

Умный самоучитель психологии

ГЕННАДИЙ
СТАРШЕНБАУМ

ПОЛНЫЙ КУРС НАЧИНАЮЩЕГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

**ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО.
ПРИЕМЫ, ПРИМЕРЫ, ПОДСКАЗКИ**



Издательство
АСТ
Москва

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции	4
Предисловие	5
Дифференциальная диагностика	9
Гипноз и НЛП	29
Психоанализ	65
Трансактный анализ	103
Драматерапия	121
Кризисная группа	167
Семейная психотерапия	195
Расстройства личности	247
Химические аддикции	283
Стресс и диссоциация	337
Непсихотические депрессии	353
Шизофрения	399
Половые и физиологические расстройства	437
Психосоматические и соматопсихические расстройства	485
Компетентность психотерапевта	549
Глоссарий	562
Список использованной литературы	571



ОТ РЕДАКЦИИ

Автор книги Геннадий Владимирович Старшенбаум — психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук, автор ряда научных монографий и учебно-практических руководств по различным разделам психотерапии, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Московского института психоанализа, где ведет, в частности, курсы профессиональной переподготовки и повышения квалификации для практикующих психологов.

В книге рассмотрены практически все вопросы, возникающие у начинающего психотерапевта. Приведены критерии диагностики состояний, чаще всего встречающихся в практике психотерапевта. Показаны их психопатологические механизмы и описаны методы индивидуальной психотерапии с учетом личностных особенностей, позиции в терапевтическом отношении и влияния окружения. Приводятся основные техники семейной и групповой работы. Анализируются типичные ошибки начинающих психотерапевтов и указывается, как их избежать.

Сочетание психологического и клинического подходов, четкость и аргументированность терапевтических рекомендаций, иллюстрированных примерами из практики, делают эту книгу незаменимым пособием как для обучающихся, так и для практикующих специалистов.

Руководство предназначено в первую очередь для клинических психологов и врачей-психотерапевтов, но может быть полезно и врачам других специальностей, а также психологам-консультантам и педагогам.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Многим людям необходим специалист, который разбирается и в семейных проблемах, и в сексологии, знаком с психосоматикой* и проблемами зависимостей, может помочь человеку адаптироваться к жизни, несмотря на его специфический характер, готов справиться с перепадами настроения и риском суицида. При этом неважно, получил он медицинское или психологическое образование, медицинский психолог он или врач-психотерапевт.

Медицинский психолог может поставить клинический диагноз. Он прошел подготовку по психотерапии пациентов с психическими расстройствами. Работает в контакте с психиатром, который при необходимости обеспечивает фармакотерапию и госпитализацию пациента. Врач-психотерапевт отличается лишь тем, что сам может выписать рецепт и быть лечащим врачом в клинике пограничных состояний. И у медицинского психолога, и у врача-психотерапевта общие *задачи*.

1. Обсудить осознаваемый конфликт между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и внутренними запретами, а также возможность его разрешения. Выделить важные потребности, которые можно удовлетворить, и отказаться от блокирующих их установок.

* *Психосоматика* — понятие, которое включает все взаимодействия между поведением (мысли, эмоции, действия) и соматическим (телесным) заболеванием. Психосоматическими считаются расстройства функций органов и систем, в основе которых лежат стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.

2. Выявить связь иррациональных установок с отказами и утратами*, проследить их влияние на развитие межличностных конфликтов в прошлом и настоящем. Выработать и закрепить новые формы поведения.
3. Обнаружить неосознаваемый конфликт между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и блокирующими иррациональными установками. Выявить терапевтический перенос, проанализировать участвующие в нем незрелые психологические защиты и выработать мотивацию к формированию более зрелых защит (психодинамическая терапия).

Основными направлениями современной психотерапии являются экзистенциально-гуманистическое, когнитивно-поведенческое и психодинамическое.

Экзистенциально-гуманистическая терапия — группа психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В более широком смысле под экзистенциальной терапией понимается гуманистическое направление в психотерапии в целом. Основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, любовь. Человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Когнитивно-поведенческая терапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она объединяет когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин

* Переживание отказа в удовлетворении потребности, фрустрация — состояние подавленности, обиды, растерянности в связи с крушением планов и надежд, невозможностью достичь намеченных целей и получить защиту, уважение и любовь.

