу, а не поражения?

**Анализ трансакций.**

Трансакция – это воздействие двух или более людей. Она начинается с транзакционного стимула – того или иного знака, свидетельствующего о том, что присутствие (или действие) одного человека воспринято другим. Человек, к которому обращен стимул, отвечает каким-то действиям – транзакционной реакцией.

Все транзакции делятся на:

* **Дополнителые.** Когда стимул, посланный человеком, встречает адекватную, естественную в данной ситуации реакцию.
* **Пересекающаяся.** Когда на определенный стимул следует неадекватная реакция.

Кроме простейших транзакций, какими является дополнительные и пересекающиеся, существует двухуровневые транзакции – угловые и двойные, при которых один уровень видимый – то, что произносится, а второй – скрытый, или психологический, - то, что имеется в виду (подтекст).

**Теоретические основы психосинтеза.**

Еще П. Жане говорил о ментальном синтезе, имея в виду ликвидацию диссоциации психических процессов, возникающих иногда в результате психотравмы. Е. Кречмер писал о психоанализе, или синтезе существования, подразумевая под этим развитие целостной и гармоничной личности. К. Юнг ввел понятие о синтетическом этапе аналитической психотерапии. Однако основателем психосинтеза как метода психотерапевтического лечения по праву считают итальянского психиатра Роберто Ассаджиоли.

**Структура личности.** Низшее бессознательное представляет собой наиболее примитивную часть нашей личности. В него входят: простейшие формы психической деятельности, управляющее жизнью тела. Среднее бессознательное (предсознательное) – область, где пребывают навыки и сознания. Высшее бессознательное (супербессознательное) – область формировании и источник вдохновения, творчества, героизма, альтруизма и других высших чувств.

Поле сознания – это непосредственно осознаваемая нами часть личности. Это непрерывный поток ощущений, мыслей, желаний, доступных нашему наблюдению и анализу.

Сознательное Я – это центр нашего сознания, но это не есть осознаваемая нами часть личности (поле сознания).

Высшее Я – наша истинная сущность. Сознательное Я изменяется или исчезает при нарушении сознания (кома, обморок, наркоз, состояние гипноза).

**Техника психосинтеза.**

На пути выполнения этих задач Ассаджиоли выделяет несколько основных этапов:

* Глубинное познание своей личности;
* Контроль над различными ее элементами;
* Постижение своего истинного Я – выявление или создание «объединяющего центра» Я;
* Психосинтез: формирование или перестройка личного вокруг нового центра.

**Глубинное познание своей личности.** Познание личности нужно начинать с низшего бессознательного, со вскрытия «комплексов», которые были унаследованы из сознания еще в младенческом возрасте.

**Контроль над различными элементами личности.** Разделение психосинтеза на этапы, несомненно, условно, так как все они тесно взаимосвязаны. *Разотождествление.* Человеку, в отличие от животного, присуще самосознание. Самосознание в свою очередь сопровождается процессом отождествления себя с наиболее актуальными элементами личности, чувствами, желаниями. *Работа над субличностями.* В каждом из нас уживается множество «типажей», часто противоположных друг другу. Число субличностей бесконечно. Они изменчивы. Чем их больше, тем человек внутренне богаче, но и менее целеустремлен.

**Позитивный подход к пациенту и заболеванию.**

Позитивная психотерапия исходит из того, что любой человек независимо от его расы, социального положения и вероисповедания от природы обладает двумя основными способностями: способностью к познанию и способностью к любви.

Способность к познанию в свою очередь выражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга), а способностью любить – эмоциональную и душевную его суть (правое полушарие).

Позитивный подход к пациенту и заболеванию является составной частью позитивной психотерапии и, в свою очередь, состоит из трех основных компонентов: учета межкультеральных особенностей, позитивной интерпретации заболевания и использования поучительных историй.

**Анализ конфликта.**

 В соответствии с концепциями позитивной психотерапии реакция на конфликтную ситуацию у любого человека проявляется через четыре основные «сферы разрешения конфликта»: через тело, деятельность, контакты и посредством фантазии.

