



# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

<b>Основные принципы МКБ-11</b> .....	8
<b>Общие вопросы психотерапии</b> .....	11
Когнитивно-поведенческая терапия .....	11
Суггестивная терапия .....	14
Психоанализ .....	18
Экзистенциально-гуманистический подход .....	19
<b>Групповая терапия</b> .....	22
Тренинговые группы .....	22
Групп-анализ .....	25
Экзистенциальная группа .....	27
<b>Семейная терапия</b> .....	29
Супружеская терапия .....	30
Детско-родительская терапия .....	35
Семейная терапия .....	37
<b>Нейрогенные расстройства развития</b> .....	46
Расстройство интеллектуального развития .....	47
Расстройства развития речи и языка .....	48
Расстройства аутистического спектра .....	54
Расстройство развития навыков обучения и координации движений .....	57
Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью .....	59
Расстройство стереотипных движений .....	64
Первичные тики или тиковые расстройства .....	64
<b>Шизофрения и другие первичные психотические расстройства</b> .....	66
Шизофрения .....	66
Шизоаффективное расстройство .....	88
Шизотипическое расстройство .....	89

Острое и транзиторное психотическое расстройство .....	92
Бредовое расстройство .....	93
<b>Кататония .....</b>	<b>101</b>
<b>Расстройства настроения .....</b>	<b>103</b>
Биполярные и сходные расстройства .....	103
Депрессивные расстройства .....	110
<b>Тревожные и связанные со страхом расстройства .....</b>	<b>145</b>
Паническое расстройство .....	149
Агорафобия .....	156
Специфическая фобия .....	157
Социальное тревожное расстройство .....	160
Сепарационное тревожное расстройство .....	162
Избирательный мутизм .....	164
Терапия .....	165
<b>Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства .....</b>	<b>174</b>
Дисморфическое расстройство .....	182
Расстройство собственного запаха .....	183
Ипохондрия .....	184
Накопительное расстройство .....	189
Направленное на тело компульсивное расстройство .....	191
Синдром Туретта .....	200
<b>Расстройства, непосредственно связанные со стрессом .....</b>	<b>201</b>
Острая стрессовая реакция .....	202
Посттравматическое стрессовое расстройство .....	213
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство .....	218
Расстройство адаптации .....	223
Затяжное горе .....	235
Реактивное расстройство привязанности и расторможенное расстройство социальной активности .....	245
Суицидальное поведение .....	246
<b>Диссоциативные расстройства .....</b>	<b>293</b>
Общие положения .....	293
Расстройство диссоциативных неврологических симптомов .....	295
Диссоциативная амнезия .....	301
Транс .....	304
Одержимость в трансе .....	304
Диссоциативное расстройство идентичности .....	305
Деперсонализация-дереализация .....	308

<b>Расстройства питания и приема пищи</b> .....	309
Нервная анорексия .....	309
Нервная булимия .....	316
Компульсивное переедание .....	324
Избегающе-ограничительное расстройство питания .....	334
Пика .....	337
Расстройство срыгивания и пережевывания .....	338
<b>Расстройства выделения</b> .....	340
Энурез .....	340
Энкопрез .....	346
Синдром раздраженного кишечника .....	347
<b>Расстройство соматических ощущений и телесного дискомфорта</b> .....	358
Расстройство соматических ощущений .....	358
Дисфория целостности тела .....	394
<b>Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением</b> .....	397
Расстройства, обусловленные употреблением веществ .....	397
Расстройства, обусловленные аддиктивным поведением .....	451
<b>Расстройство контроля импульсов</b> .....	491
Пиромания .....	491
Клептомания .....	493
Компульсивное расстройство сексуального поведения .....	495
Перемежающееся гневливое расстройство .....	503
<b>Разрушительное или диссоциальное расстройство поведения</b> .....	506
Оппозиционно-вызывающее расстройство .....	507
Диссоциальное расстройство поведения .....	510
<b>Расстройства личности и сходные признаки</b> .....	514
Диагностика .....	514
Расстройство личности .....	518
Расстройства или акцентуации личностей .....	522
<b>Парафильные расстройства</b> .....	567
Клинические формы .....	568