«когнитивный» используется потому, что нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Психодинамическое направление в психотерапии — общее название ряда видов психотерапии, ориентированных на психоаналитическую теорию. Основой направления является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт-терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Когнитивно-поведенческое направление получило широкое распространение в связи с тем, что требует минимальных личностных ресурсов клиента. Для интеллигентных, успешных клиентов, симптомы которых мало выражены, предпочтительнее оказываются раскрывающие методы психодинамической и экзистенциально-гуманистической терапии. Эти методы приведены в четвертом издании «Энциклопедии начинающего психолога».

В упомянутой книге подробно рассмотрены тревожно-фобические расстройства, поведенческие зависимости,

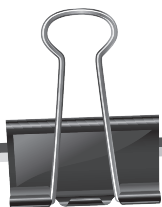
острое стрессовое расстройство, реакция острого горя, а также психические расстройства у детей и подростков. Там же описаны когнитивно-поведенческие методы терапии, применяемые при указанных расстройствах (эриксоновский гипноз и НЛП*, дебрифинг**, проблемно-ориентированная терапия, группы тренинга навыков). Кроме того, приведены такие формы групповой работы с клиентами, как арт-терапия, ролевые игры, группы встреч, личностного роста и экзистенциальные группы. Описание техник сопровождается соответствующими групповыми упражнениями. Сложные места оформлены в книге сносками, а также ряд терминов приведен в глоссарии в конце книги.

Буду рад, если мой опыт поможет вам быстрее и с меньшими ошибками пройти путь профессионального мастерства. Если у вас возникнут ко мне вопросы или пожелания, связаться со мной можно по адресу star.39@mail.ru.



* *НЛП* — нейролингвистическое программирование. Представляет собой технику моделирования (копирования) вербального и невербального поведения людей

** *Дебрифинг* — метод работы с групповой психической травмой. Часто применяется в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



Признание проблемы — половина успеха
в ее разрешении.

Зигмунд Фрейд

Индивидуальный подход к пациенту предполагает предварительную диагностику имеющегося психического расстройства. В России используются диагностические критерии психических расстройств, приведенные в Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 (Международная классификация болезней, 1994).

Дифференциальная диагностика учитывает симптоматику, клинический синдром, признаки течения, используемые психологические защиты, уровень расстройства, особенности личности и соматической сферы, а также социальный контекст.

Начните диагностику с анализа внешности и особенностей поведения пациента. Дряблая, склоненная фигура, шаркающая походка и вялые, замедленные, робкие движения говорят о депрессии. У пациентов с латентным напряжением, страхами и выраженными тиками наблюдается скованная, неуверенная, семенящая походка. Для больных неврастенией с психической гиперактивностью характерны стремительные, размашистые движения, для больных шизофренией — угловатые, «рваные» движения, не гармонирующие с окружающими объектами.

Мужской костюм и прическа у женщины могут свидетельствовать об отрицании своего пола и стремлении доминировать; серые, сдержанные тона и скромная приче-

ска часто указывают на трудоголизм. Пожимая руку, истеричная пациентка демонстрирует свою значимость и театральную напыщенность чувств. Психастеник* делает это робко или подчеркнуто смело, чтобы скрыть свою неуверенность. Рукопожатие эпилептика — чрезмерно сильное и продолжительное. Сжатые кулаки, скрещенные руки и ноги, отстранение или отворачивание отражают стремление отгородиться.

Частая перемена поз, ерзанье, суетливость движений выдает напряженность и внутреннее беспокойство. Сидение на кончике стула может означать и стремление привлечь к себе внимание, и готовность к немедленному действию, и стремление унять накопившееся напряжение, и желание уйти. Перебирание мелких предметов отражает нервозность и неуверенность. «Заламыванием» рук человек молит о снисходительности. Собирая с одежды существующие и несуществующие соринки, он показывает, что ему не нравится, о чем говорят или что делают окружающие.

При тиреотоксикозе** глаза у пациента навькате, так что между зрачком и верхним или нижним веком белет полоска роговицы. Наблюдается также тремор рук, но он может быть и при истерии, алкоголизме, атеросклерозе. Депрессивный больной боится поднять глаза из-за чувства вины, углы рта и верхние веки у него опущены, над веком образуется трагическая треугольная складка —

* *Психастеник* — человек с расстройством личности, при котором характерны тревожная мнительность, неуверенность в себе, могут проявляться эпилептоидные компоненты («застывание» эмоций и мыслительной деятельности, педантичность), а также невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

** *Тиреотоксикоз* или гипертиреоз — это состояние, связанное с избытком гормонов щитовидной железы в организме. Больной худеет, становится раздражительным, жалуется на частую смену настроения, плаксивость, усиленное потоотделение, чувство жара, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца. Характерны выпученные глаза, трясущиеся руки, резкие движения и неусидчивость.

складка Верагута*. Под маской жестокости или высокомерия может скрываться боязнь людей и неуверенность, под маской подчеркнутого послушания — затаенная агрессия и готовность к саботажу, под маской холодности — взрывоопасный накал эмоций.

Ведите диагностическую беседу в направлении от симптомов к ситуации, анамнезу болезни и жизни, особенностям личности. Спросите пациента, что его беспокоит; его жалобы составят **психический статус**. Затем перейдите к сбору **анамнеза** болезни. Узнайте, какие официальные диагнозы имеет пациент и каковы его собственные представления о причинах расстройства здоровья. Уточните, когда он впервые почувствовал болезненные переживания — вплоть до дня и часа. Установите периоды последующих улучшений и ухудшений.

Постарайтесь выявить связь начала и обострений болезни с психотравмирующими ситуациями. Однако в ответ на прямой вопрос пациент поделится с вами лишь рассудочными и, возможно, ошибочными представлениями. Более точную информацию вы получите, спросив: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?». Предложите пациенту вспомнить о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях на работе и в бытовых условиях. При этом будьте готовы к тому, что о драматических для него событиях пациент может рассказывать как о житейских пустяках. Это может быть связано с *алекситимией* — трудностью вербализации эмоций, особенно характерной для психосоматических пациентов.

Соберите *анамнез жизни* пациента с помощью следующих вопросов: «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-нибудь из детства», «Расскажите немного о сво-

* *Складка Верагута* — названа по имени швейцарского психиатра (1870–1940), описавшего у больных тяжелой депрессией складку в области внешней части верхнего века, придающую лицу скорбное выражение.

Опросник пациента

Подчеркните, как вы в целом оцениваете свое здоровье: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое. Ответьте на каждый вопрос «да» или «нет».

Чувствуете ли вы:

1. Боль в желудке.
2. Боль в спине.
3. Боль в руках, ногах или суставах.
4. Болезненность и иные нарушения менструаций.
5. Боль и иные проблемы при сексуальных контактах.
6. Головные боли.
7. Боль в груди.
8. Головокружение.
9. Обмороки.
10. Замедленное или ускоренное сердцебиение.
11. Чувство нехватки воздуха.
12. Запоры, поносы или частое мочеиспускание.
13. Тошнота, газоотделение, расстройство желудка.
14. Ощущение усталости или ослабленности, упадка энергии.
15. Нарушения сна.
16. Неконтролируемый, чрезмерный прием пищи.
17. Потеря удовольствия от ранее приятной деятельности.
18. Чувство сниженного настроения, подавленности или безнадёжности.
19. «Нервозность», чувство тревоги или нетерпения.
20. Беспокойство по поводу множества различных вещей.
21. Приступы тревоги (внезапное чувство страха или паники) в течение последнего месяца.

Три и более утвердительных ответа на вопросы 1–16 указывают на необходимость использования диагностического блока *«Соматоформные расстройства»*. Утвердительные ответы на вопросы 17–18 требуют использования блока *«Расстройства настроения»*. Утвердительные ответы на вопросы 19–21 — блока *«Тревожные расстройства»*. На каждый из вопросов надо получить ответ «Да» или «Нет».

Расстройства настроения

Депрессивный эпизод

За прошедшие две недели сталкивались ли вы с какой-либо из нижеперечисленных проблем почти каждый день.

1. Трудности засыпания, плохой сон или повышенная сонливость.
2. Чувство усталости или нехватки сил.
3. Плохой аппетит или неумеренность в еде.
4. Потеря интереса или удовольствия от привычной деятельности.
5. Чувство подавленности, угнетенности, безнадежности.
6. Плохие мысли о самом себе — ощущение того, что вы неудачник или же позволили опуститься себе или своей семье.
7. Трудности сосредоточения, например при чтении газеты или просмотре телепередач.
8. Ощущения беспокойства, неусидчивости, заставляющие двигаться больше обычного. Если нет, то были ли противоположные явления: вы двигались или говорили так быстро, что другие люди могли бы это заметить?
9. В последние две недели приходила ли вам в голову мысль о том, что было бы лучше, если бы вы умерли, или мысль о нанесении себе какого-либо ущерба? Если да, расскажите мне об этом.

Более пяти утвердительных ответов на вопросы 1–9, один из которых № 4 или № 5, говорят о наличии расстройства. Если получено менее пяти утвердительных ответов, рассмотрите раздел «*Дистимия*», затем — «*Субдепрессия*».