**Сферы разрешения конфликта.**  *Тело.* На первое место выступают ощущения. Информация, поступающая из внешнего и внутреннего мира, проходит сквозь призму собственного опыта, через цензуру приобретенных стереотипов. *Деятельность.* Возможны две взаимоисключающие реакции на конфликт – уход в работу и уход от работы. *Конфликты.* Так же, как и в предыдущей сфере, возможны две противоположные формы реакции на конфликт. Одни пациенты в поисках выхода из конфликтной ситуации ищут конфликтов с окружающими, проявляют гиперактивность, требуя к себе повышенного внимания. Другие, наоборот, избегают конфликтов, замыкаются в себе. *Фантазии.* Реакции на конфликт проявляются в основном в активизации фантазии.

**Модель конфликта.** При возникновении и проявлении заболевания (неврозы, психосоматические заболевания) большую роль играет так называемый актуальный конфликт. *Конфликтная ситуация.* Основное внимание должно быть обращено на то, какое влияние оказывает конфликт на физическое состояние пациента, на его профессию. *Реакция на конфликт.* Речь идет о стереотипах поведения в конфликтной ситуации, обусловленных сформировавшимися в процессе воспитания отношением к самому себе. *Отношения к Я.* Оно во многом зависит от формы воспитания пациента.

Вибрация. Этот этап лечения подразумевает обсуждение конфликта.

Ситуативное одобрение. В конфликте обычно участвует не менее двух людей, и в каждом из них есть как отрицательные, так и положительные личностные качества.

Проработка конфликта. Отстранившись от конфликта «увидев» его в целом, далее нужно тщательно проработать каждую его деталь.

Дистанционирование от конфликта. Позитивная психотерапия – это терапия, центрированная на конфликте.

**Основные этапы позитивной психотерапии.**

**Основные положения.**

НЛП – это наука о воздействии слова на человека. Это методические приемы, позволяющие человеку посредством слова программировать себя и, затем изменять эти программы. Одним из базовых положений НЛП является утверждение. Человек воспринимает и отражает окружающий мир посредством своих органов чувств. Процесс и механизм такого восприятия НЛП носит название *модальности.*

Существует зависимость между доминирующей модальностью, в которой человек воспринимает мир, и словами, которыми он это восприятие выражает. Это *предикаты речи.*

Не менее важными «ключами доступа» к бессознательному является *невербальные, внешние признаки*  проявления мышления и эмоций. Прекрасными «ключами доступа» к бессознательному является *паттерны глаз.*

Умение быстро распознавать «модальность», в которой пациент воспринимает мир, находить «ключи доступа» называется в НЛП *подстройкой.* Система, отвечающая за извлечение информации, называется *ведущей,* система, сверяющая полученный результат, - *референтной.* Цель психических процессов, ведущих к той или иной форме поведения, называется *стратегией поведения.* *Мета-модель* – это набор лингвистических средств для получения информации, которая скрыта от самого пациента.

**Методы и техники.**

**Метод «якоря».** «Якорь» - это ассоциативная связь. Зная «ключи доступа» к внутренним процессам, например паттерны глаз, предикаты речи, можно усилить или, наоборот, ослабить эти переживания, а потом «поставить их на якорь». Метод «якоря» в комплексе терапевтических коммуникаций может быть с положительным эффектом применен при сексуальных дисгамиях (для усиления чувств).

**Работа с субмодальностями.** Количество субмодальностей бесчисленно, однако в повседневной работе психотерапевту достаточно использовать только некоторые. Параметр, который усиливает или уменьшает остроту восприятия, - это то, что называют *ассоциативным* или *диссоциированным восприятием.* Воспринимать ассоциировано – значит, самому находится в картинке.

**Наложение.** Метод ценен не только при лечении (отдельно или в сочетании с другими методами), но и при обучении.

**Изменение убеждения.** Убеждение – понятие относительное. При одном и том же поступке можно убедить человека, что он совершает преступление, а можно – что совершает подвиг. Убеждение, даже если оно есть, может меняться.

**Методы и техники.**

**«Взмах».** Техника «взмаха» дает мозгу направление в его работе и может быть применена для чего угодно: для изменения настроения, избавления от вредных привычек.

**«Взрыв».** Иногда компульсия лучше устраняется посредством ее «взрыва» с последующим «взмахом».

**Визуально-кинестетическая диссоциация.** Применяется при острых реактивных состояниях, половых дисгамиях, фобиях. Цель ее – убрать из переживаний их первоначальную эмоциональную насыщенность, переводя негативные воспоминания в конструированных образах (диссоциированное восприятие).