<b>Имитируемое расстройство</b> .....	577
Имитируемое расстройство, нанесенное себе .....	577
Имитируемое расстройство, нанесенное другому .....	580
<b>Нейрокогнитивные расстройства</b> .....	581
<b>Расстройства сна-бодрствования</b> .....	586
Терапия .....	589
<b>Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью</b> .....	593
Сексуальные дисфункции .....	593
Сексуальные болевые расстройства .....	604
Психотерапия .....	606
Гендерное несоответствие .....	612
<b>Литература</b> .....	619
<b>Словарь терминов</b> .....	626

Геннадий Владимирович Старшенбаум — практикующий психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук. Много лет проработал в качестве психотерапевта, заведующего психоневрологическим диспансером, наркологическим отделением и отделениями пограничных состояний, заместителя главного врача психиатрической больницы по лечебной части, руководителя отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии. В настоящее время является профессором Института Психоанализа, где ведет, в частности, курс «Общая психопатология и психодинамическая психиатрия».

Им опубликован ряд научных монографий и учебно-практических руководств: «Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия», «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей», «Суицидология и кризисная психотерапия», «Психосоматика и психотерапия», «Психологический тренинг», «Энциклопедия начинающего семейного психолога», «Большая энциклопедия начинающего психолога» и др.

Новая книга Г. В. Старшенбаума «Клиническая психология и психотерапия» обобщает и систематизирует материал, изложенный в перечисленных изданиях. Описаны клинические особенности, диагностические критерии, течение и психодинамика расстройств, приведены соответствующие методы психотерапии, в том числе — разработанные автором. Книга проиллюстрирована большим количеством случаев из практики и снабжена словарем специальных терминов. Сочетание клинического, психологического и психотерапевтического подхода, индивидуализированный выбор терапии на основе дифференциальной диагностики и анализа глубинных механизмов психического расстройства делают это руководство настольной книгой как для студентов, так и для опытных специалистов.

Учащимся оно поможет усвоить материал и сдать экзамены по психиатрии. Профессионал найдет в нем самые современные данные о психических расстройствах и методах дифференцированной клинической психотерапии. Человек, интересующийся проблемами душевной жизни, получит возможность заглянуть в свои самые таинственные уголки и тем самым лучше понять себя и других людей.

В качестве стержневой оси построения руководства использована Международная Классификация Болезней МКБ-11, которая будет введена в практику с 1 января 2022 года. Теоретической основой руководства является психоанализ, поэтому все расстройства рассматриваются через призму DSM-5 — последней редакции Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации, еще не переведенного на русский язык.

Структура книги подчинена единому принципу: каждая тема начинается с диагностики расстройства, затем описываются его клинические и психодинамические особенности, приводятся современные методы психотерапии и в заключение анализируется клинический случай.

E-mail: star.39@mail.ru

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МКБ-11

---

На смену Международной классификации 10-го пересмотра МКБ-10, принятой в 1992 г., пришла МКБ-11 (ICD-11 MMS: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics). В основу класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» в МКБ-11 положено Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра Американской психиатрической ассоциации DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.).

В соответствии с МКБ-11 расстройства психики, поведения и нейроразвития характеризуются клинически значимыми нарушениями в познании человека, его эмоциональной регуляции или поведении, которые отражают дисфункцию в психологических или биологических процессах или процессах развития, лежащих в основе психического и поведенческого функционирования. Эти нарушения, как правило, связаны со стрессом или нарушениями в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования.

Диагностические категории в МКБ-11 упорядочены с точки зрения их развития: расстройства нейроразвития располагаются в начале, а завершают классификацию нейрокогнитивные расстройства, которые представляют собой снижение ранее достигнутого уровня функционирования.

Расстройства сгруппированы на основе предполагаемых общих причин (например, расстройства, связанные со стрессом), а также внешних проявлений (например, диссоциативные расстройства). Для диагностики расстройства требуется нарушение функционирования в личной, семейной, социальной, учебной, рабочей и других областях жизни. Учитывается степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая. Во многих случаях вводится уточнение: с психотическими нарушениями или без них.

В соответствии с подходом МКБ-11, нацеленным на весь жизненный период, в книге отсутствует выделение детских расстройств. Например, расстройства питания и приема пищи объединены в знак признания взаимосвязи этих расстройств на протяжении всей жизни. На этом же основании эмоциональные расстройства детского возраста включены в группу тревожных или связанных со страхом расстройств.

Не используется устаревшее категоричное разделение между соматическими и психогенными, органическими и неорганическими расстройствами. Акцент делается на внутренней картине болезни. Так, ипохондрия диагностируется не по отсутствию медицинских доказательств, а по наличию страха

перед болезнью. Агорафобия (греч. agora — площадь) вопреки названию описывается не как страх открытых пространств, в которых проявляются симптомы расстройства, а как страх не вырваться из людской толпы, не получить необходимую помощь или опозориться.

Для диагностики анорексии не требуется наличия выраженного эндокринного расстройства, потому что последнее наблюдается не во всех случаях анорексии и, даже если признаки его присутствуют, это является следствием низкого веса, а не отличительной чертой расстройства. Диагноз нервной булимии не требует приступов переедания и может быть диагностирован на основе того, что человек обеспокоен потерей контроля за приемом пищи независимо от того, сколько он съел на самом деле.

Устранены все подтипы шизофрении и личностных расстройств из-за отсутствия у них прогностической достоверности или пользы в выборе лечения. Химические зависимости рассматриваются не как следствие употребления психоактивных веществ, а в контексте аддиктивного процесса. В группу аддиктивных расстройств включено игровое расстройство на основании общих патофизиологических механизмов и клинического течения.

Из класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» выведены в качестве самостоятельных классов расстройства сна-бодрствования и состояния, относящиеся к сексуальному здоровью: сексуальные дисфункции, гендерное несоответствие и парафилии.

### Сравнительная характеристика рубрик МКБ-10, DSM-5 и МКБ-11

МКБ-10	DSM-5	МКБ-11
Умственная отсталость. Нарушения психологического развития. Гиперкинетические расстройства. Тикозные расстройства. Стереотипные двигательные расстройства	Расстройства нейроразвития	Расстройства нейроразвития
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства	Шизофрения или другие первичные психотические расстройства. Кататония
Аффективные расстройства	Биполярные и связанные с ними расстройства. Депрессивные расстройства	Расстройства настроения
Тревожно-фобические и другие тревожные расстройства. Эмоциональные расстройства детского возраста	Тревожные расстройства	Тревожные или связанные со страхом расстройства
Обсессивно-компульсивное расстройство	Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства	Обсессивно-компульсивные или сходные расстройства

*Основные принципы МКБ-11*

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессорами	Расстройства, непосредственно связанные со стрессом
Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства (включена деперсонализация-дереализация)
Расстройства приема пищи. Расстройство питания в раннем детском возрасте	Расстройства питания и приема пищи	Расстройства питания и приема пищи
Неорганический энурез. Неорганический энкопрез	Расстройства выделения	Расстройства выделения
Соматоформные расстройства. Неврастения	Расстройства, связанные с соматическими симптомами	Расстройства соматических ощущений или телесного дискомфорта
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	Связанные с веществами и аддитивные расстройства	Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддитивным поведением
Расстройства привычек и влечений	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства контроля импульсов
Оппозиционно-вызывающее расстройство у детей и подростков	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства разрушительного или диссоциального поведения
Расстройства личности и поведения у взрослых	Расстройства личности	Расстройства и акцентуации личности
Парафилии	Парафильные расстройства	Парафильные расстройства
Симулятивное расстройство	Имитационное расстройство (включено в «Расстройства, связанные с соматическими симптомами»)	Имитационное расстройство
Органические психические расстройства	Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
Расстройства сна неорганической природы	Расстройства сна-бодрствования	Раздел «Расстройства сна-бодрствования»
Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием. Расстройство половой идентификации. Расстройство сексуального предпочтения	Сексуальные дисфункции. Гендерная дисфория	В разделе «Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью» Сексуальные дисфункции. Сексуальные болевые расстройства. Гендерное несоответствие

# ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

---

Дж. Мармор (1998) выделяет семь общих знаменателей различных терапевтических подходов:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, связанное с надеждой на получение помощи;
- 3) получение информации от терапевта;
- 4) оперативное изменение поведения за счет одобрения или неодобрения терапевта;
- 5) приобретение социальных навыков на модели терапевта;
- 6) убеждение и внушение, в том числе скрытое;
- 7) тренинг навыков адаптации при условии эмоциональной поддержки терапевтом.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Целью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) является коррекция неадекватных когниций (понятий, значений). Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. От пациента требуется безусловное принятие положения: «Чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи».

*Операционализация поведения* позволяет очень четко определить проблему и осуществить анализ поведения, представив его в виде цепи отдельных операций. *Функциональный анализ* предполагает отслеживание последовательности событий и осуществляется по трехчленной формуле: предыстория; результирующее поведение; последствия данного поведения.

Самым распространенным подходом является **оперантное обусловливание**, когда используемые подкрепители могут быть материальными или социальными. При этом похвала и внимание могут оказаться столь же эффективными, как деньги или сладости.

Оперантные техники подразделяются на формирование, использование символических наград, заключение взаимовыгодных контрактов, управление ситуацией и тайм-аут. *Формирование* состоит из подкрепления изменений

небольшими шагами, которые постепенно приближают к намеченной цели. Использование символических наград означает, что для поощрения ребенка за успешное поведение используется система баллов.

*Заключение взаимовыгодных контрактов* включает соглашение с родителями о принятии необходимых изменений вслед за изменениями, происшедшими у их детей. *Управление ситуацией* заключается в использовании или прекращении использования наград и наказаний в зависимости от поведения ребенка. *Тайм-аут* — это наказание, при котором детей заставляют стоять в углу или отправляют в свою комнату.

Техники **респондентного обусловливания** включают модификацию физиологических реакций. Здесь наиболее часто используются систематическая десенсибилизация, тренинг уверенности в себе (ассертивный тренинг), терапия по выработке отвращения (аверсивная терапия) и секстерапия.

*Систематическая десенсибилизация* — это постепенное погружение в ображаемую проблемную ситуацию в состоянии безопасности и релаксации. *Ассертивный тренинг* направлен на выработку умений выдвигать требования, отказываться и критиковать, смело устанавливать контакт, открыто обращать внимание на себя, собственные цели и интересы и позволять себе ошибаться. *Аверсивная терапия* заключается в формировании рефлекторной реакции отвращения на дисфункциональный ранее привлекательный возбудитель.

В *секстерапии* подбирают ориентированную на данную пару программу упражнений для перехода от эгоцентрического подхода к межличностному, повышения уверенности в своем праве на чувственное удовольствие, улучшения контроля над собственными ощущениями и обратной связи в процессе полового акта, ликвидации тревожного ожидания неудачи.

**Когнитивно-аффективные** техники включают прерывание мыслей, рационально-эмоциональную терапию, моделирование А. Бандуры, когнитивную реатрибуцию и самомониторинг.

*Прерывание мыслей* состоит в осознании и волевой остановке дисфункциональной мысли. *Рационально-эмоциональная терапия* А. Эллиса включает в себя личностную оценку события, выявление иррациональных установок по отношению к нему и их сознательную коррекцию. После этого проблемная ситуация многократно моделируется для тренировки контроля эмоций и формирования конструктивных установок.