**«Посмотри на себя глазами, полными любви».** Метод основан на регулирующем эффекте ассоциированного и диссоциированного восприятия. Может применяться как с лечебной целью, так и для саморегуляции, выработки уверенности в себе.

**Рефрейминг.** От английского – переформирование, дословно – обрамлять, придавать форму. Этот метод хорош тем, что, вместо того чтобы работать с «содержанием» проблемы, он, используя скрытые ресурсы организма, реорганизует внутренние психические процессы человека и меняет отношение к самой проблеме. Часто применяется в работе с вредными привычками

**Терапевтическая метафора.** Техника метода состоит в умении рассказывать поучительные истории, «психотерапевтические сказки» - метафоры. Этот метод не имеет четкой техники.

**Основные положения.**

Понятие групповой психотерапии.

Существует много определение групповая психотерапия. Якоб Морено определяет групповую психотерапию как лечение людей в группах.

В нашей литературе эта неясность и без того сложной проблеме усугубляется еще и терминологической путаницей.

**Коллектив** представляет собой высшую форму социального объединения людей. Коллектив – это группа людей, отличающаяся высшей степенью организованности и психологической сплоченности во имя достижения общей цели. Причем цели эти носят обычно социальный, а не эмоциональный характер.

**Группа** – это социально-психологическое понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами.

В социальной психологии традиционно выделяют следующие основные признаки группы:

* Основные участники своей принадлежности к группе.
* Установление определенных отношений между нами.
* Внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов.
* Действие «группового давления», побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами.
* Наличие определенных изменений во взглядах и поведении отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.

*Малая группа* - немногочисленная по составу общность людей (до 20 человек), члены которой объединены единой деятельностью и находятся друг с другом в непосредственном личном общении.

*Психокоррекционная группа* – это исскуственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Это неструктурированная взаимодействие здесь и теперь, при котором участники изучают происхождение с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Однако родоначальником групповой психотерапии считается Якоб Морено, ему же принадлежит и термин «групповая психотерапия».

Психология психокоррекционной группы.

Малая группа – это общество в миниатюре. Такие скрытые факторы, как социальное влияние и давление партнеров, действие которых мы повседневно ощущаем в жизни, на работе, в семье, проявляются и в психокоррекционной группе.

Формирование группы.

Состав группы определяется ее типом (группа встреч, группа умений), а также формой и содержанием предполагаемой психотерапевтической работы. Диапазон показаний к группе психотерапии достаточно широк – от неврозов до ремиссии шизофрении. Однако соотношения показаний и противопоказаний всегда представляют большую трудность.

Противопоказаниями для групповой психотерапии является низкий интеллект и психозы. Особую сложность создают больные, склонные к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия.

Сторонники *гетерогенных групп* аргументируют свою точку зрения желанием создать общество в миниатюре. В гетерогенных группах эмоциональное напряжение и степень конфронтации могут быть более выражены, а способность решения конфликтов – более естественными.

*Гомогенные группы* более сплоченны, менее конфликтны, члены ее более, чем в гетерогенных группах, склонны к эмоциональной поддержке друг друга. В то же время гомогенная группа является плохой ареной для споров и решения острых конфликтных ситуаций.

Частота и длительность занятий определяется многими факторами (характер лечебного упражнения, форма и цель лечения). Оптимальными в условиях стационара считаются 3-4 занятия в неделю, каждые продолжительностью по 60-90 минут.

Роли и нормы.

**Роли** – это поведение, принятое членами группы и рассматриваемые ими как соответствующее групповым интересам.

**Нормы** – это принятые правила поведения, руководящие действиями участников и определяющие санкции наказания при их нарушении. Типичными нормами психокоррекционных групп является самораскрытие и честность. Подчинение групповым нормам связано со статусом участника группы и сплоченностью группы.

**Группы тренинга. Техника занятий Т-групп.**

Группа – это реальный мир в миниатюре. В ней существует те же, что и «в жизни», проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений. Тем не менее, от реального мира эта искусственно созданная лаборатория отличается тем, что:

* В Т-группе каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента.
* Здесь возможно решение задач, которые неразрешимы в реальной жизни.
* Занятия в группе предлагают «психологическую безопасность», что обеспечивает «чистоту» эксперимента.

Прежде всего, Т-группы учат тому, как учиться. Поскольку все члены группы вовлекаются в общий процесс взаимообучения, они в большей мере полагаются друг на друга, чем на руководителя. Таким образом, обучение является скорее результатом опыта самой группы, нежели разъяснений и рекомендаций руководителя.

Обучение тому, как учиться, включает в себя отдельные этапы:

* Представление самого себя.
* Обратная связь.
* Экспериментирование.

**Группы встреч.**

Группы встреч в отличие от групп тренинга являются терапевтическими психокоррекционными группами.

Существует два основных направления в понимании психокоррекционных групп. Сторонники первого направления ориентируют группы на решение конкретных задач, отработку навыков межличностных отношений. Руководитель не устраняется от лидерства полностью и, нередко, выступает в роли наставника.

Сторонники второго направления в большей степени ориентированы на гуманистический, демократический стиль руководства группой.

Выделяют следующие основные признаки группы встреч:

* Открытость и честность в общении ее членов.
* Осознание самого себя, своего Я (психического и физического).
* Ответственность за себя и членов группы.
* Внимание к чувствам.
* Принцип здесь и теперь.

**Гештальт-терапия.**

Основными понятиями гештальт-психологии, которая лежит в основе гештальт-терапии, является: понятие о фигуре (гештальте) и фоне, осознание чувств, сосредоточенность на настоящем, борьба противоположностей, функции защиты и такое понятие, как зрелость.

Понятие борьба противоположностей отражает борьбу между полярными сторонами нашего Я, между его потребностями и возможностями.

Зрелость – это способность индивидуума выйти из трудной, тупиковой ситуации, полагаясь только на себя. Задача гештальт-терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, завершить ее, а в конечном итоге помочь человеку выйти из тупиковой ситуации.

Гештальт-терапия включает следующие основные компоненты:

* Расширение осознания.
* Интеграция противоположностей.
* Усиление внимания к чувствам.
* Работа с мечтами (фантазией).
* Принятие ответственности на себя.
* Преодоление сопротивления.

**Психодрама.**

Психодрама – это одна из форм группового процесса, в котором метод драматической импровизации используется как способ изучения внутреннего мира участников группы. Она относится к одному из ранних методов групповой психотерапии. Создателем психодрамы, как и групповой психотерапии вообще, считает Морено.

**Компоненты психодрамы.**

**Ролевая игра.** Морено не рассматривал игру и свой «спонтанный театр» как нечто заранее приготовленное и отрепетированное. Психодрама использует естественную способность людей к игре и создает такие условия, при которых участники группы, играя роли, могут творчески работать над своими личностями проблемами и конфликтами.

**Спонтанность.** Наблюдая за игрой детей, нетрудно заметить, насколько они внутренне раскованы и лишены поведенческих стереотипов. Игры и эмоции их спонтанны. Спонтанность – это поведение и чувства, не регулируемые воздействием извне. Именно поэтому в психодраме нет заранее написанных сценариев и ролей.

**«Теле».** Если понятие перенос, по Фрейду, обозначает односторонний процесс передачи эмоций от пациента психотерапевту, а контрперенос – от психотерапевта пациенту, то «теле», по Морено, обозначает друстороний процесс передачи эмоций между пациентом и терапевтом. «Теле» может включать в себя не только положительные эмоции (позитивное «теле»), но и отрицательные (негативное «теле»).

**Катарсис.** Аристотель определил катарсис как чувственное потрясение и внутреннее очищение. Примерно так же понимал катарсис и Фрейд. Морено несколько расширил это понятие, распространив действие катарсиса не только на зрителей, но и на актеров. В связи с этим он писал, что Психодрама имеет лечебный эффект не столько по отношению к зрителю (вторичный катарсис), сколько по отношению к самому актеру.

**Компоненты психодрамы.**

**Инсайт.** Это вид познания, который приводит к немедленному решению или новому пониманию проблемы. Это прозрение, озарение. Целью психодрамы является создание такого группового климата, в котором было бы возможно максимальное проявление катарсиса и инсайта.