В *моделировании Бандуры* применяются следующие приемы:

1. Пациент в состоянии релаксации при закрытых глазах подробно описывает вслух стрессовую ситуацию.
2. Психотерапевт подготавливает альтернативное решение проблемы.
3. Пациент осуществляет дома выборочную пробу переживаний.
4. Достигнутые результаты описываются в дневнике и обсуждаются с психотерапевтом.
5. Пациент заучивает вслух альтернативный диалог, предложенный психотерапевтом.

*Когнитивная реатрибуция* — это процесс активного изменения дезадаптивных паттернов мышления и замещения их конструктивными мыслями и установками. Психотерапевт помогает пациенту выявить несостоятельные когниции, например необоснованные представления о своем супруге или ребенке, которыми пациент привычно обосновывает свое чувство враждебности

или вины и неполноценности. Эта цепочка представлений замещается реалистичным, более содержательным и многосторонним представлением, здоровыми суждениями. Новые атрибуты закрепляются в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни.

*Самомониторинг* — это наблюдение и регистрация собственного поведения, которое человек хочет изменить. Чтобы научить клиента самомониторингу, терапевт вначале демонстрирует образец самомониторинга сам, затем пациент практикует самомониторинг под наблюдением и с предоставлением обратной связи от терапевта.

**Нарративная терапия** заключается в том, что клиент осмысливает и выстраивает свою жизнь на основе нарративов — историй, которые ему рассказывали и которые он сам рассказывает о мире и себе. В стратегии нарративной психотерапии выделяют три стадии. На первой стадии психотерапевт имеет дело с проблемным нарративом, причем его мало интересуют причины проблемы. Далее он выявляет исключения: частичные победы над неприятностями и примеры эффективных действий. И наконец, это поддержка. Терапевт поощряет проиграть ситуацию как движение к социально поддерживаемому действию.

Тактика нарративной психотерапии предполагает использование тщательно разработанной серии вопросов.

1. Деконструктивные вопросы экстернализируют проблему, выводят ее вовне: «Что вам нашептывает депрессия?», «К каким выводам вы пришли из-за данной проблемы?».
2. Вопросы, открывающие новое пространство; они выявляют уникальные эпизоды: «Бывали ли времена, когда проблема могла бы испортить вашу жизнь, но ей это не удалось?»
3. Вопросы предпочтения помогают убедиться в том, что уникальные эпизоды представляют собой предпочтительный опыт: «Улучшил иной образ действий положение вещей или ухудшил?», «Было это положительным или отрицательным событием?».
4. Вопросы о развитии повествований, цель которых — создать новое повествование на основе предпочтительных уникальных эпизодов: «Чем это отличается от того, что вы сделали бы прежде?», «Кто сыграл роль в формировании такого образа действия?», «Кто первым заметит произошедшие в вас положительные изменения?».
5. Вопросы о смысле задаются для того, чтобы можно было преодолеть негативный взгляд на себя и подчеркнуть положительные стороны: «О каких ваших особенностях говорит тот факт, что вы сумели справиться с этим?»
6. Вопросы, способствующие перенесению повествования на будущее, предназначены для того, чтобы поддержать изменения и подкрепить позитивное развитие: «Каким вам видится наступающий год?»

## СУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Л. Вольберг (Wolberg, 1980) описывает четыре этапа краткосрочной **гипно-носуггестивной психотерапии**.

1. Поддерживающая фаза, во время которой достигается гомеостаз благодаря «заживляющему» влиянию отношений с терапевтом, плацебо-эффекту терапевтического процесса (ожиданию улучшения) и облегчающему эффекту катарсиса (эмоционального отреагирования).
2. Апперцептивная фаза, характеризующаяся способностью к пониманию, даже минимальному, смысла симптомов в терминах актуального конфликта, основных личностных потребностей и психологических защит.
3. Фаза действий, заключающаяся в изменении определенного невротического паттерна, проявляющемся затем в различной перспективе.
4. Интегративное переучивание, которое происходит после окончания терапии на основе цепи реакций, начавшейся во время терапии.

Для ускорения терапевтического процесса автор применяет следующие процедуры.

- Установление раппорта (безусловного доверия к терапевту).
- Описание области проблемы как фокуса для вскрытия.
- Выделение с клиентом рабочей гипотезы о психодинамике его трудностей.
- Интерпретация сновидений.
- Максимально быстрое преодоление сопротивления.
- Выделение в качестве терапевтических мишеней таких симптомов, как чрезмерное напряжение, тревога и подавленность, навязчивые страхи и иррациональные убеждения.
- Обучение клиента достижению инсайта как корригирующей меры.
- Составление клиентом плана действий для достижения желаемых изменений.
- Поиск элементов переноса и разрешение его прежде, чем он укрепится.
- Поддержка развития жизненной философии.

М. Эриксон (2013) описывает четыре метода краткосрочной гипнотерапии.

1. **Замена симптома:** пациент представляет ситуацию, в которой невозможно коррекция вызывающей причины, а терапевт заменяет нарушение функции сравнительно безобидным симптомом, который принимается пациентом.
2. **Трансформация симптома:** терапевт использует невротическое поведение, трансформируя личностные намерения, которые оно изначально обслуживало, без коренного изменения самой симптоматики.
3. **Улучшение симптома:** терапевт оставляет весь синдром, но смягчает его.
4. **Коррекция эмоциональных реакций:** пациент включается в интенсивные эмоциональные проблемы, терапевт создает атмосферу для изменений эмоциональных реакций.

М. Эриксон разработал способы наведения транса, которые делают психотерапевта более похожим на пациента и формируют у пациента бессознательное ощущение, что психотерапевт «свой», создают между ними лучший контакт и доверие. Чаще всего используются подстройки по телу (поза и жесты), подстройки по дыханию, по используемому в общении словарю, по голосу и речи, по ценностям.

Применяются следующие способы наведения транса.

- Вербализация — словесное обозначение наблюдаемых двигательных и вегетативных реакций пациента.
- Невербальная подстройка — синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний терапевта с ритмом дыхания пациента.
- Невербальное ведение — замедляя свое дыхание и речь, терапевт замедляет и ритм дыхания пациента.
- Последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (осязательной, слуховой, зрительной): «Вы чувствуете...», «Отчетливо слышите мой голос...», «Перед вашим мысленным взором...» и т. д.
- Воспроизведение предшествующего транса — воссоздание и закрепление воспоминаний трансовых состояний, возникавших при езде в транспорте и в других естественных условиях.
- Метод «якоря» — на первом сеансе формируется рефлекс: «якорь» (усаживание в кресло, прикосновение терапевта и т. п.) и наведение транса.
- Описание обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс.
- Рычажное поведение — пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс.
- Разрыв шаблона — целенаправленно прерываемое автоматизированное действие ведет к мгновенному трансу (например, терапевт приветственным жестом протягивает к пациенту руку, но перед рукопожатием отводит ее).
- Метод перегрузки — в быстром темпе подаются противоречивые инструкции, приводящие пациента в замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта (гипнотической связи).
- Двойное наведение — по другую сторону от пациента находится ассистент, пациент слышит одновременно два текста внушения транса — то параллельных, то расходящихся по содержанию; транс наступает через 1–2 минуты.

Ассистент контролирует ситуацию при возникновении неизбежных трансовых состояний у ведущего терапевта. Это способствует раскрепощению интуиции гипнотерапевта, повышению его сенсорной восприимчивости и подсознательной подстройки к пациенту.

Взамен директивных формул, классической гипнотерапии, направленных на устранение или ослабление симптомов, используются расплывчатые формулировки, позволяющие клиенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием.

Доступ к скрытым ресурсам обеспечивают приемы отождествления с «образом достижения», «путешествие во времени», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого