

**Доморацкий В. А.**

**Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М.:**

**Издательство Института психотерапии, 2008. – 304 с.**

### **Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз**

#### **История возникновения и развития метода**

Метод обязан своим возникновением выдающемуся американскому психотерапевту и гипнологу с мировым именем – Милтону Эриксону (1901–1980 гг.). В детстве он заболел тяжелой формой полиомиелита. Позднее Эриксон вспоминал, что доктор, осмотревший его, высказал сомнение в том, что он доживет до восхода солнца. И его это поразило: «Как же так, я больше не увижу восхода солнца?» Он попросил мать передвинуть его кровать к окну, и ждал момента, когда солнце взойдет, связывая с восходом надежды на жизнь. И Эриксон поборол болезнь, но еще долгие месяцы почти полностью был обездвижен. Постепенно явления паралича стали исчезать. Мальчик учился заново подниматься, ходить, держать ложку. Будучи взрослым, он рассказывал: «Я делал то же самое, что делала моя маленькая сестренка, которой был год. Я наблюдал, как она встает, как она подтягивает ножки, чтобы опереться на них, и делал то же самое». Может быть, именно тогда зародилась особая наблюдательность Эриксона, которая фактически стала основой его психотерапии. Потому что мальчик, который длительное время оставался практически недвижимым, мог только наблюдать и слушать. В дальнейшем он практически выздоровел. После окончания медицинского колледжа М. Эриксон специализировался в психиатрии, а затем стал практиковать как гипнотерапевт. Это было рискованным занятием для времени, когда гипноз считался ненаучным методом. Спустя годы, благодаря Эриксону гипноз получил признание в США как клинический метод. М. Эриксон – автор 140 научных работ, посвященных различным аспектам гипнотерапии, под его руководством начал выходить «Журнал клинического гипноза». Имея большую психотерапевтическую практику, Эриксон много времени посвящал своим ученикам, которые, творчески развивают его идеи (Д. Зейг, Э. Росси, Дж. Хейли С. Гиллиген, С. Лэнктон, С. Кэлеген, Г. Ластиг и др.). В 54-летнем возрасте Эриксон перенес повторный приступ полиомиелита, последние годы своей жизни он был прикован к инвалидному креслу, и практически уже не покидал города Феникса, в котором жил. Но люди продолжали приезжать к нему. У него до конца жизни было много пациентов и учеников. Эриксон прожил почти 80 лет и за это время успел создать новую школу психотерапии, которая названа его именем.

*Эриксоновская психотерапия* – технология обеспечения доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических проблем и/или устранения болезненных симптомов. Ее важнейшей составной частью является *эриксоновский гипноз* – недирективно-разрешительная, гибкая, косвенная модель наведения и использования гипнотического транса, основанная на сотрудничестве и многоуровневом межличностном взаимодействии терапевта и пациента.

В странах СНГ эриксоновская гипнотерапия как направление в психотерапии стала активно развиваться с начала 90-х годов прошлого века, после проведения в России зарубежными специалистами (Ж. Годен, Б. Эриксон, Н. Воотон, Ж. Беккио и др.) семинаров-тренингов, а также издания на русском языке работ М. Эриксона и его последователей. В дальнейшем появилась целая плеяда высокопрофессиональных русскоязычных специалистов, обучающих этому методу: М. Р. Гинзбург, М. Н. Гордеев, В. А. Доморацкий, Л. М. Кроль, А. Ф. Радченко и др. Возрастающий интерес отечественных психотерапевтов к методикам работы самого Эриксона и других представителей данного направления, на наш взгляд, связан с тем, что экономичная и весьма прагматичная, ориентированная на решение конкретных проблем клиентов эриксоновская модель психотерапии оказалась востребованной на постсоветском пространстве.

### **Теоретическая основа и сущность метода**

В основе метода лежат две предпосылки: 1) бессознательная часть психики пациента, в принципе, готова работать в интересах пациента и искать пути к здоровью; 2) в бессознательном содержатся ресурсы, необходимые для решения практически любых человеческих проблем, и психотерапия позволяет получить к ним доступ. Поэтому основной задачей психотерапии является активизация и целенаправленное использование внутренних ресурсов необходимых для позитивных изменений в жизни человека и обретения им психологического комфорта.

Метод носит стратегический характер, т. е. психотерапевт определяет основные проблемы пациента, намечает цели психотерапии и предлагает определенные подходы для их достижения. Он является краткосрочным и, прежде всего, ориентирован на восстановление душевного и физического самочувствия, нуждающихся в психотерапевтической помощи людей, до приемлемого для них уровня. Психотерапевтические интервенции во многом выполняют роль рычага, необходимого для запуска процесса изменений. Работая с симптомом, эриксоновские психотерапевты ожидают эффекта «снежного кома», полагая, что изменения какого то элемента в системе могут привести к изменениям всей системы. М. Эриксон говорил, что «психотерапия часто напоминает толчок первой костяшки домино».

Научившись справляться с симптомами, пациенты часто избавляются от ригидных психических установок. Затем благотворные изменения могут затронуть и другие стороны их жизни. Достижение позитивных результатов считается важнее прояснение прошлого или понимания значения и функции симптома. По наблюдениям Эриксона решение проблемы может быть вообще не связано с тем, что послужило ее причиной. Иногда, даже допустимо позволить симптому существовать и далее, но по иному, переработав его.

Эриксоновская модель психотерапии предполагает широкое использование многоуровневой речи. Словесная формулировка может содержать в себе множество смыслов. Тогда на сознательном уровне обрабатывается лишь одно из возможных значений слова, а на бессознательном – все значения слова. Анекдот – типичный пример использования двух уровней языка. Одно значение занимает сознание, а другое значение обрабатывается на бессознательном уровне и осознается с некоторым запозданием («доходит»). Разница в значениях и заставляет смеяться. В психотерапии для передачи нескольких смыслов одновременно используют метафоры, юмор и контекстуальные внушения. В последнем случае речь идет об интонационном выделении некоторых слов в предложении, которые бессознательно улавливаются пациентом и воспринимаются как вставленные команды. Сам Эриксон рассматривал многоуровневую речь как способ активизации бессознательных процессов. Она позволяет предложить пациенту новое решение либо иной взгляд на проблему, которые не распознаются сознательно, как внушенные другим лицом. Предложенные таким образом идеи могут быть приняты или отвергнуты, но в случае принятия они осознаются как свои собственные, а не навязанные извне.

Утилизация – отличительный признак эриксоновского подхода и важнейший источник успешной терапии. Это готовность психотерапевта стратегически реагировать на абсолютно любые аспекты пациента и окружающей среды. Психотерапевт улавливает и использует (утилизирует) все, что происходит с пациентом и вокруг него во время терапии. М. Эриксон (1976) описывал утилизацию следующим образом: «Психотерапевты, желающие помочь своим пациентам, никогда не должны ругать, осуждать или отвергать любую составляющую поведения пациента просто потому, что это является неконструктивным и неразумным. Поведение пациента является частью его проблемы. Все то, с чем пациенты приходят в кабинет психотерапевта, является в некотором смысле частью их проблемы. На пациента следует смотреть с сочувствием, ценя ту целостность, которая предстает перед терапевтом. Поступая так, терапевты не должны ограничивать себя тем, что они ценят лишь хорошее или разумное с точки зрения возможного основания

для терапевтических процедур. На самом деле гораздо чаще, чем это осознается, терапия может иметь прочное основание лишь при утилизации глупых, абсурдных, иррациональных и противоречивых проявлений. Профессиональное достоинство терапевта не затрагивается, а профессиональная компетентность – повышается».

Для эриксоновского подхода характерна депатологизация проблем пациента. Человеческие проблемы понимают, как следствие попыток людей адаптироваться к изменяющимся потребностям их семейной и социальной среды. Симптомы часто рассматриваются в качестве естественных механизмов структурирования той или иной системы (например, семьи). Психотерапевт играет весьма активную роль в лечении, на нем лежит ответственность за приведение в действие механизма психотерапии. Он намечает и реализует основные стратегические шаги психотерапии с целью перевода конкретных проблем в плоскость их конструктивного решения. Лечение направлено на то, чтобы пациенты смогли изменить свою жизнь за пределами психотерапевтического кабинета. От них ждут действий, их всячески побуждают к конкретным поступкам, связанным с желательными изменениями. Причем позитивные изменения часто происходят в результате наущения при выполнении упражнений на сеансах и домашних заданий, а не под влиянием глубокого осознания пациентом имеющихся проблем (инсайта). Иногда ошибочно считают, что инсайт вообще несовместим с эриксоновским подходом, который стимулирует бессознательное пациента, для того чтобы обойти понимание на уровне сознания. На самом же деле инсайт вполне допустим в рамках эриксоновской методологии, но это всего лишь один из способов достижения душевного здоровья. Если инсайт мог способствовать ускорению позитивных изменений, Эриксон использовал его.

Типичен косвенный подход, который заключается в том, что помощь в открытии ресурсов, новых возможностей и ответов, осуществляется незаметно. Пациенты далеко не всегда замечают и осознают, что эта помощь исходит от психотерапевта. Терапевтическое воздействие осуществляется как в обычном, так и в трансом состоянии. Гипнотерапия – один из лучших способов создания условий, благоприятствующих необходимым изменениям. Эриксоновская модель гипнотизации отличается от классической, которая использует технику программирования пассивного пациента. В эриксоновском гипнозе между пациентом и психотерапевтом устанавливаются отношения, основанные на взаимодействии и сотрудничестве. При этом психотерапевт постоянно отслеживает сигналы, исходящие от пациента, и дает ему понять, что воспринимает их, чем побуждает к сотрудничеству и углублению гипнотического функционирования. В трансе происходит

взаимодействие двух бессознательных, их диалог и обмен информацией. По словам Жака Паласи, «пациент использует психику терапевта, чтобы совершить работу, которую он не смог бы проделать в одиночестве». Применяются гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: психотерапевт вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к его позе, дыханию, особенностям речи), а затем незаметно все больше начинает им руководить, постепенно вводя в гипнотический транс. Эриксоновский подход повышает восприимчивость пациентов к гипнозу и эффективность работы в транссе, позволяет избежать или мягко обойти сопротивление, которое нередко возникает у субъекта при использовании директивных и шаблонных методов гипнотизации, а также императивных суггестий, ориентированных на снятие симптомов или изменение нежелательного поведения. Такой гипноз позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, преодолеть их и получить доступ к новым ресурсам а, в конечном итоге, к новым, адаптивным моделям личностного функционирования.

В рамках метода разработан и широко используется обширный технический инструментарий. Это – множество способов наведения трансса, диссоциация сознательных и бессознательных процессов в психике, различного рода косвенные и открытые внушения, включая терапевтические метафоры и истории, рефрейминг, домашние задания по развитию тех или иных навыков и умений, парадоксальные техники, неопределенные задания и т. п. Все они используются для побуждения пациентов к активному участию в изменении их способа сосуществования.

Официальное наведение трансса является лишь одним из вариантов индукции гипнотического состояния. В рамках эриксоновского подхода можно провести как достаточно формальный сеанс – с четко маркированной индукцией трансса, терапевтической фазой и завершением – так и более «натуралистический», в котором короткие моменты трансса спонтанно возникают по ходу общения. Коммуникативные техники эриксоновского гипноза способствуют развитию транссовых состояний в ходе беседы, а также позволяют распознавать и использовать минимальный транс, который естественным образом может возникнуть при общении. Наряду с работой в транссе широко используется скрытое суггестивное воздействие в бодрствующем состоянии. Кроме того, пациенты получают домашние задания, которые также способствуют решению их проблем. При этом применяются прямые либо непрямые предписания поведения, а при сопротивлении пациента – парадоксальные приемы. Вероятно, все это послужило основанием для американского гипнотерапевта А. Вейзенхоффера, заявить, что эриксоновский подход основан преимущественно на суггестии в

бодрствующем состоянии, с чем нельзя полностью согласиться. Эриксон и его последователи рассматривают транс, как континуум состояний измененного сознания, где на одном полюсе располагаются спонтанно возникающие микротрансы, а на другом – сомнамбулический транс. Считается, что в ходе одного сеанса глубина транса может существенно меняться. Терапевтические интервенции с применением различного рода косвенных суггестий, действительно могут осуществляться в ходе беседы с клиентом в бодрствующем состоянии, посредством поучительных историй, притч, анекдотов, рассказов о пациентах, содержащих вставленные внушения и многоуровневые послания. Но все, же чаще используется минимальный транс или более глубокий, когда у пациента добиваются гипнотического отклика в виде сигналинга, левитации руки и других каталептических феноменов, а значительный отрезок работы в трансе по выходе из него подвергается амнезии. Работа же самого Эриксона и его ближайших учеников изобилует примерами глубоких сомнамбулических трансов.

В своей практической работе с клиентами Эриксон был четко ориентирован в будущее. Хотя трудно усомниться в том, что истоки многих проблем лежат в прошлом, знание о том «почему» человек делает то, что он делает, не обязательно помогает ему измениться. Клиенты, как правило, приходят к психотерапевту, неся за плечами длинную историю своих проблем. По мнению Эриксона, подолгу копаться в прошлом – малопродуктивное занятие, поэтому большая часть его терапевтической работы явно или неявно была направлена на переориентацию клиентов на взгляд вперед, а не назад. Он часто говорил своим пациентам: «Давайте забудем прошлое и взглянем вперед в будущее... и превыше всего во всем, что вы делаете, будем ставить юмор!»

Эриксон был мастером установления раппорта. Фактически, он первым стал широко использовать в своей речи предикаты (слова, обозначающих действия и отношения, то есть глаголы и их заменители), предпочитаемой клиентом модальности, благодаря чему представал перед ним человеком, говорящим на абсолютно понятном языке, человеком, который заслуживает доверия. Еще одно средство установления раппорта, которым Эриксон мастерски владел – отзеркаливание поведения клиента, посредством уподобления последнему в позе, мышечном тонусе, позе, выражении лица, грубой моторике, тоне голоса и его интонациях. Результатом отзеркаливания является то, клиент начинает отождествлять свое поведение с поведением терапевта, который неосознанно становится для него надежным источником обратной связи, касающейся его собственных действий. Простейшее отзеркаливание предполагает непосредственное копирование некоторых или всех форм поведения человека, находящегося рядом. Более сложный его вид – «перекрестное отзеркаливание», и именно на этом уровне, обычно работал

Эриксон. При перекрестном отзеркаливании психотерапевт копирует поведение с помощью частей тела, отличных от тех, которые использует клиент. Например, нервное подергивание ноги клиента отзеркаливается подергиванием головы в том же темпе. Используя свои уникальные способности отслеживать паттерны дыхания, частоту пульса, изменения цвета кожи, мельчайшие перепады мышечного тонуса и другие характеристики, Эриксон практиковал перекрестное отзеркаливание для быстрой подстройки своего голоса и телодвижений к соответствующим характеристикам своих клиентов.

Эриксон говорил тем, кто жалуется на бессонницу: «Бессонница – это неумение тратить время... дарованные вам дополнительные часы. Лежа без сна в постели, подумайте обо всех приятных делах, которые вы хотите сделать, о тех, которые вы уже сделали, и вы обнаружите, что это дополнительные, а не бессонные часы. А когда вы займете себя мыслями о чем-то хорошем, ваше тело привыкнет к лежанию в постели, и вы уснете». Таким образом, Эриксон мог полностью переориентировать своего клиента в отношении «проблемной ситуации». За этим стоит нечто большее, чем простая игра слов. Это – сдвиг точки зрения страдающего бессонницей клиента, который позволяет с одной стороны подвести его к более полезному использованию проводимого в постели времени, а с другой – снять жесткую установку на непременно достижение сна любой ценой, которая часто мешает человеку по-настоящему расслабиться и уснуть. Это искусство переформирования, трансформации точек зрения составляет еще один стержневой момент терапии Эриксона. Не менее важным терапевтическим приемом, которым блестяще владел Эриксон, является изменение поведенческих паттернов клиентов. Его отличало умение выделять и использовать лежащие в основе проблемы клиента паттерны поведения с целью желательных изменений. Однажды к нему на прием пришёл отставной полицейский с избыточным весом, эмфиземой и гипертонией, который в связи с нарастающими проблемами со здоровьем хотел бы бросить курить, реже употреблять алкоголь и меньше есть, но самостоятельно этого сделать не мог. В процессе беседы Эриксон выяснил, что по три блока сигарет и выпивку отставной полицейский покупает неподалеку от своего дома, там же поблизости он покупает себе продукты либо обедает в ресторанчике. А затем вместо того, чтобы разобраться с содержанием жалоб клиента и возможными причинами переедания, злоупотребления алкоголем и частого курения Эриксон изменяет общий паттерн поведения, порождающий все эти проблемы. Он предложил пациенту покупать сигареты по одной пачке за раз на другом конце города и добираться туда пешком. Ему также надлежало ходить за продуктами по три раза в день, покупать их на один прием пищи и ничего не брать про запас, а обедать вне

дома в ресторанах в нескольких километрах от дома. Отставному полицейскому было разрешено употреблять алкоголь в нескольких барах, которые были расположены в 2-3 километрах от его дома и на приличном расстоянии друг от друга, причем, только по одной рюмке в каждом из них. Таким образом, предписал своему пациенту удовлетворять свои потребности в пище, алкоголе и сигаретах максимально энергоемким способом, приобретая их в минимальных количествах. Тем самым он практически гарантировал, что потребление бывшим полицейским продуктов, которыми он склонен злоупотреблять, автоматически будет снижено и что одновременно он даст своему организму нагрузку, необходимую для улучшения физической формы. Ахиллесовой пятой подобных вмешательств является необходимость убедить людей строго следовать указаниям психотерапевта, что предполагает учет множества факторов, влияющих на мотивацию клиента. В приведенном примере Эриксон дал весьма жесткие инструкции бывшему полицейскому, приученному к строгой дисциплине и крайне озабоченному своим здоровьем, что, в конечном итоге, побудило пациента к их выполнению. Чтобы клиенты следовали предписаниям поведения (иногда весьма своеобразным или требующим усилий), психотерапевт должен быть для них авторитетной, пользующейся доверием фигурой. Кроме того, при инструктировании клиентов психотерапевт обязательно использует особый гипнотический и внушающий язык (П. Вацлавик, 1980). Известно, что однажды дочь спросила Эриксона: «Папа, почему люди совершают те безумные вещи, которые ты им предлагаешь делать?» Он ответил: «Потому что они знают, что я говорю серьезно».

Эриксон не пытался сразу вносить в поведение своих клиентов радикальные изменения. Он предпочитал инициировать незначительные поведенческие изменения. Это вполне оправдано, потому, что клиенты значительно легче соглашались на мелкие изменения, чем на крупные. Осознанно или неосознанно, но клиенты часто стремятся помешать собственному выздоровлению. Предлагая вмешательства, на первый взгляд никак не связанные с проблемой, второстепенные и совершенно безобидные по характеру, Эриксон избегал сопротивления клиента. Отметим, что выбор наиболее адекватной и эффективной формы поведенческого вмешательства в эриксоновской психотерапии определяется опытом и интуицией психотерапевта. Необходимо произвести минимальное вмешательство, способное вызвать у клиента максимальные изменения в желательном направлении. Например, Эриксона попросили проконсультировать на дому женщину, у которой на протяжении девяти месяцев наблюдалась депрессия. Она почти ни с кем не общалась и вела одинокую праздную жизнь. Проходя по ее большому дому, Эриксон заметил три африканские фиалки и горшочек



для саженцев с пересаженным туда ростком. Он сказал женщине: «Я хочу, чтобы вы покупали себе все африканские фиалки, которые вы увидите. Я хочу, чтобы вы купили себе пару сотен горшков для саженцев, и вырастили новые фиалки. Как только ростки приживутся, вы будете посылать их в подарок на каждый день рождения, на каждые именины, на каждую помолвку, на каждую свадьбу; всем, кто болен, на каждые поминки, на каждый церковный благотворительный базар». И она купила двести африканских фиалок, а когда приходится ухаживать за двумя сотнями фиалок, есть чем занять день. Эта женщина избавилась от депрессии и стала «королевой африканских фиалок» штата Милуоки, у нее появилось бесчисленное количество друзей. Эриксон отмечал, что просто развернул ее в нужном направлении и сказал: «Встряхнись». А она проделала всю остальную часть терапии сама. Этот случай хорошо иллюстрирует эриксоновский подход к поведенческим интервенциям. Эриксон не стал выяснять детали личной истории этой женщины в поисках обоснований ее депрессии и затворничества. Он даже не представил ей описание тех изменений, которые собирается внести в ее жизнь. Ему было важно уяснить паттерн поведения клиентки, благодаря которому она могла и дальше вести затворнический образ жизни. Эриксон понимал, что реализация его рекомендаций, скорее всего, повысит активность и расширит коммуникации. Ведь выращивание цветов, уход за ними и дарение фиалок по различным случаям жителям города, требует множество усилий. Эта целенаправленная деятельность, несомненно, вызовет ответное поведение со стороны окружающих. Подчеркнем также, что колоссальный эффект, который вмешательство Эриксона оказало на жизнь этой женщины был достигнут лишь путем внесения корректив в привычную для нее сферу деятельности – в разведение фиалок. Типично и то, что выбор задания опирался на уже существующие у человека паттерны поведения, что, конечно же, значительно повышает вероятность их реализации.

Однажды дочь Эриксона пришла из школы домой и сказала: «Папа, я собираюсь начать грызть ногти. Все девочки в школе обкусывают ногти, и я должна следовать моде». Он ответил: «Да, другие девочки тебя далеко опередили. Тебе нужно сильно постараться, чтобы их догнать. Так почему бы тебе не заняться тем, чтобы дважды в день по пятнадцать минут садиться и грызть свои ногти, чтобы догнать других девочек?» Она возразила: «Пятнадцати минут не хватит, мне нужно как минимум полчаса». На что Эриксон ответил: «Я думаю, пятнадцати минут достаточно». Она вновь возразила: «Нет, я собираюсь заниматься этим по полчаса». Тогда он сказал: «Я дам тебе часы, и ты сама будешь следить за временем». Вскоре дочь объявила: «Я собираюсь ввести новую моду в школе... отращивать длинные красивые ногти». Эриксон делает неуместное поведение клиента крайне для

него дискомфортным, связывая его с другой формой поведения, цена которой оказывается слишком высока. Он часто использовал этот прием при работе с людьми, страдающими от компульсивного поведения, будь то патологическое мытье рук, кусание ногтей и т. п. Согласно ориентации, которой придерживался Эриксон при работе с такого рода проблемами, эти формы поведения являются результатом устаревшего и ставшего обременительным научения, которое нуждается в пересмотре. С другой стороны, практикующие психотерапевты, часто рассматривают такие компульсивные формы поведения как симптомы стоящих за ними психологических проблем. Эриксон же рассматривал такие формы поведения как поведенческие паттерны, когда-то служившие некоей полезной цели, но в настоящее время сохраняющиеся скорее в силу привычки, чем в силу своей функциональности. Подход Эриксона избавляет от необходимости выяснять истоки поведения клиентов – достаточно просто изменить само неадекватное поведение. Причем Эриксон никогда не пытался прямым образом заставить клиента отказаться от компульсивного поведения. Он принимал поведение клиента, а затем тем или иным образом связывал его с другой, вполне уместной, но, весьма обременительной формой поведения, предписываемой клиенту, благодаря чему дисфункциональное поведение впоследствии разрушалось само по себе. Уместность предписываемого поведения связана с представлением о том, что это поведение имеет некий смысл для клиента с точки зрения его отношения к проблемной ситуации. Вместо того чтобы порицать дочь за обкусывание ногтей, Эриксон демонстрирует уважительное отношение к ее желанию, тем самым, устанавливая раппорт. Затем он вовлекает ее в поведение, которое кажется в данной ситуации вполне разумным, и все же он убежден, что вскоре обкусывание ногтей превратится в повинность, вызывающую нарастающее отвращение.

В нашей профессиональной среде существует устойчивый миф о том, что только длительная психотерапия, опирающаяся на тщательно разработанные теории личности и психопатологии, способна обеспечить стабильный терапевтический эффект, поскольку способствует лучшему пониманию клиентами себя, своих мотивов, ценностей, целей своего поведения и устремлений. Обязательным условием считается достижение инсайта. В то же время любая краткосрочная психотерапия, и в частности терапия Эриксона, нередко, трактуется как поверхностная, манипулятивная, не имеющая фундаментальной теоретической основы. М. Твен говорил: «В руках человека с молотком все вокруг кажется гвоздями». Специалисты, твердо усвоившие, что основная цель психотерапии – реорганизация личности, прежде всего, будут стремиться к тому, чтобы научить клиента доверять своим чувствам, брать на себя ответственность, мыслить более

рационально и т. п. Если для психотерапевта симптомы или дисфункциональное поведение – отражение более глубокого, скрытого расстройства, то его будут интересовать не их исчезновение, а изменение личностных характеристик, эмоциональных переживаний, самооценки и познания, что является, по их мнению, несомненным свидетельством глубокой терапевтической проработки.

Альтернативная точка зрения принадлежит М. Эриксону, которого можно считать родоначальником «психотерапии новой волны», краткосрочной и сфокусированной на достижении конкретных позитивных изменений у клиента. Он писал: «Терапевт не должен настолько не уважать своих пациентов, чтобы быть не в состоянии принять естественную человеческую слабость и иррациональность». (Erickson, 1980). И еще определеннее: «Необходимо признать тот факт, что для некоторых пациентов полная и исчерпывающая психотерапия вообще неприемлема. Весь их общий паттерн выживания основан на существовавшем долгое время неумении адаптироваться к окружающей среде, причиной которого является их несовершенство. Следовательно, любые попытки коррекции этой дезадаптации будут нежелательными либо просто невозможными. Поэтому правильная психотерапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациенту функционировать адекватно и конструктивно в такой степени, в какой это возможно с учетом всех его внутренних и внешних недостатков, составляющих неотъемлемую часть жизненной ситуации и реальных потребностей» (Erickson, 1954). Причем, как уже было сказано выше, Эриксон считал инсайт лишь одним из способов достижения душевного здоровья. Он писал: «Психотерапевт пытается проводить сеанс гипноза на бессознательном уровне, предоставляя затем пациенту возможность по необходимости переносить приобретаемые понимания и инсайты на уровень сознательного ума». (Erickson, 1977).

В адрес эриксоновского гипноза порой звучит критика в связи с недостаточным теоретическим обоснованием ряда его положений и методов. Впрочем, даже Директор фонда Милтона Эриксона и его ученик Дж. Зейг (1988), отмечая значительный вклад Эриксона в развитие психотерапии и клинического гипноза, признает: «Создается впечатление, что отличительная черта неоэриксонизма – это скорее блестящий стиль, нежели прочность идей». Леон Черток (1990) подчеркивает тот контраст, который существовал между самим Эриксоном, экспериментатором первой величины, никогда особенно не заботившимся о теоретических выкладках, и его учениками, стремящимися подвести теоретический фундамент под его идеи. Причем в пылу полемического задора последние всячески подчеркивали существование принципиальных различий между эриксоновской моделью гипноза и

классической. В их достаточно схематичном описании традиционные гипнологи предстают, как авторитарные, контролирующие, догматичные, следующие жесткому сценарию, игнорирующие индивидуальные особенности пациентов личности. Однако, судя по авторским публикациям, Эриксон никогда не противопоставлял свои методы гипнотизации любым другим. Он также не предлагал никаких тщательно разработанных теоретических определений гипноза, избегая физиологических и психологических объяснений этого феномена. В описаниях гипнотического процесса и поведения загипнотизированных субъектов Эриксон показывал отличие гипнотического состояния от нормального, повседневного состояния сознания. Он считал, что в отличие от обычного состояния сознания, которому свойственно постоянное изменение фокусировки внимания, гипнотическое состояние связано с устойчивым сосредоточением внимания. Однако это отнюдь не забывание или отсутствие реагирования, как это бывает во время сна, а особое состояние, в котором активность сознания снижается, а внимание целиком сосредоточено на определенных стимулах. Работы Эриксона содержат множество оригинальных идей об особенностях трансовых состояний и их использовании для терапии. Психотерапевтический транс – это максимальное сосредоточение внимания для достижения целей пациента. Транс – это такой тип функционирования, который вовлекает одновременно уровни сознательного и бессознательного и является медиатором между ними. (Erickson, Rossi 1979). Гипноз не создает у человека новых способностей, однако он помогает лучшему использованию уже существующих, даже если они до того не осознавались (Erickson, 1970). На самом деле нет никакой гипнотерапии. Есть психотерапия, в которой вы используете гипноз, обретенное в гипнотическом состоянии понимание и другие подобные вещи. Однако сам по себе гипноз психотерапией не является. (Erickson, запись лекции, 18.07.1965). Вы используете состояние транса таким образом, чтобы обойти системы защиты, возникающие при неврозе на неосознаваемом уровне. Невротик защищает свой невроз (Erickson, 1980).

Наверное, правильнее было бы говорить об эриксоновском подходе к гипнозу, который характеризуют недирективность и разрешительный стиль, сотрудничество психотерапевта и пациента, акцент на косвенных методах воздействия. Ведь независимо от того достигнуто ли гипнотическое состояние с использованием заклинаний и шаманского бубна, месмеровских пассов, быстрых техник Элмана, эриксоновских методов наведения, природа гипнотического транса едина. Причем она по-прежнему нуждается в изучении. А значит, при желании всегда можно поспорить о том, существует ли эриксоновский гипноз вообще и каков вклад самого Эриксона в гипнотерапию и современное состояние учения о гипнозе.

Будучи авторитетным ученым-исследователем, Эриксон более известен как один из наиболее выдающихся практикующих психотерапевтов. В своей лечебной работе он стремился избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта, подчеркивая: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования» (Erickson, 1980).

Б. Эриксон (2000), считает, что нельзя говорить о существовании эриксоновской теории, так как невозможно создать теорию, охватывающую все типы людей. Есть некоторые конструкции, есть опыт и некоторые положения, но не существует единой теории. Есть только одно правило, из которого нет исключений. Оно гласит: «Из всех правил есть исключения». Последнее утверждение перекликается с точкой зрения Карла Роджерса, который писал: «Есть только одно утверждение, применимое ко всем без исключения теориям и оно гласит, что на момент создания в каждой теории много неясного и ошибочного... Я огорчен той готовностью, с которой ограниченные умы принимают практически любую теорию, считая ее отражением истины. Если же видеть в теории то, чем она в действительности является, а именно робкую попытку установить взаимосвязь между имеющимися фактами, тогда теория будет выполнять свои функции, в частности стимулировать творческое мышление».

Итак, действительно трудно говорить о наличии стройной, хорошо разработанной эриксоновской теории и методологии. Тем не менее, к теоретическим основам метода с некоторыми оговорками могут быть причислены теория интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии исследовательской группы Г. Бейтсона и целый ряд непротиворечивых базовых теоретических положений следующих психотерапевтических подходов (стратегического, системного семейного, когнитивно-бихевиорального), равно как и концепция технического эклектизма А. Лазаруса.

Вместе с тем, можно выделить целый ряд основополагающих положений и принципов, которые делают эриксоновский подход вполне узнаваемым и эффективным в работе. Это – гуманизм и вера в возможности человека; акцент на уникальности каждой личности и индивидуализированный характер терапии, отвергающий механическое использование стандартных процедур; представления о бессознательном, как о целесообразной психической структуре и источнике внутренних ресурсов; атмосфера доверия и сотрудничества; тщательное присоединение и обращение к пациенту через его систему ценностей; гибкость в работе и

терапевтический прагматизм; утилизация всего, что происходит с пациентом и вокруг него; использование многоуровневых сообщений, косвенных воздействий и замешательства; активизация конструктивных эмоций и творческого потенциала личности через драматизм и юмор; терапевтические предписания поведения, которые пациенты должны выполнять вне сессии; подчеркивание позитивного; ориентация на лучшее будущее. Все это позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, и получить доступ к новым ресурсам а, в конечном итоге, к новым, адаптивным моделям личностного функционирования. Терапия приводит к позитивным изменениям на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях, что влечет за собой адаптивное разрешение имеющихся проблем и редукцию целого ряда психопатологических нарушений.

Эриксоновский подход отличает строго индивидуальный характер работы с каждым пациентом. Механическое осуществление стандартных процедур отвергается. Эриксон говорил, что для каждого пациента он разрабатывает свою психотерапию. Например, применение метафорических сообщений требует очень хорошего понимания потребностей того человека, которому они адресованы. Одна и та же метафора может быть воспринята двумя людьми совершенно по-разному. Кроме того, характер психотерапевтических интервенций слегка меняется в работе с каждым индивидом, чтобы максимально соответствовать его особенностям. Очевидно, что высокая эффективность данного направления психотерапии обусловлена его прагматизмом и ориентацией на достижение реальных целей, богатым психотерапевтическим инструментарием и чрезвычайно гибким, индивидуальным подходом к использованию тех или иных технических приемов у конкретного пациента.

### **Практические аспекты применения метода**

Эриксоновский подход предполагает широкое использование разнообразных гипнотических стратегий для наведения трансовых состояний и терапевтического использования транса.

### **Транс**

*Транс* – это состояние сфокусированного внимания и измененного осознания окружающего.

Если внимание, как луч прожектора направлено наружу, на внешний мир – это обычное состояние сознания. Если этот луч развернуть и направить вовнутрь, сфокусировав его на ощущениях, воспоминаниях, фантазиях, то мы получим трансовое состояние.

**Терапевтический транс** – это состояние доступа к внутренним ресурсам в бессознательном (опыт успешного обучения и достижений, опыт состояния душевного и физического комфорта и т. п.)

Выделяют 3 вида трансa:

1) *повседневный (бытовой) транс* – мечтательность, натуралистический транс, транс водителя и т. п.;

2) *углубленный транс* – намеренное усиление и удлинение естественного феномена трансa с помощью другого человека, что происходит в гипнозе;

3) *сомнамбулический транс* – глубокий транс, при котором человек выглядит как человек вне трансa, но чаще как сомнамбула (лунатик).

### **Стадии гипнотического трансa (по Э. Росси, М. Эриксону 1976):**

1. **Фиксация внимания.** Сознательное внимание пациента фиксируют следующим образом: а) просят остановить свой взгляд на каком-нибудь предмете (лампа, блестящий предмет – их часто используют в классическом гипнозе); б) просят прислушаться к окружающим звукам (шумам, музыке, метроному, голосу); в) просят что-то почувствовать в теле. Эриксон часто фиксировал внимание на основной проблеме пациента, например, на боли. Он долго и детально расспрашивал о качестве, интенсивности, иррадиации, частоте возникновения боли, что, помимо фиксации внимания, приводило к депотенциализации сознательных процессов. По мере того, как пациент описывал характеристики боли, он постепенно входил в состояние трансa, и боль уменьшалась.

2. **Депотенциализация сознания** – изменение психического функционирования в сторону гипнотического, т. е. правополушарного. Используются следующие стратегии:

а) *замешательство*. Застает пациента врасплох, нарушает привычный ход мыслей, его логические рассуждения. Например, Эриксон говорил: «Садитесь справа от меня», указывая при этом на левый стул. Замешательство можно вызвать при помощи нелогичных или парадоксальных высказываний: «Вы можете слушать, что я говорю или не слушать вовсе – это не важно»; «неудача – это основа успеха». Появление левитации руки в трансe – также источник замешательства;

б) *насыщение (перегрузка)*. Пациенту дают столько сенсорной информации, что это превосходит возможности ее восприятия и вызывает перегрузку сознания. Например: счет наоборот (предлагают от 200 мысленно отнимать по 3); детальное и утомительное для пациента описание физиологического процесса, перегруженное непонятными для него терминами; длительный утомительный рассказ с многочисленными

подробностями, в котором также можно легко разместить вставленные внушения;

в) *удивление*. Иногда удивляют тем, что говорят или тем, что делают (левитация). Удивление готовят специально: «И Вы будете приятно удивлены тем, как легко это у вас получится...». Само слово удивление важно, ибо вызывает в памяти испытанное в прошлом удивление. Можно удивить своей речью: «В ходе этого сеанса Вы можете многому научить меня...(пауза)...относительно скорости и эффективности вашей работы...»;

г) *психологический шок* – часть удивления. Эффективно депотенциализирует сознание, но является некомфортным, жестким методом. Эриксон однажды заявил бездетной супружеской паре университетских преподавателей (в точности повторив высказывание мужа по поводу их проблемы): «Вы три года регулярно вступаете в супружеские отношения со всеми сопутствующими физиологическими реакциями для целей воспроизведения рода, так почему же, черт побери, Вам не послать все к дьяволу и не заняться сексом просто для собственного удовольствия?». Фраза оказала шоковое воздействие на супругов, и повлекла за собой ломку прежнего, эмоционально выхолощенного стереотипа их супружеских отношений, что, вероятно, способствовало скорому наступлению у женщины долгожданной беременности. В клинике этот приём используют редко, чаще его применяют в эстрадном гипнозе.

**3. *Запуск бессознательного поиска*** – это важный момент, предшествующий собственно терапевтической работе в трансе. «Доверяйте вашему бессознательному в поисках наилучшего решения» – говорил Эриксон. Поэтому в трансе необходимо запустить, активизировать бессознательный процесс. Для этого используют особый, диссоциативный язык: «ваше сознание слушает мой голос, в то время как бессознательное занято более важной работой»; «сознание смотрит, а бессознательное видит». Ж. Беккио (1999) приводит фразу из старого китайского текста: «Ваше ухо слышит песню соловья, в то время как ваше сердце слышит голос Бога».

**4. *Бессознательный процесс***. Поскольку бессознательное – резервуар внутренних ресурсов человека, его активизация и мобилизация ресурсов влечёт за собой реорганизацию, переструктурирование психики пациента.

**5. *Гипнотический ответ***. В трансе возникают и усиливаются неспецифические феномены (идеомоторные реакции – сигналинг, левитация, амнезия и гипермнезия, позитивные и негативные галлюцинации и т. п.), свидетельствующие о достижении определённой глубины транса. Психотерапевт должен их ратифицировать (подтвердить, что он видит изменения, происходящие у пациента). Для этого достаточно простого поощряющего слова, это успокаивает пациента, убеждает, что все идет так как



и должно идти. Ратификация позволяет углублять и поддерживать транс, необходимый для эффективной терапевтической работы.

### **Признаки транса**

Для работы с гипнотическими состояниями необходимо знать признаки, свидетельствующие о погружении пациента в транс.

1. *Релаксация* – общее мышечное расслабление. Когда нет потребности в движении, сохраняется тонус только тех мышц, которые поддерживают положение тела. Если человек сидит, происходит своеобразное проседание тела, слегка опускается нижняя губа, разглаживаются морщинки на лице и т. п.

2. *Вегетативные реакции* – изменение цвета лица и других кожных покровов, температуры тела, частоты сердечных сокращений, артериального давления. При индукции транса лицо пациента часто розовеет (активизируется парасимпатическая нервная система), в ходе работы над проблемой лицо может бледнеть вследствие повышения тонуса симпатической нервной системы.

3. *Изменение характера движения глаз и другие глазные признаки* – при индукции транса замедление движений глаз и их остановка, внутри транса появление «плавающих» движений глазных яблок, расширение зрачков и редкое мигание, увлажнение (при открытых глазах), субъективно проявляется возникновением феномена «туннельного зрения».

4. *Затруднение говорения*. Возникают задержки ответа во времени, речь становится менее внятной, в отдельных случаях произнесение слов невозможно без специального внушения.

5. *Искажение телесных ощущений* – нарушение схемы тела, ощущения тяжести или лёгкости в различных частях тела и т. п.

6. *Непроизвольные движения* – подрагивание пальцев рук, век, общее вздрагивание, реже спонтанно возникающие раскачивания тела, вращение головы, плавающие движения рук.

7. *Непроизвольное поведение* – плач, смех, иногда глубокое сглатывание.

8. *Изменение рефлексов* – снижение глотательного, корнеального рефлексов, замедление и углубление дыхания.

9. *Колебания сознания* – изменения или потеря чувства реальности, повышение восприятия внутренних процессов, спонтанные или индуцированные вспышки образов и цветовых картин.

10. *Искажение течения времени в трансе*.

11. *Буквальное восприятие речи гипнотерапевта в трансе*

12. *Чувство комфорта (вплоть до легкой эйфории) сразу после выведения из транса*.

## Виды внушений в гипнозе

Различного рода суггестии являются основным инструментом в эриксоновском гипнозе. Ниже представлена классификация внушений Ж. Беккио (1999) с некоторыми дополнениями.

**Прямые внушения.** *Явное прямое внушение* – недвусмысленное директивное указание пациенту конкретных изменений (того, что должно произойти): «Я буду считать от 1 до 5 и на счёте 5 Ваши глаза начнут слипаться, а на счете 10 закроются».

*Закамуфлированное прямое внушение* – нечто предлагаемое прямо и вместе с тем закамуфлированно (открыто не указывая, что именно должно произойти). Например, пациенту с болью: «Эти приятные ощущения, которые вы испытываете в трансе, когда вы вернетесь обратно заменят те другие ощущения».

*Постгипнотическое внушение* – прямая директива изменений состояния либо поведения пациента, которые должны быть реализованы им после выхода из гипнотического транса.

**Косвенные внушения.** *Последовательность принятия* – это перечисление ряда утверждений, которые пациент может перепроверить, убедившись в их истинности. Они связываются соединительными союзами между собой и заканчиваются тем утверждением, которое должен принять пациент: «И когда вы сидите на этом стуле, и смотрите на меня, и слышите мой голос, вы можете сесть ещё удобнее».

*Сложное составное внушение* – использование сложноподчиненных предложений, которые связывают реальность (то, что можно проверить) с тем, что необходимо (собственно внушение). Конструируются с помощью оборотов речи, указывающих на время или последовательность действий: до того как; после того как; по мере того как; прежде чем; в то время как; когда. Это приводит к сцеплению и взаимному усилению двух предложений, даже если между ними нет логической связи: «И по мере того как вы меня слушаете Ваше дыхание может стать еще спокойнее...».

*Контекстуальное внушение* – выделение определенных слов с помощью изменения интонации и паузы после их произнесения: «И это удивительное спокойствие...воды».

*Негативное парадоксальное внушение* – сообщение о каком-либо действии с одновременным указанием не совершать его: «Вам нет необходимости расслабляться еще больше».

*Трюизм* – высказывание очевидных банальностей. Эффект основан на том, что одно только словесное обозначение того или иного явления уже способствует его осуществлению: «Когда мы устаем наши глаза потихоньку

начинают слипаться и иногда сами собой закрываются». Или: «Когда удобно сидишь, можно расслабиться. Каждый человек входит в транс по-своему».

*Двойная связка (выбор без выбора)* – предложение двух практически одинаковых вариантов решения, которые создают у пациента иллюзию выбора. В воспитании ребенка: «Ты хочешь пойти спать прямо сейчас или после того, как уберешь игрушки».

*Ратификация* – подтверждение того, что происходит в транссе. Терапевт замечает изменения и фиксирует на них внимание пациента, давая понять, что процесс идет в нужном направлении: «Обратите внимание, что Ваше дыхание стало глубже и спокойнее...».

*Внушение через вопрос* – задавание вопросов, которые являются скрытыми указаниями на дальнейшие изменения: «Интересно, сколько времени Вам потребуется, чтобы войти в транс».

*Импликация* – упоминание о том, что должно быть внушено, как об уже свершившемся факте: «Я думаю, что при нашей следующей встрече через неделю мы сможем обсудить некоторые изменения в вашем состоянии» (подразумевается, что пациент даст согласие на следующую встречу и его состояние к этому времени может измениться). «Старайтесь не входить в гипнотическое состояние пока не устроитесь удобно в этом кресле» (подразумевается, что когда пациент устроится, то войдет в транс).

*Внушение отсутствием упоминания* – при описании ситуации детально перечисляют составляющие ее элементов, намеренно «забывая» упомянуть тот, который имеет непосредственное отношение к проблеме, тем самым выделяя его для бессознательного пациента. Эриксон, работая в транссе с пациенткой с сексуальными проблемами, привёл детальное описание предметов, которые обычно находятся в спальне, сознательно пропустив кровать.

*Внушение, связанное со временем* – внушение, при котором пациенту делают предложение без уточнения временных рамок его реализации. В такой форме внушение не может быть отвергнуто, а значит, скорее всего будет принято: «Через некоторое время Ваши глаза постепенно начнут слипаться, а затем могут закрыться».

*Противопоставление противоположностей* – содействие внушению, основанное на использовании своеобразного уравнивания поведенческих реакций, которые можно противопоставить: «В то время как Ваш кулак сжимается, все ваше тело расслабляется». «Когда Ваша правая рука поднимается, ваши веки опускаются». «Чем тяжелее кажется проблема, тем легче оказывается подходящее решение».

*Аллюзия (намек)* – скрытое внушение, активизирующее определённые психические ассоциации пациента. Например, когда пациенту в транссе говорят о свежем воздухе, весьма вероятно, что он сделает глубокой вдох.

Эриксон использовал намеки, чтобы стимулировать автоматическое письмо: «Когда есть бумага и карандаш, то можно что-нибудь написать, часто даже не зная, что будет написано. Наверняка карандаш, который я взял уже писал раньше. Сейчас левша взял бы карандаш левой рукой...». При этом пациент как бы говорит себе: «Я правша и беру карандаш правой рукой...».

*Метафора* – перенос по сходству. Метафора содержит явное послание, удерживающее внимание на сознательном уровне, и второе (скрытое) значение, имеющее отношение к проблемам пациента и возможным путям их разрешения. Метафора действует на нескольких уровнях, и ее скрытое воздействие оказывает активирующее влияние на бессознательные процессы.

**Открытые внушения (предоставляющие множество выборов).**  
*Мобилизующие внушения* – мобилизующие бессознательное вне определенных рамок: «Ваше бессознательное разместит все... по своим местам... выберет все необходимое, самое важное». Работают пауза и акцент. Используются мобилизующие глаголы: начинать, создавать, запускать, возводить, мобилизовать. В зависимости от готовности пациент сам заполнит мобилизующие рамки такого внушения.

*Ограниченное открытое внушение* – предлагает некий выбор без конкретизации: «Вы можете учиться...разными способами»; «есть разные способы работы в трансе,... может быть, один из них покажется Вам особенно привлекательным».

*Внушение, покрывающее все возможности класса* – предоставляет все возможные выборы (с учетом реальных возможностей для их воплощения в жизнь): «И я не знаю, какой именно способ выберет ваше бессознательное, чтобы привести к снижению веса: может быть Вам просто перестанут нравиться сладости, мучные изделия и жирная пища, а может быть Вам покажется привлекательной кремлевская диета, возможно, Вы выберете более активный образ жизни с посещением бассейна и тренажерного зала, либо Вы остановитесь на приеме каких то препаратов для похудения. Одно я знаю точно – Ваше бессознательное найдет самый подходящий для Вас способ решения проблемы веса».

Ниже представлена общая структура гипнотического сеанса (гипнотическая рамка – как ее называют представители французской школы эриксоновского гипноза).

### **Гипнотическая рамка**

Обеспечение безопасности клиента и вводные указания

*Невербальная техника безопасности:* Психотерапевт предлагает клиенту: «Садитесь на этот стул. Вам удобно, если я так сяду рядом с Вами? Вы можете изменить положение стула относительно меня на более подходящее. Постарайтесь устроиться самым удобным для Вас образом. В

ходе сеанса, если потребуется, Вы легко сможете изменить положение тела на более подходящее».

*Вербальная техника безопасности:* Психотерапевт говорит клиенту: «В процессе нашей работы Вы будете контролировать все происходящее и в любой момент, когда захотите, сможете выйти из этого состояния погружения внутрь себя и вернуться обратно любым удобным для Вас способом, например, просто открыв глаза».

Вам ничего не нужно делать специально, просто слушайте мои слова. У нас общая цель: совместная работа по запуску тех внутренних изменений, которые позволят Вам приблизиться к решению своей проблемы. Подумайте о ней сейчас, находясь здесь, в полной безопасности.

*Договоренность о сигналах обратной связи.* Психотерапевт задает вопрос: «Движением какого пальца, какой руки Вам было бы удобно ответить мне: «да» (и соответственно «нет»)». Если в трансе психотерапевту понадобится о чём-то спросить пациента, он может задать вопрос, предполагающий возможность получения ответа «да» или «нет», через движения соответствующего пальца».

*Якорение.* Это – одно и то же действие выполняется до начала трансовой индукции и сразу после выведения из транса. Например, кивнуть головой и спросить: «Ну что?» или посмотреть на часы, произнеся фразу типа «Ничего, времени у нас достаточно».

*Индукция транса* (с использованием различных способов депотенциализации левополушарных (сознательных) процессов). По ходу наведения осуществляется: 1) *подстройка* (следует говорить на выдохе пациента, использовать его слова и т. п.); 2) *инкорпорирование звуков*: «Вы можете слышать мой голос и эту музыку, другие звуки, но все это только фон для погружения в свои собственные внутренние ощущения и переживания»; «Вы можете слышать окружающие звуки и мой голос, которые Вы легко сможете превратить в звуки своих собственных воспоминаний, может быть, в шелест листьев и пение птиц»; 3) *ратификация* (поощрение того, что произошло или происходит у клиента): «Очень хорошо!» или «Да, да! Пусть все идет так, как идет»; 4) *диссоциация сознательных и бессознательных процессов*: «И пока Ваше сознание слушает, бессознательное слышит...»; «И пока Ваше тело занято поиском наиболее комфортной позы, другая часть Вас самих начинает искать то, что можно считать решением Вашей проблемы».

*Терапевтическая фаза.* Используются следующие стратегии: *укрепление Эго пациента*, т. е. создание ресурсов для решения проблемы; *приёмы гипноанализа* (если проблема не ясна); *изменение сигналов бессознательного* (впоследствии приводит к изменению нежелательного стереотипа поведения либо устранению невротических и психосоматических симптомов).

**Реориентация и выведение из транса.** Обязательна фраза: «И когда Вы вернётесь обратно в реальность сегодняшнего дня, время снова будет течь как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным...». Далее обычно следует постгипнотическое внушение типа «...но это состояние душевного и телесного комфорта, спокойствия и уверенности в себе может сохраниться и даже усилиться». Или более косвенное: «И сейчас, когда наша работа на этом отрезке времени подошла к концу, я хочу отметить, что многие люди уже после первого сеанса начинают чувствовать себя лучше и лучше...».

**Якорение** (выполнение действия аналогичного таковому при первом якорении). Это – один из приемов структурирования амнезии у пациента.

### **Основные стратегии работы**

Стратегии работы в терапевтической фазе могут быть систематизированы следующим образом: 1) *активизация внутренних ресурсов* пациента через трансовые погружения в ресурсные воспоминания; 2) *гипноанализ* (работа с полярными частями личности; техника сходящихся-расходящихся рук для ответов «да» или «нет»; техника ответов на вопросы, адресованные бессознательному через идеомоторные движения пальцев рук; прояснение истоков существующей проблемы с использованием возрастной регрессии и сигналинга для ответа «да-нет» с последующей переработкой травматического опыта в трансе); 3) *стратегии изменения текущего состояния пациента* (анестезия в трансе, работа с эмоциональным или телесным дискомфортом с использованием в трансе техник визуализации, обучение расслаблению через брюшное дыхание, достижение в трансе состояния глубокого покоя и расслабления и т. д.); 4) *изменение сигналов бессознательного*, т. е. тех поведенческих программ, заложенных в бессознательном, которые порождают и закрепляют дисфункциональные поведенческие паттерны и другие невротические симптомы (используют терапевтические либо эпистемологические метафоры, психическое картографирование, работу с субличностями, рефрейминг, сюжетные трансы, работу с символами и др.).

#### **1. Укрепление Эго пациента ресурсами.**

Чаще всего с этой целью используются, так называемые, ресурсные трансы. Одной из наиболее удачных моделей работы с ресурсами является «Сопровождение в приятном воспоминании», разработанное Ж. Беккио (1994). Ниже приведена стенограмма сеанса, в котором при наведении транса и обеспечении доступа пациента к ресурсному воспоминанию, последовательно использованы основные технические элементы, которые предлагает Беккио.

*Транс «Сопровождение в приятном воспоминании»*

Начнем сеанс. Вы можете делать что хотите. Вы можете оставить глаза открытыми, а можете закрыть глаза. Вы абсолютно свободны. И сейчас мы

попробуем приблизиться к цели или достичь цели, которую Вы зафиксировали в своем уме. Вы готовы? Начнем. Итак, начинайте делать ничего не делать. Потому что ничего не делать – это уже делать что-то. Ничего не делать, это, например, слушать звуки, которые нас окружают. Вот так. Слушайте их, не пытайтесь интерпретировать. Просто получать их, принимать как показатели того, что вокруг что-то происходит и люди заняты своим делом, а вы заняты своим. Смотрите, как Вы это делаете не глядя, просто позволяя блуждать своему разуму и осознавать на несколько секунд положение своего тела, чувствовать, как ноги твердо стоят на полу и чувствовать контакт собственного тела со стулом. Просто чувствовать, не пытайтесь расслабляться, потому что то, что мы делаем, отличается от расслабления. И если во время сеанса приходит расслабление, мы принимаем его с радостью. Хотя это и не та цель, к которой мы стремимся. Цель, которую мы ищем, мы попытаемся достичь или просто приблизиться к ней через то, что можно было бы назвать приятным воспоминанием. И через несколько секунд Вы отправитесь на поиски этого приятного воспоминания. Приятным воспоминанием может быть самый прекрасный день в Вашей жизни. А может быть, это обычный день, час или два, утро или вечер, или поздняя ночь, в общем – один из тех моментов, когда чувствуешь себя хорошо, когда все идет хорошо, и не можешь этого объяснить. Один из тех моментов, когда все просто замечательно... В жизни каждого из нас есть такие моменты, и я, например, припоминаю, как впервые отдыхал на Черном море вместе с родителями. И я с удовольствием вспоминаю этот восторг маленького мальчика, который, наконец, наяву увидел, как выглядит море. И те чувства и эмоции, которые я испытал, когда впервые окинул взглядом бескрайние морские просторы, когда услышал звуки чаек и шум прибоя, когда почувствовал дуновение ветерка, наполненного запахами моря и какой-то особой свежестью, ощутил нагретый солнцем песок под босыми ногами. И вот через 20 лет случай еще раз привел меня на тот же берег моря. Это место не очень сильно изменилось. И я нашел странным оказаться почти в том же самом месте, которое практически не изменилось: то же море, солнце, голубое небо, теплый песок, крики чаек и шум прибоя, веселые голоса загорающих на пляже людей- все как прежде, а я изменился, повзрослев на 20 лет. В нашей жизни есть такие моменты, когда обретаешь ощущения, которые позволяют приходить воспоминаниям об эмоциях, эмоциях, связанных с моментами приятными, которые мы можем использовать. И через некоторое время мы попросим Вашу память или Ваше бессознательное, и я не знаю, кто из них ответит, отправиться на поиски и предоставить нам то, что является для вас приятным воспоминанием. И чтобы сообщить мне об этом Вам нет необходимости говорить вслух, просто, Вы

можете мне дать знать, что Вы обрели приятное воспоминание, скажем, движением указательного пальца правой руки.

Я думаю, что Вы сейчас обрели это воспоминание (палец сигнализировал об этом). Представьте себе тот момент дня, когда разворачивается это воспоминание. Очень хорошо. Представьте себе ту обстановку, в которой всё это происходит. Как если бы Вы были художником, и, может быть, Вы немножко являетесь им. Возможно, Вы даже хотите нарисовать картину того места. И Вы внимательно изучаете его, окидывая взором все, что Вас окружает, глядя на разные объемы пространства, расположение различных элементов, составляющих его. Также Вы изучаете цвета этого места, их нюансы, оттенки. И среди этих оттенков, многообразия этих цветов, Вы можете развлекаться, выбирая тот цвет, который Вам подходит, который гармонирует с Вами неизвестно почему. И когда Вы выберете этот цвет, Ваш палец даст об этом знать.

Попытайтесь увидеть, обладает ли Ваша память способностью позволить Вам обрести то, что я называю музыкой воспоминания, т. е. звуки, шумы, которые Вы слышали в тот день. И если Вы обретете некоторые из этих звуков, Вы знаете, как Вы можете дать знать мне об этом. Очень хорошо, оставайтесь в контакте с этой музыкой. Слушайте ее как следует. Слушайте как будто в первый раз. Она позволяет Вам обрести физические ощущения, которые Вы испытывали в тот день.

Вы обретаєте положение собственного тела в тот день. И когда Вы хорошо почувствуете положение Вашего тела, Ваш палец даст мне об этом знать. Располагайте временем, чтобы как следует обрести эти приятные ощущения. То время, которое Вам необходимо. Потому что в то время, как одна часть Вас самих ищет эти ощущения, другая часть осуществляет работу на другом уровне, приятную и полезную работу, которая обладает способностью мобилизовать все, что может быть в Вас мобилизовано, но это не важно. И пока Ваше тело комфортно расположено, в течение нескольких мгновений у Вас будет возможность иметь время для себя, время, которое принадлежит только Вам. И, наверное, в Вашей жизни было не слишком много времени, когда в течение нескольких мгновений, которые здесь будут несколькими секундами, а, может быть, благодаря Вашему бессознательному, станут несколькими минутами, которые Ваше воображение сможет превратить в несколько часов. Это будет Ваше собственное время, Ваше личное время, которое Ваше бессознательное сможет использовать с наибольшей пользой. А пока у Вас есть время, чтобы помечтать и позволить своему воображению предоставить совсем другое приятное воспоминание или какое-то время побыть в этом удивительном ресурсном воспоминании, проникаясь теми чувствами, эмоциями и физическими ощущениями, которые



и сделали его столь приятным и радостным для Вас. А потом вернуться обратно. И сделать это быстро или медленно, так как Вам было бы удобнее всего перенести эти комфортные ощущения в реальность сегодняшнего дня. Туда, где время будет течь как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным. И Вы действительно сможете сохранить в себе всё то, что может помочь в решении Вашей проблемы. И ощущая себя спокойнее и увереннее, Вы можете открыть глаза и целиком возвратиться в реальность, которой сейчас принадлежите.

В данном трансе последовательно используется целый ряд технических приёмов: замешательство, утилизация окружающих звуков, негативное парадоксальное внушение, пространственно-временная дезориентация, использование сигналов обратной связи, диссоциация, последовательное наложение модальностей (визуальной, аудиальной, а затем кинестетической), ассоциирование с ресурсными ощущениями. Все это позволяет максимально погрузить пациента в приятное воспоминание и наиболее полно использовать связанные с ним позитивные эмоции и переживания в качестве ресурса в настоящем.

Возможен иной, метафорический вариант работы с ресурсами. С этой целью используют сюжетные трансы, которые имеют заданную фабулу. Пациента просят просто следовать за голосом психотерапевта, по возможности, совершая в своем воображении действия, которые ему предлагаются. Любопытно, что такая работа почти не требует использования специальных технических приемов, направленных на погружение в транс. Он легко возникает, если субъект действительно представляет себе все то, о чем говорит психотерапевт. Ниже приведен пример такой работы.

*Стенограмма ресурсного транса «Птица»:*

«Сейчас, используя Ваше воображение, мы сделаем работу, где будет участвовать птица. И она будет из того семейства, к которому относятся соколы, коршуны, беркуты. И совершенно не важно, как Вы будете ее представлять себе, но это сильная и мощная птица с большим размахом крыльев. И Вы можете устроиться наиболее комфортным образом для себя, потому что я буду предлагать Вам совершать в воображении различные действия. И я хотел бы, чтобы Вы следовали им в большей или меньшей степени. А если какое-то действие покажется Вам неподходящим, Вы легко сможете заменить его на другое.

Я хочу, чтобы Вы представили себя таким, какой Вы есть, в другом месте и в другом времени. Представили где-то там, где Вы стоите на вершине огромной горы, с которой открывается удивительное пространство. И оглядываясь по сторонам, Вы можете различить его детали. И может быть, что-то покажется Вам особенно красивым в этом древнем, удивительном

пространстве природы вокруг Вас. И когда Вы переведёте взгляд на собственные ноги, которые очень твёрдо стоят на вершине этой горы, Вы можете увидеть, как они будут превращаться в сильные и мощные лапы птицы. И Вы почувствуете, как Ваши руки превращаются в большие и мощные крылья. И Вы просто становитесь сильной птицей, которая готова в любой момент оторваться и полететь в этом огромном безбрежном пространстве. И это происходит в тот момент, когда Вы оказываетесь способным легко оторваться от земли, просто взмахнув крыльями так, как это делают большие и сильные птицы. И совсем немного времени необходимо для того, чтобы почувствовать всю силу наслаждения движением в этом огромном безбрежном пространстве, которое называется небом. Потому что небо – это не время, и небо – это не место, а небо – это достижение совершенства. И с каждым взмахом крыльев можно все полнее ощущать всю силу и свободу этого движения, этого полета и того, что есть не время и место, а достижение совершенства.

И в какой-то момент Вы сможете увидеть, что в этом огромном мире вокруг Вас есть особенный уголок природы, как островок, как оазис – маленькое, но очень притягательное пространство, которое можно заметить с той высоты, на которой Вы совершаете свой удивительный полет, ощущая всё большую и большую свободу. И тогда Вам будет любопытно и приятно, точно нацелившись, двигаться прямо к этому восхитительному месту, где природа как будто бы специально собрала воедино всю красоту мира, все его краски, все запахи и звуки, словом, все, что связано с удивительно прекрасным миром природы. И в какой-то момент так приятно очутиться там так, как это делает большая и сильная птица, которая, планируя вниз с большой высоты наконец достигает этого места и садится на землю, может быть под деревом, а может быть на большой камень. И в тот же момент Вы легко обретаете вновь образ собственного тела, когда появляются и становятся опорой ноги, а крылья превращаются в руки, когда ощущаете своё туловище и все тело целиком. Такое легкое и свободное тело, которым вы управляете в мире собственных желаний и чувств. Оглянитесь вокруг. Поблизости есть вода, может быть, это ручей и он достаточно широк, или горная река с водопадом, а может быть это другое водное пространство. Просто оглянитесь, всмотритесь в него. И Вам будет очень интересно в какой-то момент войти в воду своим собственным способом, просто погрузиться в нее. И иногда так приятно полежать на дне у самого берега, там, где мелко и нет особого течения, где можно удобно устроившись, просто ощущать, как вода соприкасается с поверхностью тела, как струйки воды омывают каждую клеточку Вашей кожи. А может быть, это мощный поток, которому можно подставить разные части своего тела. Этот поток воды, он как будто бы смывает усталость долгого полёта, долгого

движения в особом пространстве, где обретаешь свободу и силу. И так приятно ощущать собственное тело в воде, которая делает его таким легким, свежим, девственно чистым, когда каждая клеточка кожи как будто бы дышит своим собственным дыханием. И оставаясь какое-то время в воде или рядом с водой, Вы можете еще раз оглядеться по сторонам, чтобы увидеть и получше запомнить этот прекрасный мир вокруг, мир, где как будто бы собраны все краски, все запахи, все свежее дыхание неба. А потом Вы сможете вернуться на то место, где некоторое время назад приземлилась Ваша собственная птица или можно сказать иначе: птица Вашего собственного тела. И снова сотворите это удивительное превращение, когда Ваши ноги становятся мощными лапами сильной птицы, а руки превращаются в крылья, и Вы снова начинаете свой полет. И взмывая ввысь, и продолжая набирать высоту, Вы можете увидеть, как это удивительное пространство, это особое место, где Вы только что побывали, становится все меньше и меньше, постепенно превращаясь в маленькую точку там, далеко внизу. И тепло солнечных лучей становится все ярче, все звонче, все осязаемее. И где-то там, высоко в небе, поближе к солнцу есть то, что можно было бы назвать магическим кругом энергии. То пространство, попадая в которое можно обрести всю силу, всю энергию, всю мощь солнца. И в какой-то момент, продолжая свой полёт и в конце концов оказавшись в этом магическом круге, Вы ощущаете прикосновение этой вечной энергии солнца, обретая часть ее, обретая новые силы и возможности, просто ощущая эту энергию своей.

И где-то там впереди уже различима гора, с которой когда-то Вы начали это удивительное движение, похожее на полет или являющееся таковым, это путешествие в особом пространстве, которое называется небом. Потому что небо – это не время, и небо – это не место, потому что небо – это достижение совершенства. И в какой-то момент Вы достигнете самого края вершины большой горы и, приземлившись, увидите, что Ваши мощные лапы сильной птицы вновь превращаются в ноги, которые твердо стоят на земле, а Ваши крылья становятся руками, и все тело обретает свой прежний облик. И этот новый старый образ себя может быть похож на образ гармонии. А затем Вы просто покинете эту вершину, сохранив этот образ или ощущение гармонии внутри себя. И в какой то момент легко-легко вновь почувствуете себя здесь, в этой комнате, как прежде и, в то же время, немного иначе, ощущая в себе силу, гармонию и свободу».

## **2. Гипноанализ**

В настоящее время применяют две версии гипноанализа. Одна из них рассматривает гипноз как способ преодоления сопротивления при использовании методики свободных ассоциаций в ходе психоаналитического лечения. Другая методика, разработанная Эриксоном и его последователями,

очень гибкая и позволяет получить доступ к вытесненной или забытой информации. Так, дети часто диссоциируются от травматического опыта, который затем вытесняется в бессознательное. Для получения вытесненного материала используют целый ряд специальных приемов: возрастную регрессию, автоматическое письмо, визуализацию в трансе сцен, относящихся к психотравмирующей ситуации, индукцию сновидений, анализ травматического эпизода с помощью идеомоторных реакций (через сигналы пальцев рук, свидетельствующих об ответах «да» или «нет» на те вопросы, которые задают в трансе, обращаясь к бессознательному пациента) и др.

Одним из вариантов гипноанализа является *техника работы с полярностями*. Она позволяет работать со многими проблемами: перееданием, курением, зависимостью от алкоголя, внутренними противоречиями, низкой самооценкой (когда одна из полярностей – это уверенность в себе, а другая – неуверенность) и т. п. При использовании техники пациенту предлагают обозначить полярные части личности, назвать их. Например, при работе с курением выделяется часть личного опыта пациента, которая отвечает за его решение бросить курить, и вторая часть, которая по-прежнему хочет курить. Далее пациента просят представить, что эти части размещаются по разным рукам, причем надо дать возможность пациенту самому выбрать, какая рука будет представлять ту или иную часть, а фактически диаметрально противоположное отношение к табаку. Пациент приподнимает перед собой согнутые в локтях и прижатые к туловищу руки, обращенные ладонями друг к другу, удерживая их на весу. Используется техника быстрой индукции транса, чтобы руки не устали раньше, чем войдут в каталепсию. В ходе трансового погружения психотерапевт неоднократно подчеркивает: «Сейчас Вы передаете рукам возможность говорить от имени тех частей, которые представлены на правой и на левой руке... И благодаря различиям в ощущениях или движениях рук Вы можете начать осознавать что-то важное, имеющее непосредственное отношение к проблеме курения, а может быть, лучше понять, как отказаться от сигарет. И можно даже обратиться к одной из них с каким-то важным вопросом, чтобы получить ответ через изменение характера ощущений в той руке, которая представляет эту часть, или движений, которые она совершает. А возможно, он будет получен в виде образов или внезапно возникшей мысли. Психотерапевт отслеживает малейшие движения рук и комментирует их через вопросы, активизирующие бессознательные процессы: «И что означает там, на уровне бессознательного, когда Ваша рука так осторожно движется, и то направление, которое она выбирает?.. О чем говорит ваша правая рука, которая медленно, как бы нехотя, опускается на бедро?..» Или: «Разрешите рукам говорить, используя свой особый язык, понятный бессознательному... Благодаря тому, что руки обретают сейчас возможность говорить от имени

представленных на них частей, Вы сможете понять то, что поможет Вам искать и находить оптимальные пути решения проблемы курения. И любое новое ощущение, любое изменение в руках сейчас имеет отношение к этой проблеме. Используйте всё необходимое время, чтобы узнать для себя сейчас что-то важное и полезное... А когда эта важная работа подойдет к концу на этом отрезке времени, на этом уровне Ваших возможностей, руки просто сами опустятся вниз, и Вы сможете вернуться обратно в реальность сегодняшнего дня». По ходу сеанса психотерапевт избегает каких-либо собственных толкований происходящего с пациентом и через серию достаточно неопределенных вопросов побуждает его к интенсивной внутренней работе, направленной на поиск новых знаний и новых возможностей. Психотерапевт не вправе интерпретировать движения рук или ощущения, о которых рассказывает пациент. Он просто наблюдает, слушает и задает вопросы, ориентирующие человека на поиск ответов. Работа с полярностями не предполагает законченности, скорее она направлена на дальнейшее переосмысление отношения пациента к проблеме с учетом полученной в трансе информации и выявление новых возможностей.

Также используется стратегия гипноанализа, связанная с прояснением истоков существующей проблемы и последующей работы с использованием возрастной регрессии. Для того чтобы подтвердить или опровергнуть терапевтическую гипотезу о связи психических и поведенческих проблем клиента с неким травматическим событием, произошедшим в прошлом, вначале у пациента ставят сигналинг на ответы «да» и «нет». Потом его погружают в транс, предлагая обратиться к бессознательному с вопросом: «Существует ли связь между нынешними проблемами и той давней ситуацией?». Если получен ответ «да», осуществляют возрастную регрессию, которая позволяет пациенту перенестись в травматическое событие, ассоциироваться с ним, а затем переработать негативный опыт в позитивном контексте. С этой целью, например, «взрослое Я» клиента отправляют на встречу с самим собой в прошлое (это не что иное, как обеспечение доступа к замороженному во времени травматическому опыту). В ходе трансового путешествия задача «взрослого Я» состоит в том, чтобы на месте утешить, оказать поддержку и предоставить адекватную информацию о дальнейших событиях своему «молодому Я». Прием обусловлен тем, что травматическое событие часто хранится в нейронных сетях мозга в изолированном, законсервированном виде и новый жизненный опыт не связывается с этой негативной информацией, которая может долгие годы не подвергаться адаптивной переработке. Работа в гипнотическом трансе позволяет обеспечить прямой доступ к травматическому материалу, который, теряя свой аффективный заряд, подвергается переработке и нейтрализации.

### 3. Изменение текущего состояния

При работе с тревожно-фобическими расстройствами, зависимостями и психосоматикой важно научить пациента достигать состояния покоя, расслабления и телесного комфорта. Для этого хорошо подходит работа в гипнотическом трансе. Ниже приведена сокращенная стенограмма одного из таких сеансов.

#### *Транс «Обретение комфорта»*

Устраивайтесь поудобнее. Это, в какой-то мере, работа по узнаванию себя. Поэтому приготовьтесь к тому, что в ходе этой маленькой работы Вы узнаете кое-что новое и любопытное о себе и сможете этим правильно распорядиться. Предлагаю очень простую схему вхождения в транс. И если Вам захочется, Вы можете что-то менять внутри ее, идя своим собственным путем. Попытайтесь понять, где начинается комфорт, когда Вы хотите его испытать. Может быть, он начинается с лица, потому что в лице живут разные чувства. Иногда глаза живут своей жизнью, а губы своей. И возможно какая-то часть лица напряжена больше, а какая-то меньше. И сейчас Вы имеете возможность обнаружить это, ощущая разные части своего лица отдельно, и в то же время можете ощутить все лицо целиком. Это может быть отдельное узнавание, отдельное знание о себе, потому что по мере того, как охватываешь своим внутренним взором собственное лицо, можно лучше понять где, в какой части лица еще живет напряжение. И можно разрешить чувству покоя, комфорта, расслабления войти в тело тем способом, который Вам сейчас подходит, тем способом, который наиболее приятен для Вас. Может быть, это будет через дыхание или когда слегка меняется поза. И любые, даже самые маленькие движения можно делать вполне осознанно, отдавая себе отчет в том, как и где чувствуете себя внутри. И продолжать расслабляться, одновременно доверив бессознательному поиск новых знаний о теле, потому что это и есть та часть нас самих, которая может делать кое что полезное, даже когда не замечаете этого...

И если стоя на берегу, а быть может на мосту внимательно понаблюдать за рекой, можно увидеть, что разные части единого водного потока движутся с различной скоростью. И где-то скорость течения воды выше, а где-то ниже. Где-то можно заметить маленькие водовороты и, наблюдая за водой, и, вспоминая, где и как течет вода, можно поразмыслить о тех различиях, которые существуют внутри течения реки. И этот единый поток, где каждая часть живет сама по себе и в то же время составляет общий большой поток воды, который движется туда, где он сможет соединиться с морем или океаном, раствориться, стать маленькой частичкой огромного водного пространства. И возможно внутри собственного тела можно заметить нечто подобное. И можно найти похожие внутренние ощущения, потому что

расслабление наступает в какой-то части тела быстрее, а в какой-то медленнее. И можно продолжать двигаться в одном направлении так, как движется вода в реке, просто отмечая какие части расслабляются медленнее, а какие быстрее. Потому что когда погружаешься внутрь собственного тела можно легко-легко отпустить себя, там внутри себя. Отпустить так, как отпускаете бумажный кораблик, который движется по течению, становясь частью этого потока воды. И можно разрешить отдельным частям тела чувствовать себя по-разному. И можно узнавать какие-то новые секреты о себе. И образы могут приходить и уходить... И можно даже заглянуть внутрь себя, как в зеркало воды и где-то там, на глубине увидеть камушек. И вынимая его из воды на поверхность, можно увидеть насколько вода искажала его размеры и форму, когда смотрел на него через толщу воды. И удивляться, как меняется то, что поднимаешь из глубины. И можно наблюдать за всем этим и одновременно погружаться глубже и глубже. И можно разрешить телу испытывать те самые лучшие, самые комфортные ощущения. И можно разрешить своему бессознательному просто управлять этим покоем, этим комфортом. И побыть какое то время в этом состоянии, чтобы научиться этим удивительно приятным ощущениям. И как приятно, что это можно забывать сознательно, потому что это помнит бессознательное. И можно разрешить себе испытать самый глубокий покой из всех тех, которые Вы испытывали когда-то. Просто собрав воедино все знания о покое и комфорте, настолько уютном, что хочется целиком погрузиться в него, раствориться в нем, когда действительно отдаляется все вокруг. И можно разрешить себе некоторое время побыть там, чтобы полнее ощутить, пропитаться этим удивительным покоем и чувством комфорта. Потому что это время для себя. И, в конце концов, начать возвращение обратно наиболее подходящим для вас способом. Легко-легко возвращаться в реальность, взяв с собой наиболее приятные из этих ощущений.

#### **4. Изменение бессознательных поведенческих программ**

Существует внушительное число приемов, обеспечивающих трансформацию бессознательных структур, ответственных за дисфункциональное поведение человека. Один из наиболее изящных способов работы – использование сообщений метфорического типа как в гипнотическом трансе, так и вне его.

#### **Метафора**

Метафора – это своеобразный вид символического языка, который издавна используется в целях обучения. Это притчи Старого и Нового Завета, дзэн-буддистские коаны, мифы, легенды, сказки, литературные аллегории. В них широко используются метафоры, чтобы выразить определенную мысль в непрямой, но, тем не менее, весьма впечатляющей форме. В широком смысле

метафора – иносказание вообще, а в более узком смысле – обозначение предметов или явлений одного ряда с помощью свойств, характерных для предметов или явлений другого ряда. Это особое и весьма эффективное средство общения, использующее аналогии. Аристотель говорил: «Делать хорошую метафору – это замечать сходство и различия. Метафоры позволяют упростить сложную проблему, сделать ее более доступной для понимания. Р. Ван Ойху принадлежит следующее определение: «Метафора – мышление в терминах иного». Он выделяет «мягкое» и «жесткое» мышление. Для «жесткого» характерны логика, рассудок, критика, работа, строгость, точность, сосредоточенность, анализ, конкретность. Для «мягкого» – метафора, мечта, юмор, неопределенность, игра, приблизительность, фантазия, парадокс, подозрение, обобщение. Мягкое мышление пытается найти сходство между вещами, жесткое – различия. В образной фазе возникают новые идеи, в практической – оцениваются и реализуются. Оба типа мышления играют важную роль, но действуют на разных фазах (Р. Ван Ойх, 1997).

В дзэн-буддизме много веков назад придумали коаны – парадоксальные, неподвластные логике загадки (вероятно, один из наиболее ранних способов говорить метафорами). Коаны подают сообщения в недирективной, насмешливой форме. Коаны одного типа представляют простые, но вместе с тем загадочные и завуалированные констатации: «Ты слышал, как звучит хлопок 2-х ладоней? А как звучит хлопок одной ладони?». Коаны другого типа имеют форму вопрос–ответ, но нетрадиционны по смыслу. Ответ учителя всегда поражает неожиданностью и непостижимостью. Молодой монах спросил учителя: «В чем секрет просветления?». Последовал ответ: «Когда ты голоден – поешь, когда устал – поспи». Молодой монах спросил: «Как я могу познать истину?». «Посредством ежедневного наблюдения», – ответил учитель. Шао Шаня спросили: «Существует ли высказывание, которое не было бы ни истинным, ни ложным?». Ответ: «В белом облаке не увидишь ни следа уродства». Сила смысла – в загадке. Считают, что основная ценность коанов состоит в том, что содержащаяся в них загадка, требует от ученика выхода за пределы традиционного, рационального мышления. Выйти за пределы собственного разума, раствориться в потоке озарения, которое всегда в нас, наконец, достичь главного для восточных практик – «просветления». Вероятно, поэтому на Востоке особенно преуспели в метафорическом обучении. Приведем несколько притч, которые могут быть использованы в терапевтической практике.

*Даосская притча «Вор».* Пропал у одного человека топор. Подумал он на сына своего соседа и стал к нему приглядываться. Ходит, как укравший топор, глядит, как укравший топор, говорит, как укравший топор, словом



каждое движение выдает в нем вора. Но вскоре этот человек, вскапывая землю в долине, нашел свой топор. На другой же день снова посмотрел он на сына своего соседа: ни жестом, ни движением, ни разговором не походил он на вора.

*Дзен-буддистская притча «Что делать?»*. Один монах обратился к учителю: «Я только что пришел в монастырь, пожалуйста, дайте мне наставление!» Учитель спросил: «Ты уже съел свою рисовую кашу?» «Да». – «Тогда тебе лучше пойти и вымыть свою миску!».

*Дзен-буддистская притча «Не в деньгах счастье»*. Ученик спросил Мастера: «Насколько верны слова, что не в деньгах счастье?». Мастер ответил: «Они верны полностью и доказать это просто. Ибо за деньги можно купить постель, но не сон; еду, но не аппетит; лекарства, но не здоровье; слуг, но не друзей; женщин, но не любовь; жилище, но не домашний очаг; развлечения, но не радость; учителей, но не ум и то, что названо не исчерпывает список».

*Притча о путнике*. При посадке на корабль у путника украли кошелек с золотом. Все стали его утешать, а он улыбнулся и сказал: «Кто знает!». Случилась буря и корабль утонул. Лишь один путник был выброшен на берег острова и уцелел. Когда островитяне сказали, что он спасся чудом, путник опять улыбнулся и промолвил: «Просто я заплатил дорожке других за проезд».

*Притча «Соль»*. Афинянин в Иерусалиме дал ребенку несколько мелких монет и сказал: «Иди и купи мне кушанья, чтобы я поел, насытился, а что осталось мог бы взять в дорогу. Ребенок пошел и принес ему соль: «Вот то, что ты велел купить. Клянусь, ты и поешь и насытишься и еще в дорогу взять останется!»

*Суфистская притча «И это пройдет»*. Один правитель, чем-то расстроившись, собрал мудрецов и заявил: «Я хочу особое кольцо, способное дать мир душе моей. И должно оно быть таково, чтобы в несчастье радовало меня и поднимало настроение, а в радости печалило бы, когда я смотрел бы на него. После долгих раздумий мудрецы принесли царю кольцо, на котором сияла надпись: «И это пройдет».

### ***Функции метафор в психотерапии***

*1) Диагностическая*. Например, терапевт предлагает клиенту завершить следующие фразы: «Когда я грустный, я как..., когда я боюсь..., мое спокойствие похоже на..., когда мне хорошо..., когда я волнуюсь...». Если из эмоций удастся получить образ – получаем много информации, что происходит с человеком, когда он испытывает то или иное чувство.

Полезную информацию о субъективном восприятии клиентами собственной проблемы дает использование ее метафорического образа. Клиенту говорят: «Любая проблема похожа на стену. Если представить, что

Ваша проблема – это стена, то какая это была бы стена?» Важно получить детальное описание созданной воображением клиента стены (ее высота, толщина, протяженность, материал из которого она сделана и т. д.), символизирующей актуальность и тяжесть проблемы, с которой он обратился за помощью к специалисту. Далее клиента спрашивают: «Если бы Вам нужно было перебраться на ту сторону, как бы Вы это сделали?». Очевидно, что образ очень высокой и прочной стены большой протяженности, которая представляется практически непреодолимым препятствием, в метафорической форме отражает представления пациента о сложности и трудноразрешимости проблемы, ее субъективную значимость и сложность проблемы, а также стратегии ее преодоления. Таким же образом возможно получить представление о цели, которую ставит перед собой клиент: «Если бы Ваша цель была бы похожа на гору, то какая это была бы гора».

В ходе беседы с клиентом терапевт может рассказать историю или случай из практики, которые вызовут ответный отклик, если будут чем-то напоминать его собственную проблему. В этом случае происходит изменение невербальных реакций клиента, он внимательно слушает, подает заинтересованные реплики.

2) *Обучающая функция.* Терапевт предоставляет правому уму клиента метафорический материал, чтобы через предложенные аналогии помочь человеку почерпнуть нечто важное, научиться отделять главное от второстепенного, познать себя, напомнить о собственных ресурсах, помочь в укреплении Эго и т. д. С этой целью используются анекдоты, притчи, рассказы о пациентах со схожими проблемами.

3) *Облегчающая коммуникацию и следование клиента в нужном направлении.* Для снижения сопротивления используются анекдоты, истории о других пациентах. Истории, содержащие встроенные указания (вставленные команды), подталкивают клиента в нужном направлении. В ходе выслушивания анекдотов, историй у клиента нередко происходит скрытый рефрейминг (переформулирование проблемы).

4) *Разрешающая (собственно терапевтическая).* Данная функция присуща двум видам метафор: терапевтической и эпистемологической.

В эриксоновской терапии метафоры могут выполнять все вышеуказанные функции: диагностическую, обучающую, облегчающую коммуникацию и разрешающую. Далее мы подробнее остановимся на терапевтической и эпистемологической метафорах.

### **Терапевтическая метафора**

Терапевтическая метафора представляет собой новеллистический способ представления психологических затруднений пациента и способов их разрешения. Она является особым видом вербального косвенного внушения и

действует на нескольких уровнях. Буквальное (явное) значение метафоры обращено к сознанию пациента, в то время как второе, скрытое значение, адресовано к его подсознанию, оказывая активирующее и реорганизирующее влияние на бессознательные процессы (Ж. Беккио, Ш. Жюслен, 1998). Установлено, что обработка сообщений метафорического типа происходит в правом (недоминантном) полушарии, которое в наибольшей степени связано с формированием невротических и психосоматических симптомов (Дж. Миллс, Р. Кроули, 1996). Поэтому метафора идет к терапевтической цели по прямой, приводя в действие правополушарные процессы, активизируя неосознаваемые ассоциативные способности и ответные реакции, в результате чего возникает конечный продукт, который даруется сознанию в виде нового знания или поведенческой реакции (М. Эриксон, Э. Росси, 1976). Метафора – подарок бессознательному, чтобы человек мог меняться. Если же метафора основана на неверных предположениях и заключенное в ней послание не подходит пациенту, она просто не будет им воспринята. Ш. Копп (1996), исследуя феномен метафоры, различает три вида познания: рациональное, эмпирическое и метафорическое. Последнее расширяет и углубляет возможности первых двух и даже вытесняет их. Понимать мир метафорически – значит интуитивно улавливать ситуации с множеством значений, имеющих множественный смысл. Метафора особенно эффективна там, где необходим поиск нового понимания и новых подходов к решению проблем.

П. Вацлавик (1985), считает, что мы как бы владеем двумя языками: один – рассудочный, логический, аналитический – это язык причинности, объяснений, интерпретаций. Это язык большинства направлений в психотерапии (рационально-эмотивное, когнитивно-бихевиоральное, аналитическое). Другой – язык образности, метафоры, символов, синтеза и общности, но никак не аналитического анализа. Этот второй язык более продуктивен для изменений в ходе психотерапии. Потому что мы мечтаем на языке правого полушария. Каламбуры, парадоксы, стихи, афоризмы, метафоры в своём глубоком значении также воспринимаются правым полушарием. Ни одна из этих форм коммуникаций не относится к направленной, однозначной, логической передаче идей, чем занимается левое полушарие. Левое полушарие – своеобразный страж, удерживающий проблеморазрешающую систему индивида в строгих рамках. Но если проблема не решается при использовании рационального подхода (возникает логический тупик), требуется выход за пределы обычной логики. Многие проблемы, страхи иррациональны по своей природе, поэтому требуется иной, менее логичный, порой парадоксальный подход, который позволяет выйти за рамки привычных ограничений.

***В метафоре выделяют пять уровней (цит. по Ж. Беккио, 1997):***

- 1) *истинная аналогия* (истинное сопоставление): «Эта боль сдавливает мне голову, как если бы она была зажата в тиски»;
- 2) *сокращенное сопоставление*: «Эта боль как тиски»;
- 3) *присутствующая метафора* (по Аристотелю): Сравнивающая часть исчезает и остается идентичность: «Боль – это тиски»;
- 4) *исчезновение сопоставляемого*: «Эти тиски...».
- 5) на пятом уровне исчезают тиски, а остается только кинестетика. Слов больше нет – есть только выражения.

Для терапии используют конструкции метафор 3-4 уровня. На пятом уровне работать трудно, хотя и возможно. По словам Ж. Беккио, он наблюдал, как сложный механизм работы пулемета сержант объяснил, используя исключительно ненормативную лексику. И все было понятно...

Л. Камерон-Бэндлер (1996), изложила в общем виде правила построения эффективной терапевтической метафоры: она должна быть изоморфной (подобной) проблеме пациента; метафора должна предлагать замещающий опыт; в ней должны содержаться примеры таких способов разрешения проблемы, которые пациент может обобщить и спроецировать на себя (найти подсказку, как можно справиться с собственными трудностями). Такие специально сконструированные терапевтические метафоры можно предлагать пациентам как без формальной трансовой индукции в ходе беседы с ними, так и использовать на гипнотических сеансах.

***Основные шаги конструирования терапевтической метафоры:***

1. Полностью определите проблему пациента.
2. Определите структурные составляющие проблемы и соответственно действующих лиц.
3. Найдите изоморфную ситуацию.
4. Укажите логическое разрешение, определите, чему нужно научиться и найдите контекст, где эти моменты будут очевидны.
5. Облеките эту структуру в историю, которая будет занимательной и скроет Ваши намерения (чтобы избежать сопротивления).

Рассмотрим пример построения терапевтической метафоры для молодой женщины по имени Дот, у которой было множество случайных сексуальных связей, хотя она была замужем и не стремилась изменять мужу специально (по Л. Камерон-Бендлер, 1996):

Проблема	Терапевтическая метафора
Дот теряет уважение к себе и может потерять мужа.	Женщина на пути к ожирению, она ест много и полнеет все больше.
Дот не может сопротивляться соблазну иметь отношения с мужчинами.	Женщина не может отказать себе в сладком десерте и нередко ест вне дома.
Внебрачный секс кажется Дот более привлекательным и возбуждающим.	Женщине нравится принимать пищу вне дома.
Дот не удовлетворена своими сексуальными отношениями в браке.	Женщина едва притрагивается к еде, которую она готовит дома сама.
Каждая новая внебрачная связь увеличивает шансы потери мужа.	Каждый прием пищи вне дома делает ее все более толстой.
Дот чувствует свою вину, она испытывает беспокойство и плохо спит.	Женщина уже не влазит ни в одно старое платье.
Дот никогда не пыталась создать удовлетворяющие сексуальные отношения с мужем.	Женщина никогда не училась готовить ту пищу, которая ей нравилась.
Дот необходимо применить свою энергию, чтобы повысить привлекательность интимных отношений с мужем.	Женщина переустроила свою кухню, купила поваренную книгу и стала пробовать различные рецепты блюд.
Дот должна найти удовлетворение дома.	Женщина обнаружила, что ее низкокалорийная пища превосходит по вкусу ресторанный.
Дот должна гордиться своими сексуальными отношениями с мужем.	Женщина похудела и гордится как своим кулинарным искусством, так и стройной фигурой.

Следует подчеркнуть, что терапевтическое воздействие метафоры не поддается исчерпывающему анализу – в этом и таится их преобразующая сила.

## *Компоненты терапевтической метафоры на примере сказки (по Дж. Миллс, Р. Кроули, 1996)*

Рассматривая классические сказки, можно выделить ряд общих черт (компонентов), благодаря которым они обладают терапевтическим потенциалом. Большинство этих компонентов можно обнаружить в терапевтической метафоре.

1. В метафорической форме обозначается конфликт главного героя.
2. Подсознательные процессы воплощаются в образе друзей и помощников (представляющих возможности и способности главного героя), а также в образе разбойников и разного рода препятствий (представляющих страхи и неверие героя).
3. В образной форме создаются аналогичные обучающие ситуации, где герой побеждает.
4. Представлен метафорический кризис в контексте его обязательного разрешения, когда герой успешно преодолевает все препятствия.
5. Герою дается возможность осознать себя в новом качестве в результате одержанных побед.
6. Достижение признания, торжество, на котором все отдают должное заслугам героя.

Так, в сказке о гадком утенке Г. Х. Андерсена *метафорический конфликт* начинается с рождением неказистого утенка, который не похож на своих братьев и сестер и других обитателей птичьего двора, за что подвергается жестоким нападкам. *Подсознательные процессы* выражены в виде способностей и возможностей утенка, который хоть и неказист, но у него доброе сердце, а плавает он даже лучше остальных утят. *Метафорический кризис* возникает после того, как дворовая компания доводит утенка до того, что он бежит на болото, где живут дикие утки, но и там не встречает приветов и ласки. Внезапно болото окружают охотники с собаками. Многие птицы погибают, но утенку удалось спастись. Кризис разрешается, и малыш находит дорогу домой, причем по пути он встречается с массой *аналогичных обучающих ситуаций*. Он уже многому научился: знает, как плавать, остерегаться врагов, выходить из критических ситуаций. По возвращению на птичий двор он попадает в ситуацию выбора: отправиться в новое путешествие либо остаться на прежнем месте. Он выбирает странствие, но поначалу все складывается не слишком удачно. Приближается зима и начинается отлет птиц на юг. Утенок наблюдает за пролетающей лебединой стаей, белые лебеди высоко в небе воплощают подсознательную веру утенка в свои возможности. Но лебеди улетают, а утенку предстоит пережить холодную и голодную зиму. Едва не став добычей лисы (еще один *кризис*), он проходит через множество испытаний и, наконец, заметно повзрослев и

окрепнув, встречает весну. На озеро спускается стая лебедей, он плывет к ним, хотя и боится, что не будет принят в стаю. Андерсен прекрасно изображает процесс открытия подсознательных возможностей: гадкий утенок видит свое отражение в воде и понимает, что он – лебедь. Наступает превращение и *осознание себя в новом качестве*, а также переоценка прошлого. Наконец, наступает *торжество*. Все славят гадкого утенка, он принят в своей новой индивидуальности, круг завершен.

В гипнотическом трансе терапевтическая метафора может быть особым образом встроена в текст. Этот прием встраивания получил название *тройной спирали*. Встроенная метафора состоит из трех ступеней. Она представляет собой историю-матрешку, когда один сюжет вкладывается в другой, а тот — в третий. Первым этапом тройной спирали может быть трансовое сопровождение в ресурсное воспоминание (например, пациента отправляют погулять в осенний лес, предоставляя ему возможность полюбоваться красотой увядающей природы, послушать шуршание опавших листьев под ногами, ощутить свежесть осеннего ветерка и запахи леса. Когда замечают признаки углубления транса, вводят метафору изменений (второй этап). Отметим, что к метафорам изменений относятся описания любых динамических явлений, подразумевающих движение, возможность превращений, трансформации, например, смена времен года, смена погоды, цикл развития бабочки, рост какого-либо растения и т. п.

Предположим, психотерапевт обращает внимание субъекта на большое дерево с подернутой золотом листвой. Он может сказать о том, что произойдет, когда придут холода и дерево полностью сбросит свой наряд из желтых листьев. Что будет зимой, когда деревья спят, а их стволы и ветви покрыты белым снегом. Белым снегом покрыта поляна, на которой стоит это дерево, тропинки в лесу, вся земля. Примерно на середине повествования (после описания дерева осенью и зимой) второй рассказ прерывают и вводят терапевтическую метафору, которую рассказывают целиком (третий этап). Она является основной и, находится под двойным покровом защиты, который закрывает ее от сознания, что еще вернее отправляет встроенную метафору на рассмотрение бессознательной части психики пациента. Завершив ее, психотерапевт снова возвращается к зиме, которая продолжает царствовать до той поры, пока не приходит весна. Дается развернутое описание признаков весны, которая сменяется жарким летом. Описывают все изменения, которые происходят с деревом весенней порой, а затем летом (четвертый этап). Но лето тоже проходит, и осень всё больше вступает в свои права... И пациент снова оказывается в том месте и времени года, с которого начиналась метафора изменений. Он опять гуляет некоторое время по осеннему лесу (пятый этап), после чего возвращается в реальность. Такая последовательность работы

позволяет обеспечить структурирование амнезии той части сеанса, где использовалась терапевтическая метафора. Ибо важно, чтобы метафора была усвоена на бессознательном уровне, которому она адресовалась, и амнезировалась на уровне сознания. Отметим, что при переходе от одного этапа к другому нередко происходит автоматическое углубление транса, поскольку внимание разделяется, создавая перегрузку сознательных процессов. Дополнительно в эти моменты можно дать еще и внушение на углубление транса. По завершению встроенной метафоры, несмотря на то, что сама идея тройной спирали предполагает амнезию, можно специально дать установку на амнезию с целью облегчения передачи метафорического материала для обработки бессознательному.

Один из эффективных способов работы с метафорой в эриксоновской модели – применение трансов с заданной фабулой, где пациенту предоставляется возможность в метафорической форме расстаться с беспокоящей его проблемой. Вариантом такой работы является гипнотическая техника *мост в прошлое*. Ниже дана сокращенная стенограмма авторского сеанса, в которой отражены его основные терапевтические элементы.

Вначале пациенту предлагают подумать и вместе с терапевтом четко сформулировать проблему или симптом, с которыми он готов работать в ходе психотерапевтического сеанса. Далее следует трансовая индукция и работа в гипнотическом состоянии: «Хочу попросить Вас начать с очень обычной вещи, с достижения комфорта вашей позы и может быть поиска того положения в кресле, когда Вам будет по-настоящему удобно. И Вы можете обратить внимание на свое тело... попытаться почувствовать себя целиком... Почувствовать, как Вы дышите по мере поиска удобства вашей позы. И можете еще раз подумать о проблеме, с которой Вам хотелось бы расстаться... И пусть она всплывет сама... просто от того, что Вы можете позволить себе расслабиться и погрузиться внутрь себя, просто ощущая себя здесь в этой комнате, в этом кресле. И то же время, обретая возможность уйти внутрь своего воображения... сделав это быстро или медленно, так как Вам удобно, чтобы там, в глубине себя выполнить достаточно необычную и важную работу.

Я хочу попросить Вас представить себе, что Вы стоите где-то там, где перед Вами начинается мост... И пусть Ваше воображение нарисует сейчас, как выглядит этот мост. Потому что он может быть вполне реальным, пришедшим из Ваших воспоминаний. А может быть это мост, увиденный Вами однажды на картинке. И мне бы хотелось, чтобы Вы... прежде чем вступить на этот мост, который поведет Вас в прошлое... в то место и в то время, когда Вашей проблемы еще не было, прежде чем ступить на него очень ясно представьте себе, с чем Вы готовы расстаться, с чем вы могли и хотели



бы работать уже сейчас... И думая об этой, волнующей проблеме, Вы можете даже усилить ее на уровне Ваших чувств, на уровне Ваших воспоминаний. Потому что Вы находитесь в полной безопасности, и Ваше тело остается здесь, в этой комнате, а Ваше воображение может отправиться на ту сторону, в то место и то время, когда этой проблемы еще не было у Вас. И Вы можете вступить на этот мост и идти по нему, возможно, оживляя в памяти свои воспоминания, картинки прошлого. И Вы можете делать это очень сознательно, но если Вы позабыли об этом периоде Вашей жизни, Вы можете просто довериться своему бессознательному, в котором хранится так много знаний. И пусть оно пошлет Вам какие-то воспоминания о том пространстве, в котором Вы существовали когда-то, когда этой проблемы еще не было... И тогда, ступая на этот мост, идя по нему туда, где этой проблемы еще не было, Вы сможете почти реально ощутить, как Вы движетесь, увидеть, из чего сделан этот мост и как он устроен... И продолжая идти, разрешите себе одновременно погружаться в свои воспоминания, в свои ощущения, образы или чувства. Потому что Вы очень свободны сейчас. И это время, и это пространство принадлежит только Вам... И в конце концов Вы сможете оказаться на той стороне, в том месте и в том времени, когда Вашей проблемы действительно не было. И пусть Ваше бессознательное вернет Вам картины именно того места и времени, которые Вы ищите там внутри своей памяти... И у Вас есть время для этого. И как важно, что Вы можете использовать его и побыть на той стороне. А может быть, даже увидеть себя со стороны на той стороне. И можно отчетливо вспомнить то, о чем, казалось, давно забыл, о своей способности радоваться жизни, чувствовать себя иначе: раскованно и свободно... И я хочу попросить Вас, прежде чем вернуться обратно, оставить эту проблему где-то там, в прошлом, когда она еще только начиналась, и Вы даже не подозревали об этом. Оставить ее на той стороне времени, на той стороне пространства. И есть очень много способов оставить ее. И важно найти свой собственный, наиболее подходящий способ расстаться с проблемой. И может быть, даже попрощаться с ней или уйти сразу, оставив ее там, где Вы хотели бы ее оставить, оставив ее так, как Вы хотели бы ее оставить... И тогда Вы можете вернуться обратно старым путем, снова пройдя по уже виденному вами мосту. А возможно, это будет совсем другой мост, который создает Ваше воображение. И Вы сами выбираете, каким путем Вам было бы удобнее возвратиться в свой сегодняшний день из этого путешествия. И тогда Вы можете идти быстро или медленно, идти так, как это будет комфортно для Вас. И идя по дороге обратно, назад в будущее, которое станет настоящим, когда Вы возвратитесь в реальность сегодняшнего дня, Вы можете очень отчетливо представить себе, что изменится в Вашей жизни, когда этой проблемы не будет вовсе. И если у Вас есть некоторое ощущение

незавершенности, а возможно, желание еще раз вернуться к работе над этой проблемой или над тем, что от нее осталось, Вам важно помнить о том, что достаточно устроиться удобно и Вы снова сможете проделать этот путь, ступая на этот мост или совсем другой. Мост, который приведет Вас в прошлое, где Вы сможете сделать что-то еще, может быть найти наиболее подходящий способ расставания с проблемой и, в конце концов, окончательно освободитесь от нее, а затем вернетесь обратно самым удобным и подходящим способом, так как Вы это делаете сейчас, постепенно обретая чувство реальности. И время снова будет течь, как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным, но все то полезное и важное, что произошло в ходе этого сеанса останется с Вами».

Применение данной гипнотической техники позволяет, максимально сконцентрировать клиента на его проблеме, затем осуществить диссоциацию сознательных и бессознательных процессов с последующей возрастной регрессией при прохождении моста (метафорического пути в прошлое), что позволяет ему отчетливо вспомнить себя и свое состояние в прошлом, когда у него все было хорошо. Далее он представляет свою проблему в виде некоего образа в прошлом, а затем ищет и находит метафорический способ расставания с беспокоящей проблемой, который ярко визуализирует, активизируя бессознательные возможности ее разрешения в реальной жизни. При возвращении обратно следует «присоединение к будущему», т. е. моделирование пациентом в воображении удовлетворяющего образа самого себя. Предложение клиенту в случае необходимости поработать самому создает установку на возможное продолжение начатой работы в аутогипнозе.

Несмотря на отсутствие в настоящее время научно обоснованной концепции терапевтического воздействия метафорических сообщений, целесообразность применения метафор в психотерапии неоднократно подтверждалась эмпирически (М. Эриксон, 1976; Дж. Зейг, 1985; Дж. Хейли, 1990; Д. Гордон, 1995 и др.). Метафоры, равно как и другие косвенные суггестии, позволяют успешно решать проблему сопротивления пациента психотерапевтическому воздействию. Метафорический рассказ о ком-то или о чем-то другом в принципе не способен вызвать сопротивление. В то же время, если события метафоры чем-то напоминают личные проблемы человека, он подсознательно начинает «примерять» на себя рассказ, содержащий то или иное их решение. Если это решение подходит пациенту, он примет его как свое собственное, а не навязанное извне.

## Эпистемологическая метафора

*Ступай осторожно,  
ибо ты идешь по моим мечтам.*

Эпистемология – наука о том, как мы знаем то, что мы знаем. Технику работы с эпистемологической метафорой предложил Дэвид Гроув. В России этот неозерксонский подход получил известность благодаря обучающим семинарам Нормана Воотона. Эпистемологической метафоры в реальности не существует. Она рождается, когда работаем с пациентом, используя особый «чистый» язык. В качестве материала для эпистемологической метафоры используют собственные слова пациента, которые прошли стадию кинестетического опыта, благодаря чему они сразу достигают глубин бессознательного. Для каждого чувства, каждого переживания человека может быть создана своя эпистемологическая метафора. Для этого терапевт должен найти *где* расположен симптом или неприятное чувство в пространстве (в теле человека) и *когда* во времени, т. е. используется пространственно-временной континуум.

Работа с эпистемологической метафорой всегда имеет конкретную цель. Например, если затруднено дыхание – нужно создать метафору, облегчающую дыхание.

**Пример:** Т.: Прочувствуйте все ощущения в теле и идите за ними.

К.: Я чувствую затруднение дыхания.

Т.: И когда Вы чувствуете затруднение дыхания, где именно Вы чувствуете это – внутри или снаружи?

К.: Там внутри, в середине грудной клетки.

Т.: И когда это там внутри, в середине грудной клетки имеет это форму, цвет?

К.: Это похоже на конус.

Т.: И что еще об этом?

К.: Он светлый и его острие немножко колкое и обращено вниз.

Т.: И что происходит, когда светлый конус там внутри, в середине грудной клетки и его острие немножко колкое и обращено вниз?

К.: Ощущение сжатия.

Т.: И когда ощущение сжатия, оно сжимает как что?

К.: Как кулак.

Т.: И когда оно сжимает, сжимает и сжимает как кулак. Что происходит потом?

К.: Ощущение, что трудно дышать.

Т.: И что бы могло произойти дальше, когда это сжимает как кулак и трудно дышать?

К.: Хотелось бы разжать его и вздохнуть

Т.: И когда этот конус как кулак там внутри и можно представить, что его можно разжать. И ощущая его, и погружаясь в этот образ, что возникает?

К.: Ощущение жара внутри.

Т.: Как глубоко внутри?

К.: Внутри, в районе острия конуса.

Т.: И что он делает этот жар, когда он там внутри в районе острия конуса?

К.: Похоже, он пытается снять это сжатие.

Т.: Каким образом он пытается снять это сжатие?

К.: Он поднимается и движется вверх.

Т.: И что происходит, когда он поднимается и движется вверх?

К.: Он поднимается выше, в то место, где было сжатие.

Т.: И можно ему позволить подниматься в то место, где было сжатие еще... И если вы продолжаете это некоторое время, что происходит потом?

К.: Он поднимается на уровень горла

Т.: И что происходит потом?

К.: Внизу становится свободно. Легче дышать.

Т.: И что можно сделать еще?

К.: Может быть оно выйдет само.

При этом многократно происходит мигрирование из внешнего мира во внутренний (глаза идут вверх–вниз, т. е. поочередно идет поиск подходящего образа с последующим переходом на уровень ощущений). Психотерапевт повторяет фразы вслед за пациентом, чтобы самому их хорошо запомнить и не исказить слова пациента в дальнейшем. Например, жар – это жар, а не жжение, т. к. уникальность ощущений пациента передает именно слово жар. Только когда метафора, полученная на уровне образа, приходит в движение, начинается работа с процессом: кулак сжимается, жар начинает двигаться вверх. В приведенном выше примере «на кулаке» была предпринята попытка стимулировать движение образа (сжимает, сжимает и сжимает, как кулак...). С жаром ничего специально не делали – сразу последовал вопрос: «И что происходит потом?». На него был получен ответ: «Он начинает двигаться вверх». С этого момента метафора приобрела разрешающую (терапевтическую) способность.

В процессе работы с эпистемологической метафорой возникает мигрирующий транс. Он не носит непрерывного характера, потому что при поиске образа происходит выход из трансa, а при фиксации на ощущениях – вход и углубление трансa. Это транс управляется терапевтом, но он возникает только за счет материала клиента. Одно неверное слово – и клиент легко

может выйти из этого иррационального состояния. Ибо конус, кулак – вещи нелогичные и абсолютно иррациональные.

Если возникает тупик и клиент говорит: «Какой конус, это полная ерунда!» – это означает, что активизировалось левое полушарие. Тогда терапевту следует сделать паузу и внимательно следить за глазами. Если глаза ушли вправо и вниз (в ощущения), следует подождать, ибо в этот момент возможно рождается новое восприятие ощущения. Когда глаза уйдут кверху – психотерапевт может продолжить, поскольку ощущения превратились в образ.

Трансы, возникающие при построении эпистемологической метафоры, весьма эффективны, поскольку работа осуществляется в лингвистической модели пациента и не возникает сопротивления.

**Как помогают делать метафору?** Если пациент говорит: «Тупое», его спрашивают: «Тупое, как что?» (для того, чтобы получить метафору важно при первой возможности задавать вопрос: «Как что?»). Если не получилось – сырая стадия, следует идти дальше, пока не получится интересное прилагательное (светлое, тупое, острое). Тогда терапевт снова спрашивает: «Как что?». Следующая задача – дать метафоре движение. Только когда метафора начинает движение, она приобретает разрешающий характер.

Имея дело с первоначальным симптомом, можно изменить его, превратив в метафору. Вначале задают уточняющие вопросы: «Когда? Где? Где именно?» (внутри, снаружи, вверху, внизу, правее, левее, по центру). Для получения характеристик вопрос *где* можно задавать от 3 до 5 раз. Когда симптом локализован выходят на уровень метафоры: *Имеется ли цвет, форма, размеры? И на что это похоже?*

В ходе работы необходимо из подходящего прилагательного создать существительное, а его превратить в глагол и заставить двигаться: *Горячее как что? – Как огонь. – И когда это огонь, что делает этот огонь? – Он горит.* Из этого уже можно сделать метафору, потому что огонь может жечь: *И что еще об этом? – Он жжет там внутри. – И когда это жжет, жжет и жжет и долго продолжает жечь, что происходит потом?* Получаем новый фрагмент: *жжет внутри – это сейчас, в настоящем.* Клиент не понимает, что каждый раз попадая в ситуацию, напоминающую детский травматический опыт он испытывает прежние детские чувства и ощущения. Используя эпистемологическую метафору, мы имеем уникальную возможность переработать симптом, возникший в далеком прошлом и «замороженный» в бессознательном.

Итак, в подходе Д. Гроува внимание концентрируется на метафорической информации, которая закодирована в симптомах, являющихся своего рода символическими посланиями бессознательного. Для этого используется, так называемый, «чистый язык». В нем нет

предположений и ожиданий терапевта, который использует только собственные слова и метафоры клиента так, чтобы не «загрязнить» их. Здесь речь не идет о грамматической или стилистической правильности языка! Терапевт должен с теми же интонациями, не перефразируя, не интерпретируя и не усложняя предложения, в точности повторять то, что говорит клиент. Это позволяет максимально войти в процессы внутриличностной коммуникации человека, отразить их очень точно, а, кроме того, помогает преодолеть возможное сопротивление.

При работе с эпистемологической метафорой могут быть четыре вида клиентских запросов:

1. *Позитивный запрос*: Я хочу быть спокойным – И когда Вы хотите быть спокойным, а Вы не спокойны, как Вы знаете, что Вы не спокойны? (эпистемологический вопрос).

2. *Негативный запрос*: Я не хочу быть таким несчастным. – И когда вы такой несчастный как Вы знаете, что Вы такой несчастный?

3. *Неопределенный запрос*: Я не знаю... И то, что Вы знаете, это то, что Вы не знаете, что Вы хотите? – Да. – И когда Вы не знаете, что Вы хотите, как Вы знаете, что Вы не знаете, что Вы хотите?

4. *Плохо сформулированный запрос*: Не следует прояснять его, используя рациональное обсуждение, логику. Это может привести к разрушению заложенных в нем метафор. Например: «Понимаете, я действительно не знаю... Но может быть это...». «И что Вы хотите, чтобы произошло?» (терапевт может несколько раз повторить свой вопрос, пока не будет получен внятный запрос).

#### ***Цели использования чистого языка:***

1) создание гигиенических условий, которые позволяют избежать загрязнения и разрушения субъективного опыта клиента, и предоставляют новые возможности для преобразования;

2) облегчение погружения в состояние самопроизвольного транса;

3) минимизация сопротивления;

4) перевод чувств в образы;

5) достижение резонанса и усиления языка клиента для выявления источника метафор и символов;

6) придания сил «внутреннему ребенку», используя его первичный язык.

#### ***Правила чистого языка***

1. Каждое предложение следует начинать со слов: ***и, а, когда***. В тех случаях, когда мы еще только нащупываем ход метафоры уместно использовать: *Возможно, может быть, И что может происходить потом.*

2. Необходимо использовать то же время и те же формы глаголов, которые использует пациент.

3. Не используют слова *это, этот*, т. е. не конкретизировать.

Например: *И на что это, похоже? – Это, похоже, на золотой свет, который падает – И когда падает золотой свет, он падает куда? – Он падает вниз. – И когда он падает вниз, что происходит потом?...*

4. Когда клиент говорит: «Я...», терапевт использует «Вы», когда он говорит: «Он...», терапевт повторяет «он» (в этот момент происходит работа с диссоциативным опытом). *И он стоит вот там. – И когда он стоит вот там, сколько ему там лет? – Ему сейчас 5 лет. – И когда ему сейчас 5 лет, и он стоит вот там, что происходит потом?*

Необходимо очень внимательно использовать местоимения, т. к. если вместо «он» сказать «Вы», то можно отправить взрослое состояние в детство.

5. Используются сложноподчиненные конструкции: *И когда...где...* (в русском языке нет строгого порядка существительных и глаголов, поэтому можно плести цепочки из слов в любом порядке).

6. Речь должна быть замедленной, ритмичной, тихой, отражать тональности голоса и интонации клиента.

7. Для того, чтобы тщательно отслеживать невербальные реакции необходимы паузы. Нужно ценить молчание, потому что в эти моменты созревает, усиливается и трансформируется информация. Если у молчащего клиента происходят движения глазных яблок, терапевту не нужно требовать от него немедленного ответа. Вздохи клиента, различного рода невербальные реакции в ходе сеанса также отражают моменты трансформации на уровне глубинных физиологических процессов.

8. В ходе работы терапевт повторяет особенности поведения и речи клиента, даже если они странные.

9. Процессуальные инструкции иногда могут быть директивными и детальными, но предпочтительнее (с точки зрения преодоления сопротивления, уменьшения «загрязняющего» влияния терапевта и предоставления большей свободы клиенту) давать инструкции неопределенные (без конкретного содержания): *И что могло бы произойти, чтобы быть правильным для Вас? ... И что могло бы дальше произойти? В целях фиксации позитивного состояния в будущем: И знайте об этом, почувствуйте это ... Как бы это было, если бы Вы были таким?*

***Примерные вопросы для построения эпистемологической метафоры***

*И когда...? Где Вы чувствуете...? Где именно Вы чувствуете ... внутри или снаружи? Имеет это размер или форму? Цвет? И на что это похоже? И что еще об этом? Как что? И когда это происходит, что происходит потом? И что может происходить потом? И как это может произойти? И в то время как...,*

что происходит дальше? И где это могло бы быть? И кто там мог бы быть еще? И кем может быть этот? И что могло бы на тебе быть одето? И сколько тебе могло быть лет?

### ***Виды эпистемологических метафор***

**Метафоры антител.** Д. Гроув делает допущение, что по аналогии с работой иммунной системы человека, в стрессовых ситуациях он также способен вырабатывать особые психические антитела. Когда на ребенка нападают, происходит физиологический ответ: сердце стучит, живот сжимает, мышцы напрягаются и т. д. В этот момент происходит выработка психических антител, как защитная реакция на вторжение. Они весьма специфичны, порой причудливы в своих телесных проявлениях. Ниже приведен собственный пример Н. Воотона.

К.: Я напрягся внутри

Т.: И когда вы напряглись внутри, где именно вы напряглись внутри?

К.: В моем желудке.

Т.: Где именно в вашем желудке?

К.: Прямо в центре желудка.

Т.: И это напряжение в центре желудка, как что? Какого рода?

К.: Это узел веревки.

Т.: Какого рода эта веревка?

К.: Очень грубая.

Т.: И что-нибудь еще об этой веревке и об этом узле.

К.: Он очень стянут.

Т.: И что-нибудь еще об этом стянутом узле веревки.

К.: Он стягивает вот так.

Т.: И когда этот узел стягивает вот так, что происходит потом?

К.: Узел растет и становится более стянутым.

Т.: И когда он все более стянут, что происходит потом?

К.: Я испуган.

Т.: И когда ты испуган, сколько тебе лет, когда ты испуган?

К.: Только пять.

Т.: И когда тебе только пять назови имя этого ребенка.

К.: Мне четыре и меня зовут Норман. Я крошечный. Я испуган!

Т.: И когда ты испуган, сколько тебе лет?

К.: Мне пять.

Т.: И когда тебе пять, и ты испуган, во что ты одет?

К.: На мне мой коричневый костюм и я с босыми ногами.

Т.: И когда тебе пять и ты испуган, и ты в своем коричневом костюме и с босыми ногами, где именно это может быть?

К.: Я на кухне и он снял свой ремень. И он собирается ударить меня!



Т.: И когда он собирается ударить тебя, что еще об этом?

К.: Я очень, очень испуган!

Т.: И когда ты очень, очень испуган и он собирается ударить тебя, может ли эта грубая веревка с узлом быть заинтересована, чтобы пойти к нему?

Пауза.

Т.: И когда она идет к нему, что может сделать веревка?

К.: Она может связать его руки.

Т.: И может ли она связать его руки?

К.: Да!

Т.: И когда он связывает его руки, что происходит потом?

К.: Он не может ударить меня!

Сам Воотон долгое время не понимал, почему он чувствует этот узел в желудке. Ведь это узел пятилетнего ребенка, и взрослый не имеет над ним контроля. Этот узел в желудке возник очень давно, чтобы справиться с конкретной ситуацией. У него была функция защиты, которая оказалась неэффективной – все равно Нормана побили. В ходе работы с эпистемологической метафорой, были созданы особые условия, которые позволили этой застрявшей в бессознательном защитной психической силе, обременительной и дискомфортной вне связи с породившей ее детской ситуацией, завершиться, будучи использованной, как антитело по отношению к травматическому опыту. После того как было дано разрешение затянуть этот узел веревки на руках человека, тем самым метафорически защитить маленького Нормана от битья ремнем, узел стал ненужным, ибо первоначальная задача веревки образующей его, наконец-то была концев, выполнена, и узел не будет больше блуждать, как призрак в животе взрослого человека.

**Диссоциативные метафоры.** Метафора антител – это, своего рода, драка. Если агрессивный стимул очень сильный и ответить на него невозможно – необходимо спастись бегством. В таких случаях происходит диссоциация либо фрагментация. Если травматическая ситуация существует некоторое время, чтобы оставить тело, возникает диссоциация Фрагментация – следствие молниеносной встречи с экстремальной ситуацией, например, при автомобильной аварии.

Если говорят: «Я улетел прочь, я просто не там», это – диссоциация.

**Например:** К.: Я просто выплыл из своего тела.

Т.: И когда Вы выплываете из своего тела, Вы выплываете как что?

К.: Как облако.

Т.: И что это за облако?

К.: Это белое плывущее облако.

Т.: И когда белое плывущее облако движется, то куда и как оно движется?

К.: Оно становится больше и страшнее (есть динамика и это – хорошо).

Т.: И когда облако растет, что происходит потом?

К.: Оно становится темнее.

Т.: И когда облако растет и становится темнее, что происходит потом?

К.: Начинается гром и молния (момент травмы).

Т.: И что происходит гром и сверкает молния?

К.: Трясет.

Т.: И когда гремит гром, сверкает молния и трясет, как долго это происходит?

К.: Долго-долго.

Т.: И что происходит, когда гремит гром, сверкает молния и долго-долго трясет?

К.: Начинает идти дождь (плачет).

Т.: И когда начинает идти дождь, что происходит потом?

К.: Идет и идет дождь.

Т.: И пока идет и идет дождь, куда он идет? (дождь имеет направление и его необходимо исследовать).

К.: Дождь падает на землю.

Т.: И когда дождь падает на землю, что может произойти потом?

К.: Он может проникнуть в землю.

Т.: И когда дождь проникает в землю, что происходит потом?

К.: Растения могут вырасти.

Т.: И что за растения могут вырасти?

К.: Цветы и трава.

Т.: И что за цветы и трава могут вырасти?

К.: Любые, разные, гладиолусы.

Т.: И когда вырастают цветы, что происходит потом?

К.: Потом солнце может засиять.

Т.: И когда солнце сияет, что может произойти потом?

К.: Они могут танцевать и веселиться на солнце.

Т.: И когда они танцуют и веселятся на солнце, что может произойти потом.

К.: Я могу снова играть ( произошел переход от *они* к *я* , т. е. реассоциирование).

Здесь не надо оживлять реальные события, терапия происходит через работу с метафорическими образами. Диссоциация – детский способ защиты от психотравмирующих ситуаций. Порой жертвы насилия не чувствуют боли, даже когда специально пытаются причинить ее себе – это диссоциативное

явление. Воотон отмечает, что эпистемологическая метафора, это – путь, который позволяет попасть сразу на другую сторону травмы, не проходя через нее. Диссоциативные метафоры обычно имеют направление вверх (птицы, пар, дым, воздушные шары).

**Фрагментация.** Фрагмент, который застрял в периоде, непосредственно предшествующем травме, это единственный путь, посредством которого человек может общаться. Это – капкан. Цель фрагментации – остановить травму за мгновение до того, как она произошла. Терапевт должен пройти через травму, которая, тем не менее, случилась. Этот отщепившийся фрагмент должен быть интегрирован в целостное Я.

Фрагментация может идти в 2-х направлениях:

а) вовне (взрывная фрагментация);

б) внутрь (в тело).

Взрывную фрагментацию узнают по детальному описанию внешней обстановки (узоры на ковре, лампочка, глаза, руки, борода насильника, его волосы). Одна из клиенток Н. Воотона подверглась сексуальному насилию, причем в тот момент она смотрела в голубые глаза насильника. После этого эпизода она долгое время не могла смотреть в близости мужчинам с голубыми глазами. Только после того, как в ходе терапии глаза трансформировались в голубое море, она в нем плавала, затем вышла на берег и высушила себя на солнце, она перестала «западать» на голубые глаза мужчин. Фрагментация внутрь может проявляться тремором, сердцебиением, спазмами в горле, тяжестью в груди. Это проникновение диссоциативного материала внутрь.

**Пример:** К.: Я не могу дышать

Т.: Как Вы знаете, что Вы не можете дышать?

К.: Потому что тяжесть в груди.

Т.: И когда у Вас тяжесть в груди, это внутри или снаружи?

К.: Снаружи.

Т.: И когда у Вас тяжесть в груди как что это?

К.: Это как огромная скала.

Т.: И что-нибудь еще об этой огромной скале.

К.: Она большая, черная и тяжёлая,

Т.: И когда она большая, черная и тяжелая еще что-нибудь о ней.

К.: Нет.

Т.: И что она хочет сделать?

К.: Она хочет раздавить меня.

Т.: И когда она раздавливает вас, сколько времени она вас давит?

К.: Долго-долго.

Т.: И после того, как она долго-долго давит вас, что потом происходит?

К.: Она откатывается прочь и я опять могу дышать (Вероятно, это интроекция тяжелого насильника в метафору).

Иногда дети фрагментируют в темноту. Тогда ребенок говорит: «Я боюсь темноты». Его спрашивают родители: «Почему ты боишься темноты. Там же нет ничего». Но ребенок знает, что в темноте, что-то есть (собственные фрагменты). Спрашиваем: «И когда там что-то в темноте, как много там этого? Есть у него форма, размер? (необходимо овестивить, то что связано с темнотой, чтобы ребенок мог проконтактировать с этим фрагментом и, наконец, справиться с ним, т. е. реинтегрироваться).

**Хирургические метафоры.** Их судьба – отрезать и уничтожить тот негатив, который застрял когда-то, а сейчас необходимо освободить от него клиента. Причем в этом случае санация проводится ножами, которые режут, углями, которые выжигают, крысами с острыми зубами, которые грызут тело человека. Терапевту необходимо мужество, чтобы наделить хирургическую метафору разрешающей силой, особенно когда клиент в процессе работы сталкивается с собственной смертью.

**Пример:** К.: Я не могу дышать.

Т.: И когда Вы не можете дышать, что происходит дальше, когда Вы не можете дышать?

К.: Я умру

Т.: И Вы собираетесь умереть?

К.: Да

Т.: И когда Вы собираетесь умереть, и Вы не можете дышать, что дальше происходит?

К.: Это ужасно, я не хочу умирать!

Т.: И когда Вы не хотите умирать и Вы не можете дышать, и Вы собираетесь умереть, что дальше происходит?

К.: Это становится еще хуже.

Т.: И когда это становится еще хуже, что происходит дальше?

К.: Я умираю!

Т.: И когда Вы умираете, что происходит потом?

К.: Ничего, абсолютно ничего!

Т.: И как долго ничего?

К.: Навсегда, совершенно навсегда и ничего.

Т.: И все время, когда навсегда нет ничего, и все, что должно произойти когда нет ничего и навсегда, и после этого навсегда, что может произойти потом? (В критических случаях, когда невозможно развить метафору антител или диссоциироваться от травмы, единственный выход для ребенка—нет другого выхода, как метафорически умереть. Этот застрявший, инкапсулированный фрагмент не знает, что человек пережил лишь

символическую смерть, что потом тоже есть жизнь. Поэтому терапевту нужно пройти по «долине смерти» вместе с клиентом и попасть на другую сторону – в его жизнь после травмы.

К.: Я могу дышать опять! (прошли момент травмы).

Клиенты часто боятся и не хотят того, что хочет хирургическая метафора. Поэтому терапевту требуется спокойная уверенность и настойчивость, чтобы в ходе психотерапевтической сессии помочь клиенту пройти по этому нелегкому пути и полностью переработать застрявший дисфункциональный материал.

### *Психическое картографирование*

*Пример:* Т.: При перемещении одного человека относительно другого у последнего может изменяться внутреннее состояние. Каждое движение вправо или влево, ближе или дальше вокруг человека могут вызвать у него удивительный эмоциональный отклик, сопровождающийся изменениями в теле. Я сейчас буду перемещаться относительно Вас, проходя разные точки, и каждый раз, когда что-то будет меняться на уровне ощущений, я прошу говорить «стоп» и называть, что конкретно изменилось. В какую сторону мне лучше начать двигаться? Я буду двигаться медленно.

К.: По часовой стрелке. (Терапевт начинает медленно двигаться вокруг клиента)

К.: Стоп! Здесь расслабленнее.

Т.: Вернусь чуть назад. Какая это точка?

К.: Точка комфорта.

Т.: Как бы надо было назвать точку, где Вы мне разрешили встать вначале, как бы вы ее назвали?

К.: Забор.

Т.: Эта точка, которую вы назвали забор, связана с комфортом. Сейчас я снова начну двигаться, остановите меня, когда что-то будет меняться.

К.: Стоп! Калитка.

Т.: Что менялось внутри?

К.: Расслабилось лицо.

Т.: Это – точка расслабления. Буду двигаться дальше.

К.: Стоп! Здесь уже появляется настороженность.

Т.: Настороженность. Что это?

К.: Как выключатель, который запускает необходимость контролировать безопасность. Стоп! Сейчас беспокойство, дискомфорт усиливаются.

Т.: Двигаюсь дальше.

К.: Полегче становится. Стоп! Удача.

Далее терапевт проходит в обратную сторону для уточнения зон.

Т.: Это те же состояния, как при первом прохождении?

К.: Да.

Т.: Сейчас я пойду в дискомфортную зону, будьте терпеливы и внимательны, потому что это может быть самое важное. Нарастают ли ощущения сейчас?

К.: Да.

Т.: Какое это чувство?

К.: Повышается мышечный тонус, готовность к действию. Покалывание рук, неприятное чувство в эпигастрии...

Т.: Где именно в эпигастрии это чувство?

К.: Да нет, сейчас напряжение скорее в плечах.

Т.: И когда чувство напряжения в плечах, где именно оно в плечах?

К.: Это вот здесь и здесь (показывает).

Т.: И когда это вот здесь и вот здесь (показывает), в левом и правом плече, это глубоко или снаружи?

К.: Больше снаружи.

Т.: И когда это справа и слева, больше снаружи, на что похоже это напряжение в плечах?

К.: Больше похоже на корсет... и он сжимает.

Т.: И когда это похоже на корсет и он сжимает, что еще об этом?

К.: Больше ничего.

Т.: И когда что-то сковывает, связывает и сжимает и это похоже на корсет, сколько вам могло быть лет?

К.: В первый класс пошёл

Т.: И что это за время, когда вы пошли в первый класс?

К.: Ощущение, что я что-то сделал, провинился. Я виноват и меня наказывают.

Т.: Есть ли какое то реальное воспоминание об этом времени, о том, что было тогда, когда вы учились в первом классе?

К.: Баловались... Запустил в сестру игрушкой, но промазал и разбил два стекла.

Т.: И когда ты вспоминаешь об этом, что ты чувствуешь?

К.: Какую то обиду.

Т.: И когда ты чувствуешь обиду, где именно ты чувствуешь обиду?

К.: Вот здесь, в левом плече.

Т.: И когда обида вот здесь, в левом плече, что еще об этом ощущении?  
– (долгая пауза, ответа от клиента так и не последовало).

Т.: На что похоже это ощущение в левом плече?

К.: Грустно в лице и плечах (после длительной паузы).

Т.: И когда грустно в лице и плечах, на что похожа эта грусть?

К.: Наводит на размышления и воспоминания о страхе ребенка, который ждет наказания, когда придут родители.

Т. (перемещается в зону комфорта): Что за чувства вот здесь?

К.: Чувство детской беззаботности, легкости и безалаберности.

Т.(садится): И когда это чувство детской беззаботности, легкости и безалаберности, где именно Вы чувствуете?

К.: Здесь на лице.

Т.: И когда Вы чувствуете здесь, на лице детскую беззаботность и безалаберность, где именно на лице Вы чувствуете ее?

К.: На губах.

Т.: И когда она на губах, что происходит с губами?

К.: Они вытягиваются.

Т.: И когда они вытягиваются, что еще в ощущениях?

К.: Поднимаются плечи, свободно дышишь.

Т.: И когда поднимаются плечи и свободно дышишь сколько Вам лет?

К.: Лет 8 или 9.

Т.: И когда Вам лет 8 или 9, что еще об этом времени?

К.: Ощущение большого жизненного опыта, как можно обмануть родителей. Есть много способов избежать наказания.

Т.: Этот внутренний ребенок сейчас перестает ждать наказания.

Комментарий Т.: Клиент очень много сигналов подавал в ходе работы. По-разному покачивался в дискомфортной зоне и при обращении к ресурсам. Негативные воспоминания были спровоцированы моим уходом в дискомфортную зону. В зоне ресурсов клиент испытывал совершенно другие, комфортные ощущения. Причем в зоне комфорта всегда находятся способы защиты. Это событие застряло в бессознательном, заморозилась и сохранилась информация о том детском дискомфорте. Работа в комфортной зоне позволяет, наконец, нейтрализовать этот негативный опыт путем обнаружения новых возможностей и способов избегать конфликтных ситуаций.

Таким образом, составление *карты психического ландшафта* начинают в зоне комфорта. До начала движения терапевт сообщает клиенту, что по мере прохождения вокруг него, внутри что-то будет меняться (отчасти индуцируют какие-то изменения вначале, а потом ощущения уже меняются сами). Клиенту предлагают говорить: «Стоп!» каждый раз, когда что-то меняется внутри (необходимо сообщать обо всех изменениях в эмоциях и физических ощущениях). Клиента просят дать название точкам, где он останавливал терапевта в связи с возникшими изменениями в теле. После завершения полного кругового прохода, терапевт начинает двигаться в обратную сторону, перепроверяя и уточняя зоны комфорта и дискомфорта (больше всего информации получаем из этих полярных зон). На основе полученного

материала создается карта психического ландшафта. Далее терапевт перемещается в зону максимального дискомфорта. Терапевт задает вопросы по «правилам чистого языка». Обязателен вопрос: «И сколько Вам здесь лет?». Как правило, клиенты удивительно легко находят ответ на этот вопрос. Потом терапевт перемещается в зону комфорта, где тоже задает вопросы, включая «И сколько Вам здесь лет?». В этот момент клиенты могут быстро впасть в глубокий транс, в котором нужно утилизировать происходящее: «Возьмите столько времени, сколько необходимо, для того, чтобы все, что нужно усвоить, все, что связано с ресурсами, было хорошо усвоено». Работа с ресурсами позволяет успешно переработать и нейтрализовать застрявший в недрах бессознательного негативный опыт клиента.

### **Терапия тяжелым испытанием**

Рассмотрим еще один прием, порождающий изменения на бессознательном уровне. Это – парадоксальная техника тяжелого испытания, которая основана на том, что пациенту предлагается задание субъективно более трудное или тяжелое, чем имеющийся у него симптом. В ее основе лежит предположение, что если для человека тяжелее иметь симптом, чем отказаться от него, он предпочтет расстаться с симптомом. Субъекту предлагают выбор, и он делает его, отказываясь от симптома, но этот выбор фактически осуществляется пациентом бессознательно. Ведь если бы человек мог сам отказаться от симптома, он не обращался бы к психотерапевту. Тяжелое испытание – типично эриксоновский прием, позволяющий контролировать то, что ранее было неподконтрольно. За этой формально негипнотической техникой стоит весь огромный опыт Эриксона. Правильно использованный прием тяжелого испытания побуждает человека на разных уровнях сдерживать дисфункциональное поведение или симптом, чтобы не выполнять связанное с ними терапевтическое задание. Эриксон описал случай бессонницы у пожилого человека, который ложился в 20.00, ворочался в постели до полуночи, потом вставал и принимал большую дозу снотворного, но всё равно спал не более двух часов. Он жил в большом доме вместе с сыном. Старик готовил еду, убирал посуду, а сын натирал паркетные полы (его отец терпеть не мог запах мастики). Эриксон сказал, что сможет вылечить его, но это будет стоить старику восьми часов сна. В 20.00 вместо укладывания в постель он должен достать банку мастики, несколько тряпок и натирать полы всю ночь напролет! Прекратить натирку можно было только в 7.00, чтобы утром успеть на работу. Старик натирал полы всю первую, вторую, третью ночи, а на четвертую подумал: «Я совсем замучился, следуя указаниям этого ненормального психиатра, прилягу на полчаса». Он проснулся только в 7.00. Вечером возникла дилемма: лечь или нет, поскольку он был должен Эриксону еще два часа сна. В 20.00 старик



подготовил мастику и тряпку и сказал: «Если в 20.15 буду видеть часы, встану и начну натирать пол...». Уснул до утра. Через год он говорил Эриксону, что *не осмеливается страдать от бессонницы*. Этот человек был готов делать все что угодно, даже спать, чтобы только не натирать полы.

### ***Требования к тяжелому испытанию***

Оно должно причинять такое же, если не большее неудобство, как и симптом (по принципу – наказание должно соответствовать преступлению). Лучшим является то испытание, которое приносит пользу данному человеку. Потому что полезные вещи всегда делать тяжелее, особенно тем, кто ходит к психотерапевту. Примеры полезных занятий: физкультура, интеллектуальные упражнения, чтение специальной литературы и другие действия, направленные на самосовершенствование. Испытанием может быть то, что требует от человека жертвы в пользу других людей.

Испытание должно быть таким, что человек действительно в состоянии сделать и не может резко возразить или отказаться. Поэтому оно не должно нарушать моральных принципов пациента или причинять вред ему и окружающим. В одних случаях пациент должен пройти несколько раз через испытание, в других для освобождения от симптома достаточно одной потенциальной угрозы выполнения дискомфортного задания.

### ***Виды тяжелых испытаний***

1. *Четко сформулированное испытание*. Психотерапевт определяет симптом-мишень и требует, чтобы каждый раз, когда симптом проявляется, пациент подвергал бы себя испытанию, которое формулируется предельно ясно и чётко. Типичный выбор для этого испытания – физические упражнения, особенно если их нужно делать среди ночи по будильнику. Например, встать в три ночи, выполнить серию упражнений и снова лечь спать. Наутро процедура выглядит как кошмарный сон, причём если это физическая нагрузка, то она должна быть достаточно чувствительной.

2. *Парадоксальное испытание*. Болезненный симптом здесь сам становится тяжёлым испытанием. Пациент получает от психотерапевта задание в указанное время сознательно вызывать симптом, от которого тот хочет избавиться. Это способ трансформировать сопротивление пациента в позитивное русло. Кроме того, происходит перевод непроизвольного действия (симптома) в намеренное, осознанное поведение, что делает дальнейшее существование симптома бессмысленным.

3. *Терапевт как испытание*. Все тяжелые испытания связаны с психотерапевтом, но некоторые специально ориентированы на него. Например, когда терапевт переопределяет некие действия пациента так, что это ему активно не нравится. Человек даже готов отказаться от этих действий,

только бы не испытывать больше болезненных эмоций, которые вызывают у него комментарии психотерапевта.

#### *4. Испытания, вовлекающие двух и более участников*

Например, Эриксон давал задание ребенку, страдающему энурезом, практиковаться в каллиграфии, а матери – контролировать сухость его кровати. Если утром кровать оказывалась мокрой, ребенок должен был несколько часов тренировать свой почерк. Если кровать была сухой – писать буквы и слова не требовалось, но мать ребенка, по-прежнему была вынуждена просыпаться рано утром, чтобы проверить состояние постели, что по-прежнему оставалось для нее трудным испытанием. В других случаях Эриксон мог подвергнуть испытанию всю семью, если один из ее членов начинал вести себя плохо.

Чтобы этот психотерапевтический прием возымел свое положительное действие, необходимо тщательно соблюдать все его элементы.

#### ***Основные элементы терапии тяжелым испытанием***

*Проблема должна быть четко определена.* Например, если речь идет о тревоге, необходимо выяснить у пациента, способен ли он отличить нормальную тревожность и чрезмерную патологическую тревогу, от которой хотел бы избавиться. Различает ли он нормальную аккуратность и навязчивую сверхаккуратность. Разграничение должно быть очень четким, поскольку задание выполняется только при ненормальной тревожности или чрезмерной аккуратности. Иногда разница четко начинает осознаваться только после выполнения тягостного задания, после чего субъект начинает относиться к лечению более серьезно.

*Человек должен стремиться к излечению.* Если человек проходит через испытание, он действительно хочет избавиться от существующей проблемы и ради этого готов на многое. Но в ряде случаев нужно повысить мотивацию клиента, поскольку безусловное желание вылечиться не всегда присутствует в начале лечения. В таких случаях психотерапевт подчеркивает всю серьезность проблемы, обсуждает предшествующие неудачные попытки ее решения и представляет проблему в виде задачи, с которой надо справиться. Акцент делается на тяжелом, неприятном характере испытания, при этом подчеркивается, что это – стандартный и всегда успешный приём. В некоторых случаях стимулом для тяжелого испытания является желание пациента, который уже много и безуспешно лечился, доказать очередному психотерапевту, что тот также ошибается на его счет. Но единственный способ доказать это – подвергнуться оговоренному испытанию. Еще один способ повысить мотивацию – заявить пациенту, что его можно вылечить, но для этого он должен заключить с психотерапевтом контракт, который обязует его выполнять определённые предписания, суть которых ему заранее не

сообщают. По сути, пациенту предлагают «сыграть в темную», давая возможность хорошенько подумать об этом несколько дней или неделю. Оговаривается, что он может прийти на прием только при наличии готовности к выполнению всех дальнейших указаний психотерапевта, связанных с предстоящим домашним заданием. Важно помнить, что большинство испытаний эффективны только в связи с психотерапевтом, ибо выполняются либо для доказательства его неправоты, либо ради подтверждения его высокой квалификации и способности исцелять. Психотерапевту важно подчеркнуть клиенту, которому он дает трудное задание по уборке квартиры ночью: «Понимаю, как нелегко просыпаться среди ночи, ведь сам я так люблю крепко спать всю ночь напролет». Соответственно, когда человек ночью бодрствует, он думает о психотерапевте, который в это время наслаждается сном и испытывает дополнительные сильные эмоции, как ни странно, имеющие терапевтическое значение.

*Испытание должно быть выбрано.* Выбор делает психотерапевт, но лучше в сотрудничестве с пациентом. Испытание должно быть достаточно суровым, чтобы преодолеть симптом, приносить пользу, быть выполнимым и приемлемым с точки зрения приличий. Оно должно иметь фиксированное начало и конец. Участие пациента в выборе испытания служит гарантией его выполнения, а при необходимости увеличить тяжесть испытания, его реакция, скорее всего, будет положительной.

*Испытание должно сопровождаться пояснениями.* Терапевт дает точные и определённые указания, исключая двусмысленность. Важно четко объяснить, что задание необходимо выполнять только при симптоматическом поведении и только в установленное для этого время. Необходимо подробно расписать то, что должно быть сделано. В одних случаях полезно дать испытанию рациональное объяснение (обычно это варианты на тему: если клиент свяжет симптом с чем-то еще более тяжелым для себя, симптом исчезнет). В других случаях лучше сразу дать задание, ничего не объясняя. Таинственный подход лучше воздействует на интеллектуалов, которые готовы опровергнуть все и вся.

*Испытание не отменяется, пока проблема не решена.* Задание выполняется каждый раз, когда возникает ситуация, оговоренная терапевтом. Оно не отменяется, пока симптоматическое поведение не исчезнет. Контракт обычно заключается на неопределенный срок, порой на всю жизнь.

*Связь испытания с социальным контекстом.* Тяжелое испытание заставляет человека меняться, что имеет свои последствия. В ряде случаев симптом – отражение путаницы в социальном окружении, часто в семье. Поэтому устранение симптома может вызвать изменения в социальном окружении, которое было приспособлено под симптом. Агорафобия жены,

ограничивая ее передвижение, заставляет мужа и детей всячески заботиться о ней. Избавление жены от симптома может привести к перераспределению ролей и возможно новым отношениям, которые они с мужем должны обсудить. Психотерапевту надо, по возможности, понять функцию симптома в социальном окружении клиента.

Терапевтический подход, включающий тяжелое испытание, может вызвать глубокие изменения в личности человека, а не просто меняет его поведенческие реакции. Один из признаков происходящих глубинных изменений – ощущение пациента, что с ним происходит что-то странное. Иногда выполнение следующего за симптомом трудного испытания ведет к благоприятным изменениям, которые могут сопровождаться странным чувством, что он как будто бы сходит с ума. Психотерапевт должен заверить пациента, что происходящее – часть ожидаемых изменений и за этим неминуемо последуют позитивные сдвиги. В заключение следует отметить, что прием тяжелого испытания может причинить вред пациенту, если употреблен безответственно или некомпетентным психотерапевтом.

#### **Показания к использованию метода и его эффективность**

Метод может использоваться в индивидуальном психологическом консультировании, психокоррекции и психотерапии.

*Показания к применению* делятся на две группы: 1) *клинические*: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психогенные и смешанные сексуальные дисфункции, зависимости от психоактивных веществ, расстройства личности (например, тревожное, ананкастное), психосоматические заболевания и 2) *консультативные*: проблемы межличностных отношений, включая созависимости, переживание вины, утраты; низкая самооценка, мотивация к деятельности, повышение креативности, стресс-менеджмент и т. п.

Эриксоновский подход относится к поддерживающим видам психотерапии, поэтому он не ориентирован на выяснение скрытых мотивов или глубокие изменения личностных характеристик и эмоционального реагирования. Метод прагматично сфокусирован на преодолении актуальных жизненных проблем клиентов, включая коррекцию их дисфункционального поведения и устранение болезненной симптоматики. Это предполагает, что терапия носит краткосрочный характер (чаще 10 - 12 сессий). При ее адекватном применении по некоторым оценкам (Ж. Беккио, Г. Ластик, Э. Росси), терапевтический эффект регистрируется, по меньшей мере, в 70 % случаев. Как и любой другой краткосрочный подход, он может быть использован вновь, если пациенты впоследствии обращаются к психотерапевту для работы над другими проблемами.

## **Краткосрочная стратегическая психотерапия (КСП)**

### **История возникновения и развития метода**

Стратегический подход является плодом эволюционного синтеза психотерапии Эриксона, теории систем, а также исследований семьи и коммуникаций. В 50-60-е годы прошлого века в США исследовательская группа Г. Бейтсона, Д. Джексона, Дж. Хейли и Дж. Уикленда подвергла тщательному изучению способы терапевтического воздействия известного психотерапевта Милтона Эриксона. В течение своей поразительной, продолжавшейся более 40 лет врачебной карьеры, он весьма успешно применял оригинальную модель психотерапии больных с психическими и поведенческими расстройствами, которая впоследствии была названа его именем. Будучи выдающимся гипнотерапевтом, Эриксон почти не прибегал к формальному наведению транса, предпочитая свой особый стиль взаимодействия с пациентами, тесно связанный с собственной концепцией гипноза как психосоциального и межличностного феномена. Им было разработано множество быстрых и эффективных стратегий и техник психотерапевтической коррекции отдельных пациентов, супружеских пар и семей.

Основой теории системного подхода в психотерапии послужило представление, что понятие причинности, принятое в классических психологических концепциях, является линейным и односторонним. Предполагается, что любой тип объяснений или исследований события должен прибегнуть к анализу прошлого, поскольку оно является причиной настоящего. Но, с точки зрения системного подхода и кибернетики анализ индивида как предмета в себе, вне его отношений с другими людьми и вне контекста его ситуации, невозможен. Кроме того, все субъекты коммуникаций посылают и получают обратную связь, которая и определяет круговорот информации и взаимовлияний между ними. В результате возникает причинность кругового типа – более сложная форма взаимной причинности. Процесс принимает круговую форму, перестает существовать начало и конец, а имеет место лишь система взаимного влияния между задействованными переменными. Изоляция единичной переменной для ее изучения ведет к редукционизму и к искажению в познании. Возникает необходимость изучения феноменов взаимодействия, поскольку именно они вместе с индивидуальными характеристиками переменных определяют как сам процесс, так и состояние занятых в нем переменных. Г. Бейтсон и Д. Джексон (1956) применили принципы системного подхода к изучению семей, один из членов которых страдал психическим расстройством. В результате была создана теория, согласно которой в основе психических нарушений лежит дисфункциональное общение «больного» с остальными членами его главной

референтной группы. Соответственно фокус психотерапевтической работы стал смещаться с изучения прошлого субъекта и интрапсихического анализа на исследование особенностей его межличностного взаимодействия в настоящем. Позднее возникла модель системной семейной терапии, нацеленная на разблокирование повторяющихся ситуаций в системе дисфункционального общения посредством использования парадоксальных приемов (предписание симптома, сдерживание и запрещение изменений и т. д.), а также других процедур. Отличие стратегического подхода от классической системной семейной терапии состоит в том, что он концентрируется не на семейном взаимодействии и реорганизации данной системы отношений, а на предъявляемой проблеме пациента, на том, что ее поддерживает, и на том, что может быстро изменить ситуацию к лучшему. Фактически оба подхода носят взаимодополняющий характер. Поэтому задача стратегического психотерапевта состоит в том, чтобы, уяснив, как функционирует семейная система, принять наиболее верное решение: воздействовать на всю семью или же только на субъекта, предъявляющего жалобы.

На сегодняшний день существует два различных (хотя во многом созвучных) подхода к стратегической психотерапии: *модель Хейли* (Дж. Хейли, 1967; К. Маданес, 1981) и *модель MRI* Института психических исследований в Пало Альто (П. Вацлавик, Дж. Уикленд, Р. Фиш, 1974). Обе модели берут начало из опыта, полученного их авторами в ходе работы в группе Г. Бейсона и сотрудничества с М. Эриксоном. Дж. Хейли (1973) разработал подход, *концентрирующийся на функции симптома или проблемного поведения*. Симптомы понимают как метафорические послания, сигнализирующие о наличии проблем в отношениях и одновременно, как неадекватные способы их решения, как элемент борьбы за власть, признание. Важнейшим считается вопрос: «Какую функцию выполняет симптом у идентифицированного пациента в стабилизации семьи? Ее защиту от возможных изменений или, наоборот, от реорганизации за счёт возникновения проблем у одного из ее членов?». Таким образом, проблемы или симптомы рассматриваются как формы общения между людьми в определённом социальном контексте. Патологические системы описываются в терминах плохо функционирующих семейных иерархий, которые нуждаются в преобразовании.

Модель MRI *концентрируется на процессе как замкнутом круге*, когда попытки разрешить возникшие трудности не дают результата из-за ригидной системы убеждений субъекта. Упрямое использование «плохого», неэффективного решения создает замкнутый круг и удерживает статус-кво. Желая сделать лучше, люди нередко лишь укрепляют проблему, поэтому

терапия концентрируется на неэффективных попытках решения. Считается, что если удастся разорвать порочный круг, человек обретает новые возможности разрешения проблемы. Поэтому психотерапевту необходимо выявить повторяющиеся паттерны непродуктивного взаимодействия, которые необходимо прервать и заменить на более адекватные. Для этого важно понять, какие представления о проблеме имеются у пациента, и что он на основе этих представлений предпринимал для её решения. Терапевтическое вмешательство, чаще всего состоящее в предписании определённого поведения, должно прервать и изменить цикл «повторяющегося увековечивания проблемы». Большинство теорий и техник вмешательств стратегической модели MRI были разработаны исследователями из Пало Альто в 60–70-е годы прошлого века. В 80-х годах модель была дополнена новыми техниками, разработанными Дж. Нардонэ в Центре стратегической терапии, расположенном в г. Ареццо (Италия).

### **Теоретическая основа и сущность метода**

Р. Рабкин (1977) попытался отразить суть КСП в одной фразе: «Пациент пытается решить свою проблему при помощи стратегии, которая ему не помогает, поэтому психотерапевт ее изменяет». В основе стратегического подхода лежит представление, что человеческие проблемы возникают и существуют благодаря двум основным вещам: 1) конструктам, которые определяют, как мы оцениваем наш прошлый опыт и предвидим будущее, т.е. это набор стереотипов, неких интерпретаций реальности, 2) повторяющимися последовательностям (шаблонам) поведения как индивидуального, так и при коммуникациях. Опровергается одно из господствующих в психотерапии убеждений, которое состоит в том, что познание истоков проблемы и ее развития в прошлом является обязательным условием для ее решения в настоящем. Но человеческие отношения являются нелинейным, системным феноменом, поэтому язык классической науки и линейной причинности (описания, объяснения, сравнения, интерпретации и т. п.) мало подходит для их описания. Другая ошибка многих гипотез состоит в том, что ограничения, присущие самой гипотезе, приписываются феномену, который она должна объяснять. Например, в рамках психодинамической теории удаление симптома непременно должно приводить к его замещению вовсе не потому, что такова природа человеческой психики, а потому, что возникновение нового, замещающего симптома логически вытекает из самой теории. Современная системная терапия не задает вопрос: «Почему так странно ведет себя пациент?», но скорее спрашивает: «Где, в каком типе человеческой системы это поведение имеет смысл?» и «Какие попытки решения этой проблемы уже предпринимались системой?» В подавляющем большинстве случаев проблемы, которые мы хотим решить путем изменений, не являются

проблемами, относящимися к свойствам предметов или ситуаций, т. е. к реальности первого порядка. Они относятся к конструктам, т. е. значениям, смыслам и ценностям, которые мы придаем этим предметам или ситуациям (реальности второго порядка). С этой точки зрения всякая психотерапия заключается в привнесении изменений в те способы, которыми люди построили свои реальности второго порядка. Используется особый язык предписаний, мотивирующий человека к действиям, которые он ранее не выполнял, поскольку в его субъективном пространстве (реальности второго порядка) они не имеют смысла. Реализуя предписания, субъект получает возможность выйти за рамки привычных ограничений, взглянуть на свою проблему по-новому и изменить ситуацию к лучшему.

Дж Нардонэ и П. Вацлавик (2005) приводят основные характеристики КСП:

1. Стратегический подход прямо обращается к современной конструктивистской философии. Он основывается на констатации невозможности любой отрасли науки предложить какое-то одно абсолютно верное и окончательное объяснение реальности. Напротив, эта реальность в значительной степени определяется пунктом наблюдения исследователя и используемых инструментов. По словам К. Поппера (1983), никакая теория не может найти подтверждение внутри самой себя с помощью своих собственных инструментов и избежать при этом «невозможности фальсификации». В фокусе внимания стратегического психотерапевта находятся отношения, которые каждый человек переживает с собой, другими людьми и с окружающим миром. Заданной целью является хорошее функционирование людей не в общих терминах нормальности, а в категориях их индивидуальной реальности и личного опыта.

2. Задача психотерапевта заключается не в анализе глубинных причин проблемы с целью выявления скрытых истин, а в том, чтобы понять, как действует проблема и как можно изменить затруднительную для субъекта, пары или семьи ситуацию. Терапевтическое вмешательство состоит в сдвиге точки зрения субъекта с ее изначально ригидной и дисфункциональной позиции на позицию более гибкую и адаптивную.

3. На уровне терапевтических процедур и процессов стратегический подход является результатом применения в области клинической практики математической теории логических типов (К. Рассел и др., 1913); теории систем и кибернетики (Р. Виннер, 1947; Г. Бейтсон, 1967; К. Форстерс, 1974). Он также основан на концепции круговой причинности, обратной связи между причиной и следствием и принципе прерывистости изменений и роста. За основу берется убеждение, что система не может найти решения проблемы, потому что производит внутри себя изменения, которые не затрагивают саму



систему (изменения первого типа). Решением проблемы являются только изменения второго типа, связанные с выходом из системы, скачком на другой уровень, что неминуемо приводит к изменению самой системы.

4. Большая часть психотерапевтических направлений исходит из предпосылки, что действие следует за мыслью, а, следовательно, чтобы изменить неправильное поведение или проблемную ситуацию, нужно сначала изменить мышление пациента, и только после этого можно изменить его действия. Со стратегической точки зрения, которая является позицией радикального конструктивизма, для изменения проблемной ситуации следует сначала изменить действие и, как результат этого, мышление пациента, а точнее его точку зрения или «рамку» восприятия реальности. Труды Ж. Пиаже убедительно показывают, что обучение происходит в процессе, который направлен от опыта к его осознанию. Таким образом, стратегический психотерапевт прагматически ориентируется на действия и на приоритетную ломку системы дисфункционального взаимодействия, которую пациент переживает в отношениях с самим собой, с другими людьми и окружающим миром. Считается, что понимание истинных причин проблемы на начальных этапах терапии нежелательно, поскольку повышает сопротивление пациента изменениям. Любая система подчиняется принципу гомеостаза, а значит, сопротивляется изменениям. Поэтому осознание изменений прежде, чем они произойдут, препятствует необходимым для разрешения проблемы системным сдвигам. К позитивным изменениям ведут действия, которые потом укрепляются и осознаются.

#### **Практические аспекты применения метода**

Стратегические психотерапевты исходят из убеждения, что решение проблемы требует ломки круговой системы взаимодействий, поддерживающей проблему, а также модификации восприятия и представлений о мире, которые вынуждают человека к неадекватным, дисфункциональным реакциям. Поэтому обращение к информации о прошлом субъекта представляет собой лишь средство для разработки оптимальных стратегий для успешного разрешения имеющихся проблем, но не является терапевтической процедурой, как, например, в психоанализе. Начиная с первой встречи с пациентом, стратегический психотерапевт концентрируется на следующем (Дж. Нардонэ, Дж. Вацлавик, 2005):

1) что происходит внутри трех типов взаимозависимых взаимодействий, которые субъект осуществляет с самим собой, с другими и окружающим миром;

2) каким образом предъявляемая проблема функционирует внутри его сложившейся системы отношений;

3) как субъект до настоящего времени пытался справиться с проблемой или решить ее;

4) каким наиболее быстрым и эффективным способом можно исправить существующую проблемную ситуацию.

Построив соответствующую гипотезу, согласовав с пациентом цели и задачи терапии, психотерапевт разрабатывает и применяет стратегии, направленные на разрешение проблемы. Если стратегии эффективны, обычно уже с первых шагов терапии наблюдается уменьшение симптоматики, происходит постепенное изменение пациентом самого себя, других и окружающего мира. Это означает, что вместо ригидного, узкого и крайне субъективного взгляда на реальность у пациента формируется способность более гибко, открыто и непредвзято воспринимать всё происходящее с ним. Осознание имеющихся возможностей для успешного решения возникающих проблем ведёт к росту личной самостоятельности и уважения к себе.

Дж. Нардонэ и П. Вацлавик (2005) схематично выделяют *шесть фаз КСП*:

- 1) первый контакт и построение терапевтических отношений;
- 2) определение проблемы (симптомы, расстройства, конфликты);
- 3) согласование целей терапии;
- 4) определение перцептивно-реактивной системы, т. е. механизмов поддержания проблемы (конструктов и поведенческих шаблонов);
- 5) разработка терапевтической программы и стратегии изменения;
- 6) завершение психотерапевтического вмешательства.

### **Основные фазы психотерапии**

**1. Первый контакт с пациентом.** Он очень важен. Еще Аристотель говорил, что хорошее начало означает половину работы. В этой фазе основной задачей является построение межличностных отношений, которые характеризуются хорошим контактом, доверием, сотрудничеством и позитивными внушениями со стороны психотерапевта. Для этого ему необходимо адаптировать свой собственный язык, а также свои действия к представлениям о мире и стилю общения пациента.

**2. Определение проблемы пациента.** Ясное и четкое понимание сути проблем людей, которые обращаются за помощью, абсолютно необходимо для успешной работы в модели стратегической психотерапии. В традиционном понимании процесс оценки проблемы состоит в том, чтобы объективно исследовать проблему клиента или семьи, определить диагноз и наметить путь, по которому будет проходить терапия. Поведенческие терапевты находят поведенческие проблемы, аналитики раскрывают интрапсихические проблемы, идущие из раннего детства, биологически ориентированные психиатры представляют доводы существования нейрофизиологических

проблем. Причем каждый действует с убеждением, что открывает принципиальную причину проблемы, и, что более печально, может легко отбросить другие модели и объяснения.

Стратегические психотерапевты в основном концентрируются на том, что непосредственно можно наблюдать и что можно ясно и конкретно описать в категории предметов и событий. Иногда оказывается, что первично обозначенная проблема – всего лишь фасад, а клиент в действительности обеспокоен другой проблемой, но чтобы ее выявить он должен иметь время и чувствовать доверие к терапевту. Причем клиент сам выбирает предмет психотерапевтической работы. Люди не хотят изменений, к которым они внутренне не готовы, даже если с точки зрения психотерапевта или окружающих они были бы весьма полезны.

### **Вопросы для ясного определения проблемы:**

● *Что пациент определяет как проблему? Какова проблема? В чем она состоит? Какое поведение или переживание мешает жизни клиента? Что он хотел бы изменить или убрать? Или наоборот, какое желаемое поведение или переживание ему недоступно, что он хотел бы ввести в свою жизнь? Оценка проблемы ориентирована на настоящее и будущее (что клиент не принимает в настоящем и что хотел бы изменить в будущем). Поэтому обычно не выискиваются причины проблемы в прошлом, хотя некоторым людям размещение актуальных проблем в контексте прошлых переживаний облегчает трансформацию их представлений.*

● *Когда появилась проблема? Важно охарактеризовать повторяющиеся факты связанные со временем возникновения проблемы. Есть ли такие периоды, когда проблема возникает всегда или почти всегда? Или наоборот, когда она вообще не возникает? Есть ли определенная пора дня, недели, месяца, года, когда проблема беспокоит особенно часто или редко?*

● *Какова частота и интенсивность проявлений проблемы? Как часто она возникает? Какова длительность и интенсивность ее основных проявлений?*

● *Где и в каких ситуациях возникает проблема? Существует ли такое место, где проблема возникает всегда или особенно часто? Есть ли такие места, в которых она вообще не возникает? Где именно (школа, работа, дом) и даже где ее точное месторасположение (конкретная комната)?*

● *Каким образом проявляет себя проблема? Как она внешне выглядит? Что мы смогли бы увидеть, если бы имели видеозапись? Какие бы мы увидели поведенческие паттерны, жесты, позиции тела, интеракции? Что бы мы могли услышать?*

● *В чьем присутствии появляется (обостряется) проблема? Кто чаще всего находится рядом при возникновении проблемы? Что эти люди делают и*

говорят до начала, во время и после возникновения проблемного поведения? Что они говорят о клиенте и о самой проблеме?

- *С кем проблема маскируется или не проявляется?* Есть ли такие люди, в присутствии которых проблема проявляется в минимальной степени или вообще не обнаруживает себя?

- *Какие бывают исключения из правил, связанных с появлением проблемы?* Редко бывает так, что проблема преследует человека все время, поэтому надо найти ситуации, тормозящие возникновение проблемы. Надо помочь клиенту найти такие исключения в прошлом, научить его замечать эти исключения и стремиться чаще их создавать, пока исключение не станет правилом.

- *Чем мешает проблема? Что из-за проблемы клиенту приходится делать иначе?* Каким образом проблема нарушает обычную активность клиента или мешает ему в каких-то действиях? Иногда чтобы прояснить этот вопрос полезно спросить: «Как выглядело бы Ваше конкретное поведение без проблемы?» С. де Шазе (1988), назвал вопросы такого типа «чудодейственными», поскольку они дают клиентам возможность говорить о проблеме в категориях ее решения.

- *Какие из типов проблемного поведения проявляются во время сессии?* Проблемное поведение почти всегда наблюдается во время семейной или супружеской терапии, но иногда и в ходе сеансов индивидуальной психотерапии. Например, клиент жалуется, что его не воспринимают коллеги по работе. При этом он говорит очень громко, постоянно озираясь по сторонам, но, избегая глядеть в глаза. На следующей сессии психотерапевт предложил ему говорить с коллегами тише и стараться удерживать зрительный контакт и посмотреть, как это отразится на его отношениях с коллегами. Клиент был весьма доволен полученным результатом.

- *Как клиент объясняет проблему и в каких категориях?* У людей обычно существует определенная концепция на тему трудностей и проблем, возникающих в их жизни. Сами эти объяснения, создающие рамки и ограничения, могут являться частью проблемы, и их определение помогает в дальнейшей работе. Что, по мнению клиента, является причиной проблемы? Есть ли, по его мнению, более глубокие трудности, отражением которых является проблема? Каково влияние проблемы на его самооценку, самоощущение или на его будущее? Какие аналогии и метафоры использует клиент, говоря о проблеме? Какие объяснения его проблемы давали значимые для него люди, члены семьи, психотерапевты? Все эти объяснения также могли иметь влияние на позицию и лечение клиента, а также на его способ мышления, когда он задумывался о проблеме. Полезно сориентироваться, какую литературу на эту тему читал клиент.

● *Какие способы решения проблемы использует клиент или предлагают использовать для него люди? Важно знать, что уже было сделано клиентом, что он еще собирается предпринять, что делалось другими важными в его жизни людьми (включая предыдущих психотерапевтов) для решения проблемы. Что они предлагали для ее разрешения?*

● *Какое равновесие поддерживается проблемой? Для чего оно нужно? Какова его функция? Кому или для чего оно выгодно? Кто может потерпеть ущерб при успешном разрешении проблемы? Это вопросы, направленные на поиск вторичной выгоды проблемы или симптома.*

По ходу выяснения проблемы клиента психотерапевту следует переформулировать имеющиеся трудности таким образом, чтобы максимально увеличить его возможности действовать. Этого легче достичь, если пользоваться описанием конкретных действий, вместо того, чтобы навешивать негативные ярлыки. Ибо легче прийти к соглашению с ребёнком, который не хочет убирать свою комнату, чем с несносным, дрянным мальчишкой и неряхой. Легче работать с человеком, который не имеет опыта отношений со сверстниками противоположного пола, чем с человеком с комплексами и низкой самооценкой.

Таким образом, важнейшие задачи второй фазы состоят в том, чтобы определить: 1) зачем клиент обратился; 2) как он сам видит свою проблему; 3) видит ли он возможности для ее разрешения и в чем они заключаются.

**3. Согласование целей терапии.** Определение целей психотерапии несет двойную функцию: с одной стороны, ориентирует психотерапию на достижение конкретных результатов, обеспечивает возможность контроля проводимой работы; с другой стороны, формулирование вместе с клиентом конкретных целей является для него скрытым позитивным внушением, повышает уровень сотрудничества, усиливает веру клиента в положительный исход терапии.

*Цель* должна быть четко сформулирована в позитивных категориях. Для этого часто приходится *переформулировать запрос клиента*: 1) переместить фокус внимания с проблемы на решение; 2) заменить формулировку проблемы с пассивной на активную; 3) конкретизировать понятия, заложенные в формулировку решения задачи.

Важно убедиться, что выбранная цель – это действительно то, что человек хочет (лишь после этого можно приступать к выработке конкретных шагов для её достижения). Для этого клиенту необходимо ответить на следующие вопросы:

- Чего Вы хотите?
- Что Вам для этого надо?
- Как Вы узнаете, что достигли желаемого?

- Как Вы будете себя чувствовать, когда достигнете цели?
- Как Вы представляете себе: 1) картинку цели; 2) эмоциональное состояние, когда цель будет достигнута; 3) своё физическое состояние по достижению цели?
- Что изменится в Вашей жизни (окружение, уклад жизни, отношения и т. п.), когда Вы достигнете цели?
- Что изменится в Вас, когда Вы достигнете цели?
- Негативная сторона есть у всего; какие негативные моменты возможны на пути движения к цели, какие могут быть отрицательные последствия её достижения?
- Готовы ли Вы принять возможные негативные стороны достижения цели?
- Устраивает ли Вас то, что получается в результате такого анализа цели?
- Что будет через 1 год после достижения цели (через 3 года, 5 лет)?

Отметим, что ответ на вопрос: «Как Вы узнаете, что достигли цели?» – имеет принципиальное значение. Он помогает в точном установлении цели, ибо если человек не знает, куда идет, то он вряд ли придет туда, куда хочет. Поэтому психотерапевт должен прояснить для себя представления или идеи клиента о решении проблемы. Иногда вопрос о будущем клиента может помочь ему лучше разобраться в сущности проблемы и оптимальных способах ее разрешения. Для психотерапевта это – способ наиболее ясно понять чего же хочет клиент. Цели и воззрения клиента выполняют роль компаса, который указывает путь к изменениям наиболее желательным для него.

В тех случаях, когда клиент вербально или невербально демонстрирует своё раздражение в связи с попытками сфокусировать его на достижении цели, психотерапевту следует модифицировать свое поведение, перейдя к тому, что кажется клиенту более важным, либо попытаться объяснить ему зачем это делается. Например: «Сначала важно определить, куда мы должны двигаться, потому что тогда гораздо легче понять, что может нам помочь в этом движении. Поэтому если можете, то ответьте, пожалуйста, что в Вашей жизни изменится, что произойдет, если терапия даст позитивный результат? Как узнают другие, что Вы изменились? Как Вы сами это узнаете?» Рекомендуются склонить клиента к формулировке своих целей в ясных категориях. Он должен уметь представить себе цель, как если бы ее можно было слышать и наблюдать на видеозаписи. Например, если человек жалуется на стеснительность, пусть опишет как выглядит его стеснительность? Смотрит ли он в землю в присутствии других? Краснеет? Не знает, куда деть руки? Запинается в ответах на вопросы, которые ему задают? Сидит одиноко на вечеринках? Вообще избегает скопления малознакомых людей? Затем эти

описания используют для того, чтобы мотивировать клиента к изменениям, предварительно получив столь же подробное описание, как он будет себя вести, когда перестанет быть стеснительным. Иногда, чтобы помочь клиенту в определении цели, можно задавать вопросы с возможностью выбрать один из готовых ответов. Считаете ли Вы, что первыми признаками улучшения может быть то, что Вы сможете смотреть в глаза собеседнику, будете отвечать более уверенно, без запинок, будете вести себя более непринужденно? Спрашивая о целях, важно одновременно создать ожидание позитивных перемен, причем слова психотерапевта являются отражением этих ожиданий. Говоря о целях терапии, следует использовать слова: *будете, когда, еще*. Например: «Значит, тогда Вы будете чувствовать себя лучше, сможете избавиться от угнетенного состояния, будете раньше вставать, завтракать с аппетитом, начнёте больше времени проводить с друзьями». «Так Вы еще пока не договорились о встрече ни с одной женщиной, а хотели бы это сделать?» Следует подчеркнуть еще один важный момент: чтобы над целью можно было работать, она должна быть принята и клиентом, и психотерапевтом. Часто постановка цели – это достижение некоего консенсуса между ними по поводу ее важности и достижимости.

Итак, прояснение цели клиента – ключевой момент КСП. Необходимо определить, что клиент хочет получить в своей жизни вместо не удовлетворяющей его проблемной ситуации, то есть психотерапевту надо прежде всего выяснить: 1) каким он хочет стать; 2) чего он хочет добиться; 3) что произойдет, когда желаемый результат будет достигнут. Только после того, как клиент осознает, что выбранная цель его действительно устраивает, начинается выработка конкретных шагов по ее реализации.

**4. Определение перцептивно-реактивной системы, поддерживающей проблему.** Психотерапевт должен внимательно изучить проблемную ситуацию, чтобы выяснить, на каких точках опоры она держится. Какой из поддерживающих ее факторов может быть избран для терапевтического вмешательства, чтобы с наибольшей вероятностью достичь успеха? Клиническая практика показывает, что часто проблема поддерживается предпринимаемыми попытками решить ее одним и тем же неподходящим способом. В дальнейшем неэффективный тип решения проблемы обобщается и переносится на другие ситуации, которые также становятся проблемными. Поэтому, чтобы вызвать быстрое изменение, воздействуют на дисфункциональные попытки решения, предпринятые пациентом для борьбы с собственной проблемой. С этой целью психотерапевт должен понять, какой основной способ решения проблемы упорно и безрезультатно использует пациент. Кроме того, следует изучить его представления и убеждения (конструкты), касающиеся проблемы, а также социальные взаимодействия,

которые также могут отрицательно влиять на попытки разрешения проблемной ситуации. В каждом конкретном случае следует правильно оценить, что будет наиболее эффективно – привести изменения в дисфункциональную перцептивно-реактивную систему отдельного субъекта через непосредственное воздействие на нее или через цепную реакцию изменений во всей системе межличностных отношений субъекта. Необходимо установить, какая из трех категорий отношений – с самим собой, с другими людьми или с окружающим миром – должна явиться первоочередным объектом психотерапии. На этой основе выбирают один из трех основных типов терапевтического вмешательства: индивидуальное, не прямое системное или прямое системное. Считается, что если психотерапевт корректно провёл все предыдущие фазы КСП, то он сможет найти эффективные рычаги для изменений и разработать для них специальные стратегии.

### **5. Разработка терапевтической программы и стратегии изменения.**

Фундаментальная предпосылка стратегического подхода состоит в том, что терапия должна приспособливаться к пациенту, а не пациент к терапии. В КСП наиболее продуктивной считается тактика внесения небольших изменений, чтобы у клиента не возникало ощущение чрезмерности предъявляемых требований и страха перед нехваткой личных ресурсов для их выполнения, что порождает сопротивление. При этом учитывают, что согласно принятым в теории систем законам, даже небольшие изменения в системе приводят к нарушению равновесия всей системы и к модификации внутри неё. Также считается, что эффективность терапии в значительной степени зависит от личного влияния психотерапевта, его способности подтолкнуть клиента (иногда даже против его желания) к интенсивному терапевтическому сотрудничеству. Чтобы склонять людей к необходимым изменениям, специалист должен научиться использовать «предписывающий язык» – ту особую форму терапевтического общения, которой в совершенстве владел Эриксон и которую можно назвать гипнозом без гипноза. Стратегии вмешательства в КСП делятся на две большие категории (Дж. Нардонэ, П. Вацлавик, 2005): действия и терапевтическое общение; предписание поведения.

#### **Действия и терапевтическое общение**

*а) изучить язык пациента и говорить на нем.* Р.Бендлер и Д. Гриндер (1976), изучившие эту стратегию общения на примере терапевтического поведения Эриксона, назвали ее *техникой копирования*. Ещё Аристотель утверждал: «Если хочешь убедить собеседника – делай это с помощью его собственных аргументов». В экспериментальной психологии давно известна предрасположенность людей подвергаться влиянию и испытывать влечение к тому, что им кажется знакомым или подобным им самим. Поэтому



стратегический психотерапевт должен хорошо присоединяться к поведению и особенностям речи своих пациентов. Естественно нелегко убедить людей отбросить старые способы и воспользоваться чем-то совершенно новым. Не только потому, что старые решения подсказывают им разум, логика, традиции или здравый смысл, но также и потому, что эти решения связаны с сильными эмоциями, вызванными проблемой. Но всё-таки, если люди чувствуют, что их внимательно слушают, говорят с ними на одном языке, понимают и уважают их взгляды, это, в конце концов, склоняет их к попыткам изменить неэффективное поведение или по другому взглянуть на проблему.

**б) реструктурирование** – изменение восприятия проблемы. Основные варианты реструктурирования: *переформулирование (рефрейминг)*, *смена ярлыка (релейбинг)* и *дефрейминг*. Есть реальные факты, а есть значения – т. е. интерпретации этих фактов. Поведение и эмоции – отражение не вещей и фактов, а значений им приписываемых. Именно конструкты (ценности, убеждения) придают тот или иной смысл опыту и обуславливают эмоциональные и поведенческие реакции на этот опыт. Эти конструкты (ценностные рамки) и являются предметом терапии. Если предлагается альтернативная система ценностей или значений ситуации, иной взгляд – это *рефрейминг*. Видение реальности определяется той точкой зрения, с которой субъект её наблюдает. Если изменить точку наблюдения, изменится и сама реальность. Поэтому рефрейминг – необходимая и наиболее важная составляющая процесса изменений. Клиенты видят свою ситуацию сквозь призму ценностей, к которым привыкли, в рамках, скрывающих альтернативные возможности. Чем сильнее мы всматриваемся в реальность сквозь синие стекла очков, тем более синей она нам кажется. Иногда, забывая, что у нас на носу очки, мы перестаем сомневаться в правильности получаемой информации, нам необходим кто-нибудь, кто может одолжить нам очки со стеклами другого цвета. Нам всем известны ситуации, когда, размышляя о собственных проблемах, мы постепенно погружаемся в глубокое состояние подавленности. Факт, что психотерапевт предлагает новый способ взглянуть на проблему (т. е. фактически предлагает надеть очки с другим цветом стекол), не означает, что он делает из клиента и его семьи безоружный объект манипуляции. Клиенты (как, впрочем, и все мы) демонстрируют значительную привязанность к своему индивидуальному пониманию правды. И хотя не существует некой одной абсолютной «истины», это вовсе не означает игнорирование «субъективной правды» других людей. Полезность той «правды», которая предлагается клиенту в ходе рефрейминга и дает иную систему отсчета, зависит главным образом от того, как ее видит сам клиент, насколько она отвечает его интересам и представлениям о желательных изменениях.

Приведем следующий пример. Молодая мать, одинокая и покинутая мужчиной, которого она любила, еще в период беременности, привела своего девятилетнего сына к психотерапевту. Она жаловалась, что, как только она приглашает домой какого-нибудь знакомого мужчину, ее сын начинает вести себя грубо: он ругается, становится агрессивным по отношению к гостю и не хочет оставить их одних. Женщина стала опасаться всяческих посещений. Интерпретация терапевта: «плохое» поведение сына являлось попыткой помочь матери двумя способами: охраняя ее от чрезмерного увлечения, а также давая ей возможность разгрузить напряжение и страх посредством агрессии, направленной на сына. Только действительно влюбленные мужчины могли терпеть такое поведение мальчика. Психотерапевт сердечно поблагодарил мальчика за заботу о матери и порекомендовал опекать ее дальше. Уже на следующей сессии мать сообщила о заметном улучшении в поведении сына. Много месяцев спустя, во время «проверочной» встречи, мать подтвердила улучшение. Теперь она чувствовала себя значительно свободнее и уже не опасалась приглашать своих знакомых к себе. Ее сын даже подружился с одним из них.

Важно, чтобы новая система ценностей в достаточной степени соответствовала опыту семьи, пары или личности, несмотря на то, что этот опыт преподносится по-иному. Необходимо также помнить, что рефрейминг иногда действует лишь в искусственной ситуации терапевтической сессии и подводит при первом же контакте с реальностью. Полезно придерживаться принципа: рефрейминг не привел к позитивному результату, пока пациент не начал согласно ему действовать вне терапевтической ситуации.

*Смена ярлыка (релейбинг)* – позволяет изменить феноменологическую перспективу. Новое название может внушать, что симптом имеет определённый смысл и является инструментом позитивных изменений: недружелюбие – продуманный подбор знакомых, черствость – защита себя от обид и разочарований, нерешительность – исследование всех возможностей, импульсивность – способность вести себя спонтанно. Все эти ярлыки несут в себе позитивные аспекты и отчасти являются правдивыми. Их цель – открыть пациенту новые возможности путем введения противоречий, обладающих большой силой воздействия. Например, мужчина, за которым закрепилась репутация плейбоя, в первую брачную ночь потерпел фиаско. Новобрачная была страшно разочарована и чувствовала себя отвергнутой. Эриксон прикрепил импотенции ярлык комплимента. Согласно его трактовке, красота и сексуальность молодой жены произвели на мужа столь сильное впечатление, что он начал опасаться, что не сможет справиться с ситуацией, что фактически и произошло. Таким образом, пациенту предлагается альтернативный взгляд на проблемную ситуацию, которая предстает в ином, более оптимистичном

свете, что и создаёт предпосылки для улучшения сексуального взаимодействия в дальнейшем.

В КСП при реструктурировании часто терапевт вообще не предлагает успокаивающих объяснений или уверенных интерпретаций, напротив, он пользуется тонким оружием сомнения. Если специалист так или иначе усомнится в значении, которое клиент придаёт ситуации, не предлагая альтернативы – это *дефрейминг*. Бразильский исследователь Да Коста утверждает, что для того, чтобы изменить мнение человека, гораздо эффективнее внести сомнение в его логику, чем доказать в абсолютно логичной, рациональной манере неточность или нефункциональный характер его идей и поведения. Сомнение, как древесный червь, однажды внедрившись, работает само по себе и постепенно растёт, буквально «пожирая» пространство, занимаемое предыдущими логиками. Сомнение мобилизует энтропию системы, вызывает медленную, но разрушительную цепную реакцию, которая может привести к изменению всей системы.

**в) избегание негативных лингвистических форм.** В клинической практике было обнаружено, что использование негативных утверждений в отношении поведения или идей пациента, имеют тенденцию вызывать у него чувство вины, напряжения, способствуют повышению ригидности и сопротивления. Если вместо критики и отрицания действий пациента (пусть даже ошибочных), похвалить его, а затем корректно переопределить произошедшее и дать предписание к изменению поведения – ожидаемый результат будет достигнут с гораздо большей вероятностью. Этот прием хорошо знаком продавцам-профессионалам, которые следуют правилу никогда не перечить клиенту (чтобы тот постоянно чувствовал свою правоту), но при этом умело меняют вектор его поведения и отношения к потенциальной покупке, результатом чего часто является приобретение субъектом товара, который он ранее не планировал приобрести.

**г) поиск исключений.** Всегда существуют поведение, мысли, чувства, связанные с проблемой, отличные от того, что обычно пациент представляет и делает проблемным образом. Случаются ситуации, в которых трудный подросток бывает послушным, депрессивный человек чувствует себя не таким угнетенным, как обычно, а застенчивый человек в состоянии войти в контакт. Эти исключения обычно связаны с изменениями в поведении, мышлении, чувствах и интеракциях, иногда спонтанно возникающими в проблемных ситуациях. Поиск исключений – важная составляющая работы. Этот подход помогает клиентам заметить и оценить то, что они делают, и что можно использовать для решения проблемы. При обсуждении исключений ключевой вопрос: «Как вам это удалось?». Это помогает подчеркнуть успех и понять, что к нему привело.

д) *техника волшебного вопроса* (стимулирует поиск адекватного решения): «Предположим, ночью случилось чудо, и проблемы больше нет. Как бы Вы узнали об этом? Что заметила бы Ваша супруга, окружающие люди? Когда наступят желательные изменения, как это будет выглядеть?» Клиентам (супружеским парам, семьям) предлагают представить себе, настолько точно, насколько это возможно, возникающие различия. Часто их просят вообразить, что конкретно можно было бы увидеть и услышать, если бы кто-то снял видеофильм об этом. Очень важно, чтобы психотерапевт настоял на ясных и подробных описаниях. Считается, что сам акт конструирования образа достижения (решения проблемы) действует как катализатор изменений, приводящих к решению. Клиентам предлагают подробно описать отличия в их собственном поведении и самочувствии. Полезно остановиться на тех изменениях, которые смогут заметить в них другие – супруг, дети, друзья, коллеги по работе: «Как Вы будете себя вести, чтобы люди заметили, что проблемы больше не существует?», «Если бы Вы пошли с супругой в ресторан, по каким внешним признакам окружающие смогли бы определить, что Ваши отношения нормализовались?».

Другим способом сконцентрировать внимание клиента на будущем является вопрос: «Если бы на следующей неделе Вы рассказали бы мне, что наступили значительные изменения к лучшему, что конкретно это бы означало?». В работе с супружеской парой: «Какие изменения, о которых меня проинформирует ваша жена, произойдут у Вас?». Еще одним способом является вопрос: «Если бы я теперь вынул волшебную палочку и с ее помощью ликвидировал Вашу проблему, что бы произошло, что бы изменилось?» При создании образа будущего, свободного от прежних проблем, психотерапевту следует использовать лингвистические обороты, которые утверждают о неотвратимости изменений. Лучше сказать: «Когда наступят изменения», чем «Если бы изменения наступили». Вопрос «Что еще изменится?» лучше, чем: «Что еще могло бы измениться». Мы спрашиваем «Когда ситуация улучшится...», а не «Если ситуация улучшится...». Когда удается получить ясную и весьма привлекательную картину изменений, становится возможным найти способы привлечь людей к новым образцам поведения и экспериментировать с ними. Например, С. Де Шазе предложил метод, состоящий в том, что супруги, не информируя друг друга, выбирают два дня в течение ближайшей недели, во время которых делают вид, будто чудо уже случилось и проблемы больше нет. Супруги получают задание внимательно наблюдать за реакциями друг друга. Они также должны были угадывать, какие дни для «чуда» выбрал каждый из них, но обсуждать это они имели право лишь на следующей сессии. Одна молодая женщина составила длинный список позитивных изменений, которые имели бы место после

«чуда». Психотерапевт предложил ей ежедневно подбрасывать монету: «Если выпадет решка, Вы должны сделать по крайней мере две вещи из своего списка. Их может быть и больше, но меня интересует две. Когда орел – Вам этого делать не нужно. В этот день Вы свободно решаете, как Вам себя вести». Необходимо помнить, что люди склонны выполнять такие указания только тогда, когда предлагаемые модели поведения совпадают с их собственными представлениями о том, какими они хотели бы стать в результате изменений.

*е) измерительные шкалы.* Эффективным методом привлечения клиента к поиску путей достижения поставленной цели является использование измерительных шкал. Например: «Используя шкалу с делениями от нуля до десяти, где ноль означает самое плохое из возможных положений вещей, а десять — состояние, когда Ваши проблемы полностью решены, отметьте, где Вы находитесь сейчас». Шкала предполагает движение (изменение) по одному из направлений, а не стагнацию (застой). Ожидание изменений встроено в сам процесс задавания вопросов такого типа, поскольку использование шкалы делает более заметными изменения в необходимом или в нежелательном направлении. Такие шкалы можно использовать в работе со многими аспектами жизни клиентов, например, для того, чтобы определить самооценку, степень его уверенности в себе, готовность к работе над желаемыми изменениями, иерархию важности проблем и множество других факторов.

В работе с супружескими парами, особенно когда необходимо повысить мотивацию к изменениям (у одного из них или обоих), используют вопрос, который является своеобразным вступлением в дальнейшую беседу, а кроме того, полезен для более конструктивного взгляда на собственный брак. «Если ноль означает “меня несколько не волнуют эти проблемы”, а десять: “я полон желания сделать что-то для улучшения наших отношений”, то где каждый из Вас отметил бы свое место?»/ Если оба оценивают свою мотивацию достаточно низко можно спросить, что могло бы произойти, если бы на следующей встрече они единогласно сказали, что произошел сдвиг вверх по шкале на один или два пункта. Важно, чтобы психотерапевт, анализируя движения вверх по шкале, был реалистом, не настаивая на немедленных переменах к лучшему, но и не переоценивая чрезмерно оптимистичные высказывания клиента. Зачастую использование шкалы для оценки своего продвижения открывает клиенту совершенно новую перспективу. Шкала может успешно использоваться и для работы с детьми. Существует множество способов творчески представить их чувства: «Этот маленький кружочек показывает, каким застенчивым ты был раньше, а этот большой показывает, каким ты будешь храбрым. Теперь нарисуй мне кружок, который покажет, каким ты был на этой неделе».

**ж) ориентация на будущее** – позитивный взгляд в будущее, который привлекает надежду и является источником вдохновения для поиска решений. В КСП исходят из того, что будущее (также как и прошлое) открыто для реэксплуатации. Поскольку будущее связано с прошлым, люди с тяжелым прошлым часто без надежды смотрят в будущее. Негативное видение будущего в свою очередь ухудшает существующие проблемы, бросая тень пессимизма как на прошлое, так и на настоящее. Напротив, позитивное видение будущего вселяет надежду, которая в свою очередь помогает бороться с трудностями в настоящем и является источником вдохновения для поиска лучших путей решения проблем.

**з) использование сопротивления.** В отличие от принятой в психоанализе интерпретации сопротивления, в КСП его заряд активно используется в терапевтических целях, например, через парадоксальное предписание сопротивления: «Есть хорошие возможности для решения Вашей проблемы, но в связи с нынешними обстоятельствами и Вашими реакциями я думаю, что сейчас Вы не готовы справиться с ней». При этом сила сопротивления изменению направляется на само изменение.

**и) использование метафор, историй и анекдотов.** М. Эриксон считал, что «анalogии и метафоры, как и юмор, могут оказать сильное влияние, активизируя неосознанные ассоциации и реакции, которые неожиданно дают сознанию новые факты или поведенческие реакции». Метафоры позволяют успешно обойти сопротивление пациента психотерапевтическому вмешательству, могут быть использованы для наглядной демонстрации ему того, что, по мнению психотерапевта, существенно. Например, женщина пришла к психотерапевту одна, жалуясь на постоянные колебания настроения, раздражительность и вспыльчивость своего мужа, что сильно осложняло её жизнь. Она не верила в возможность изменить его и с пессимизмом оценивала перспективы брака. В ходе беседы выяснилось, что она занимается дрессировкой лошадей, причем широко известна ее способность работать с самыми трудными экземплярами. Тогда женщине посоветовали отнестись к мужу, как к трудному коню (она сказала, что это скорее мул) и спросили, как в этом случае она будет действовать. Женщина быстро составила длинный список основных правил, которыми обычно пользовалась в своей работе с лошадьми, например, – последовательность, спокойствие, постепенное изменение. С небольшой помощью психотерапевта она смогла перенести эти правила на свою ситуацию с «трудным» мужем, после чего в их отношениях произошли позитивные изменения.

**к) использование парадокса.** Парадокс – тип логической ловушки, в которую попадает вся классическая рациональная логика (например, заявление Эпеминида Критского: «Я лгу», – с предварительным

уведомлением, что все критиняне – лжецы). Парадокс обладает свойством разрушать замкнутые круги и упрямо повторяющиеся неэффективные попытки пациентов решения проблем, поскольку парадокс вызывает кризис существующей у них системы восприятия реальности. Во время сессий используются различные формы парадоксальных действий и коммуникаций. Парадокс – разрушающий элемент в ситуациях ригидности и обсессивности. Пример: «Доктор, во мне развивается болезнь, я скоро умру!» – «Да, Вы действительно тяжело больны, Вы на глазах меняетесь в лице, сейчас Вам станет очень плохо» – «Значит я умру? Но по всем данным обследования у меня ничего не обнаружили. Возможно ли это?» – «Да, это очевидно» (с лёгкой улыбкой) – «Доктор, Вы смеетесь надо мной, но сейчас я уже не чувствую себя так плохо. Неужели это все мои мозги?»

### **Предписания поведения**

Предписания поведения между сессиями играют фундаментальную роль в стратегической терапии. Чтобы что-то изменить, нужно пройти через конкретный опыт, а предписания предоставляют возможность получить конкретный опыт изменения вне терапевтического сеанса. Факт, что пациент может активно действовать без непосредственного присутствия терапевта и в рамках своей повседневной деятельности, является для него лучшей демонстрацией собственных способностей изменить проблемную ситуацию к лучшему.

Схематично все предписания можно разделить на три группы: а) прямые; б) непрямые; в) парадоксальные.

**Прямые предписания** – прямые и ясные указания по выполнению пациентом действий, направленных на решение проблемы или достижение одной из последовательных целей изменения. Полезны, когда пациент расположен к сотрудничеству и незначительно сопротивляется изменениям. Ему достаточно предписать, как следует вести себя в проблемной ситуации, чтобы отключить механизмы, поддерживающие существование проблемы.

**Рекомендации** – задания поэкспериментировать с новыми вариантами поведения. Известно, что человеку легче выполнить рекомендацию небольшого изменения, чем согласиться сделать нечто значительное. Однако, совершая этот маленький шаг, человек внутренне готовится к принятию больших изменений. В большинстве случаев люди, которых просили произвести некое большое действие абсурдное для них настолько, чтобы сразу вызвать отказ, после этого принимают меньшие просьбы, которые кажутся им более логичными. Без первой просьбы вторая была бы отброшена. Например, женщина, страдающая агорафобией, напуганная предложением психотерапевта пройти вместе с ним через весь город к торговому центру, с облегчением принимает альтернативное предложение выпить кофе в кафе

поблизости и совершает свой первый за многие месяцы выход из дома. Можно также создать иллюзию выбора одного из двух предложений, каждое из которых в отдельности, вероятно, было бы встречено отказом. Создается ситуация, где отказ от одного из них требует принятия другого. В случае женщины с агарофобией, предложения могли бы быть сформулированы через вопрос: «Не хотели бы Вы пройтись со мной к торговому центру и поделиться своими ощущениями, или вам лучше начать самой с короткой прогулки в кафе за углом?»

**Задание первой сессии.** С. де Шазе и Р. Молнар (1984) предложили задание, которое даётся клиенту, семье или паре вне зависимости от проблемы уже при первой встрече: «Я хочу, чтобы до следующей встречи вы определили, что в Вашей жизни (браке, семье) есть хорошее, что Вы хотели бы оставить». Было обнаружено, что само выполнение этого задания порождает позитивные изменения. Они также предложили дополнения к заданию первой сессии:

- конкретное задание клиенту (например, записывать определенные события, связанные с периодами, в которых проблемное поведение уменьшается или исчезает).

- просьба к клиенту увеличить количество удовлетворяющих его типов поведения (отличного от проблемного);

- предложение обратить внимание, что делает клиент, когда ему удается справиться с импульсом к демонстрации симптома или нежелательного поведения;

- задание до следующей встречи сделать в проблемной ситуации что-нибудь другое, нежели обычно, и во время следующей сессии рассказать, что в связи с этим изменилось;

- предложение предлагают предугадать сколько раз в промежутке между психотерапевтическими сессиями клиент поведет себя иначе по отношению к своей проблеме;

- предложение клиенту найти собственное объяснение того, почему сложная, проблематичная ситуация не стала для него ещё хуже, чем раньше.

Психотерапевт выбирает одно-два дополнения из приведенного перечня. Важнейшим элементом подобных заданий является сосредоточение внимания пациента на том, что эффективно, что помогает ему, а не на области патологии.

**Интервенции, направленные на изменение схемы привычных действий, связанных с проблемой (интервенции в шаблон).** Терапевтические усилия направлены на изменение схемы действий, связанных с той или иной проблемой. Вопросы о том, каким образом возникают эти схемы, какую исполняют функцию и какое имеют значение, не существенны с



точки зрения основной цели: распознать схемы мышления и поведения, связанные с проблемой, и помочь клиенту их изменить. Определенные автоматические схемы (шаблоны) поведения составляют необходимый и желательный элемент нормальной жизни. Они помогают упорядочить опыт и поведение, а также позволяют увеличить эффективность действий. Для целей терапии необходимо изменение лишь тех шаблонов, которые сопутствуют нежелательному опыту и поведению.

Интервенция в шаблон (стереотип) означает замену одного элемента поведенческого стереотипа другим, внешним по отношению к навыку, исключение одного из элементов шаблона либо добавление к нему новых элементов. Клиенты часто не осознают своих стереотипов, они говорят: «Нет никакой конкретной схемы» или «Это могло произойти при любых условиях», но дотошное интервью всегда откроет определенный шаблон с четкими границами. После сбора конкретной информации о стереотипе и области его действия терапевт (совместно с клиентом) ищет средства, которые помогут его изменить. Зачастую самым легким и непосредственным способом вмешательства в систему является прямое предложение клиенту внести небольшое изменение в проявления проблемного поведения. Так, Эриксон советовал человеку, вынужденному часто мыть руки, поменять сорт мыла. Заядлого курильщика он просил хранить сигареты на чердаке, а спички в подвале. Девочку, у которой была привычка сосать палец, он проинструктировал делать это каждый день обязательно в определенное время. Одной супружеской паре, ведущей спор о том, кто должен вести машину после приемов (на которых оба немного выпивали), он посоветовал, чтобы один из них доезжал до середины пути, а дальше вел машину другой. Изменение поведенческого шаблона или стереотипа, связанного с проблемой, изменяет окружающий ее контекст, и зачастую сама проблема в этом случае исчезает (неожиданно или постепенно).

#### ***Основные способы интервенций в стереотип (по В. О'Хэнлону, 1987)***

1. Изменение частоты возникновения симптома/ нежелательного поведенческого стереотипа.
2. Изменение продолжительности течения (увеличение или уменьшение) симптома/стереотипа.
3. Изменение времени возникновения (часы, дни или недели) симптома/стереотипа.
4. Изменение местоположения (в теле, в окружающем пространстве) симптома/стереотипа.
5. Изменение интенсивности симптома/стереотипа.
6. Изменение отдельных качеств или обстоятельств возникновения симптома/стереотипа.

7. Создание укороченного пути в последовательности (например, переход от первой фазы последовательности сразу к последней).

8. Изменение последовательности (всего порядка событий), сопутствующих симптому.

9. Разрыв или остановка последовательности нежелательного поведенческого стереотипа.

10. Деление какого-либо элемента стереотипа на более мелкие части.

11. Добавление или изъятие по крайней мере одного элемента последовательности.

12. Вызов симптома без прежнего поведенческого стереотипа.

13. Вызов стереотипа без симптома.

14. Изменение схемы развития стереотипа на обратную.

15. Установление связи появления симптома-стереотипа с другим, крайне нежелательным стереотипом обычно избегаемого поведения («задание, зависимое от симптома» или терапия трудным испытанием).

Приведём несколько примеров. Женщину, страдающую булимией, у которой самый длительный период обжорства составлял около часа, порекомендовали увеличить этот период до двух часов. Другой женщине, борющейся с собственным пьянством, разрешили выпивать, сколько ей хочется, поскольку она определенно еще не вышла из трудного периода в своей жизни. Но до того, как налить себе рюмку, она должна была перед большим зеркалом снять свою одежду и надеть ее задом наперед (за исключением обуви, конечно). Потом опять снять и одеть правильно. После чего она могла спокойно выпить рюмку спиртного. Если ей захочется выпить еще рюмку, необходимо будет повторить и всю эту процедуру. То же и для третьей рюмки. Она забавлялась этой «игрой» некоторое время, пока не научилась контролировать свое пристрастие к алкоголю. Супружеская пара, которая постоянно ссорилась, получила указание при возникновении очередного конфликта идти в ванную комнату, где муж должен был раздеться и лечь в ванну, а одетая жена садилась на унитаз, после чего ссору можно было продолжать.

Могут использоваться метафорические задания. Например, мать и дочь постоянно ссорились, а отец пытался их примирить. Они получили домашнее задание отправиться в одинокое место, где мать и дочь в абсолютном молчании проведут бой на водяных пистолетах. Запасом воды распоряжается отец, он же решает, кто выиграет очередной раунд. Дорогу домой также было необходимо провести в молчании. Поскольку это задание вызвало взрывы смеха, споры стали стихать и уменьшаться, пока не перестали быть семейной проблемой. Но, по словам С. де Шазе (1982), «семья примет такое абсурдное задание только тогда, когда оно является метафорой существующего шаблона

и старательно обдуманно так, чтобы оно подходило к уникальному стилю, которым живет семья. Любые признаки, говорящие о том, что задание не принимается семьей, указывает на то, что терапевт не угадал этот уникальный стиль и что необходимо отказаться от такого вмешательства».

Проводя интервенции, связанные с терапевтическими заданиями, психотерапевту важно понять, как клиенты реагируют на необходимость их выполнения. Реализуют ли они их, модифицируют, восстают против них, игнорируют или забывают? Психотерапевт должен принимать во внимание эту информацию, чтобы планировать следующие шаги. Если клиент игнорирует задания или забывает их выполнять, необходимо точно проанализировать ситуацию. Возможно, он ошибочно оценил область желаемых изменений? Может быть у клиента или семьи есть лучшая идея, которая им более подходит? Считается, что если не удастся подтолкнуть клиента выполнить определенное домашнее задание – это скорее результат неверного расчета со стороны терапевта, чем сопротивления и нежелания клиента.

Одно из важнейших положений КСП гласит: «Проблемы появляются, воспринимаются, удерживаются и даже усугубляются благодаря тем же способам, которые использует человек для преодоления других жизненных трудностей». Люди принимают решения, которые могут оказаться неэффективными в данном конкретном случае, пользуясь логикой, традициями или пресловутым «здравым смыслом». Возникает замкнутый круг, когда изначально неверные решения лишь поддерживают существующие проблемы, приводя к их фиксации и усугублению. Подобная ситуация может произойти и в терапии, когда один и тот же постоянно используемый подход ведет к усилению проблемы клиента. Когда терапия заходит в тупик, специалисту необходимо присмотреться к своему лечебному подходу, который может быть верным в принципе, но не работать в данном конкретном случае, становясь частью проблемы

**Непрямые предписания.** Предписывается сделать что-то с целью произвести эффект, отличный от того, о котором сообщают пациенту (аналогией являются трюки иллюзиониста). Используется *гипнотическая техника сдвига симптома*. Например, пациенту с фобией при её возникновении предписывается детально записывать свои ощущения и мысли в тот момент, чтобы потом принести свои записи психотерапевту. Задание обычно вызывает тревогу и чувство неловкости, в силу чего оно толком не выполняется, порождая чувство вины. Однако пациенты с удивлением отмечают уменьшение симптомов фобии. Происходит смещение внимания с симптома на «неудобное» задание, что частично нейтрализует проявления симптома посредством «доброкачественного обмана». Непрямые предписания

играют важную роль в начале лечения, поскольку позволяют обходить сопротивление изменениям и способствуют быстрой ломке ригидных дисфункциональных реакций и действий пациента.

**Парадоксальные предписания.** Парадокс определяют как несоответствие, возникающее из верных предпосылок. В терапии он охватывает ясное сообщение, направленное клиенту, которое так или иначе представлено в рамках другого, выраженного прямо или косвенно относительно противоположного сообщения. Это приводит пациента к дилемме: принять одно из них означает необходимость отбросить второе. Классический пример – парадоксальный приказ «Будь спонтанным!», где требование спонтанности содержится в рамочном сообщении, требующем послушания.

Гипноз – один из источников парадоксальной терапии, поскольку предполагает использование различных парадоксальных процедур (рефрейминга, одобрения сопротивления, помещения пациента в ситуацию двойной связи). Гипнотерапевт передает пациенту парадоксальный приказ: «Делай то, что я тебе велю, и при этом веди себя спонтанно!», что приводит к замешательству и депотенциализации сознательных процессов. М. Эриксон и Э. Росси (1978) выделяют несколько типов двойных связей: 1) выбор без выбора: «Ты хочешь войти в транс сейчас или немного позже?»; 2) сложный тип двойной связи, когда рекомендации даются сознанию, но на самом деле вызывают изменения на бессознательном уровне: «Если твое бессознательное хочет войти в транс, то вверх поднимется твоя правая рука, в противном случае – вверх поднимется левая рука»; 3) двойная связка, связанная со временем: «Ты хотел бы избавиться от своей привычки уже на этой неделе или на будущей? А может я тороплю события, и ты хотел бы отвести на это больше времени, скажем, недели три-четыре?»; 4) обратная двойная связка (категорический запрет пациенту откровенничать, что часто позволяет выявить скрываемый им материал); 5) двойная связка абсурда: «Ты бы хотел искупаться перед тем, как лечь в постель, или предпочёл бы надеть пижаму в ванной?».

Использование парадоксальных психотехник исходит из следующих предположений: 1) симптом является «другом», т. е. необходимо видеть позитивные функции симптома (забота, охрана, стабильность); 2) психотерапевт должен относиться к симптому как к орудию изменений; 3) терапевт должен понять, почему используемая пациентом система координат не позволяет решить проблему.

Чтобы парадоксальные предписания выполнялись и были эффективными, их нужно тщательно разрабатывать и представлять пациенту, используя гипнотический, внушающий язык. Наиболее подходящими

кандидатами для парадоксальных предписаний являются «терапевтоеды» и «терапиоманы». Парадоксальные интервенции наиболее пригодны в случае выраженного сопротивления и при хронических проблемах. Для оценки сопротивления психотерапевт даёт домашние задания. Если пациент неоднократно забывает их выполнять, протестует, изменяет или деформирует их содержание, то это означает, что данное лицо оказывает сопротивление и, вероятно, требует к себе парадоксального подхода. Парадоксальные приёмы противопоказаны субъектам, которые не проявляют активного участия в терапии, социопатам, лицам с деструктивным поведением и склонностью к самоубийству, а также в кризисных и нестабильных ситуациях (смерть близкого человека, потеря работы). Они не могут применяться как способ наказания «упрямого» пациента или как демонстрация могущества психотерапевта.

При использовании парадоксальных техник проводят различие между *рекомендациями, основанными на пассивности*, в которых требуется удержать или усилить симптом, ожидая, что пациент будет сотрудничать с терапевтом, и *рекомендациями, опирающимися на сопротивление клиента*, когда ожидается, что он явно или скрыто будет саботировать рекомендации терапевта.

Эффективность первого подхода состоит в том, что пациент, пытаясь выполнить совет, приходит к выводу, что не может этого сделать, либо начинает испытывать отвращение к симптоматическому поведению. Во втором случае сопротивление пациента или его бунт относительно полученных рекомендаций ведут к снижению или исчезновению симптомов. Для определения наиболее подходящего типа парадоксальных рекомендаций учитывают два параметра: 1) *уровень оппозиции*, который характеризует отношение пациента к терапии и 2) *восприятие клиентом симптомов, как находящихся в области сознательного контроля, так и вне его* (М. Рорбаух и соавт., 1977). Считают, что: 1) рекомендации, основанные на пассивности, необходимо использовать там, где уровень оппозиции относительно низкий; 2) высокий уровень оппозиции и восприятие симптомов, как поддающихся контролю, предполагает рекомендации, основанные на сопротивлении; 3) если уровень оппозиции низкий, а симптомы воспринимаются как контролируемые, нет нужды использовать парадоксальные техники; 4) высокий уровень оппозиции и симптомов, которые воспринимаются как неподвластные контролю, является самой сложной комбинацией, если не удастся хотя бы в какой-то степени склонить пациента к сотрудничеству.

Парадоксы, базирующиеся на подчинении, приводят к изменениям, когда пациент пытается выполнить парадоксальное требование. Механизм действия стратегии такого типа двоякий. Либо пациент приходит к выводу,

что реализация задания невозможна, либо выполнение директивы связано для него с неприятной, мучительной ситуацией (Х. Теннен, 1977). Предположим, что пациент получает указание разыграть симптоматическое поведение. Директивы подобного рода эффективны при лечении навязчивых мыслей, страхов и иных симптомов, с которыми субъект активно борется. Но осознанное воспроизведение симптома ведёт к тому, что он лишается спонтанности и неконтролируемости.

В случае стратегий, базирующихся на сопротивлении, терапевт предполагает, что пациент взбунтуется против парадоксальной директивы. Специалист желает, чтобы пациент не выполнил задания, поэтому, когда он говорит, что дело обязательно дойдёт до проблемной ситуации, то, таким образом, помогает пациенту предотвратить нежелательное событие. Например, супружеская пара, которая часто ссорится, получает указание делать это ещё чаще. Им предлагают следующее обоснование: 1) даже если они очень постараются, то всё равно не смогут избежать ссор; 2) они слишком любят ссориться, чтобы отказаться от этого; 3) они признанные мастера в искусстве ссор и не должны скрывать свой талант; 4) ссоры являются для них выражением любви, окрашенной в садо-мазохистские тона и т. д. Следует выбрать такое обоснование, которое просто невозможно принять, что служит для пациентов мотивацией к протесту и борьбе с терапевтом. Другая стратегия такого рода – рекомендация очень медленного темпа изменений. Примером *техники воздержания от изменений* является сообщение супругам о том, что они ещё не совсем готовы полностью отказаться от ссор и поэтому в течение будущей недели им следует «организовать», по крайней мере, три ссоры. Цель интервенции, базирующейся на сопротивлении – спровоцировать пациентов на борьбу с психотерапевтом, а не друг с другом.

Задание обычно назначают в самом конце сеанса, чтобы пациент не имел возможности комментировать парадоксальный приказ, который ставит его в ситуацию двойной связки, чем может свести интервенцию на нет. Задание даётся в доступной форме, причем важно убедиться в том, что директива правильно понята. Часто необходимо предоставить пациенту некое обоснование для выполнения директивы. Вид обоснования зависит от того, действительно ли психотерапевт хочет, чтобы пациент выполнил задание или же настоящая цель – вызвать его сопротивление. Если необходимо, чтобы задание было выполнено, например, пациент сознательно воспроизвел симптоматическое поведение, можно подчеркнуть, что у симптома можно многому научиться и узнать о себе кое-что новое. Для усиления сопротивления лучше обратиться к его пессимизму: «Подозреваю, что Вы не сможете...». Специалист должен подробно записать содержание своей рекомендации и на очередном сеансе попросить пациента дать отчет о ходе

выполнения задания. Если задание не вызвало ожидаемых изменений, ответственность за неудачу ложится на психотерапевта. Он не в праве обвинять пациента.

### ***Принципы парадоксальной интервенции***

1. Использование симптома в качестве союзника, причем он должен получить позитивный ярлык.

2. Следует установить связь между симптомом и другими членами системы (часто это позволяет приписать симптому позитивную функцию, например, по стабилизации семьи).

3. Следует повернуть вектор симптома (в индивидуальной терапии это означает, что пациент должен сознательно разыграть симптом, что позволяет личности обрести над ним контроль).

4. Парадоксальную интервенцию следует повторять в течение всего терапевтического процесса, чтобы не допустить рецидива. Используют один или несколько парадоксальных методов, причём наиболее эффективна следующая последовательность интервенций: *переформулирование – предписание симптома – предвидение рецидива – предписание рецидива*.

5. Парадоксальная интервенция должна принуждать пациента к тому, чтобы он в той или иной форме выполнял задание. Например, ему рекомендуют демонстрировать симптом всякий раз, когда возникает некая ситуация X. Может быть заключено письменное соглашение, которое пациент должен регулярно перечитывать.

***Предписание симптома*** – самая популярная форма терапевтического парадокса. В случае проблемы, представляющей спонтанной и неуправляемой, эффективным является предписание самого симптома, поскольку пациент ставится в парадоксальную ситуацию, в которой он должен сознательно выполнять то, что было непроизвольно и неподконтрольно и чего он всегда старался избегать. Чтобы предписания выполнялись пациентами и были эффективными их нужно тщательно разрабатывать и представлять пациенту, используя гипнотический, внушающий язык. Механизм действия гораздо сложнее, чем это может показаться на первый взгляд. Согласно Дж. Зейгу (1980), симптом – это сообщение, состоящее из ряда элементов, и психотерапевт может предписать пациенту любой из этих элементов. Он выделяет следующие элементы симптома:

- а) когнитивный* (мысли, сопутствующие проявлению симптома);
- б) аффективный* (чувства, сопутствующие проявлению симптома);
- в) поведенческий* (поведение, сопутствующее проявлению симптома);
- г) контекстуальный* (контекст, в котором пациент переживает симптом);
- д) релятивный* (влияние симптома на окружение пациента);
- е) связанный с позициями* (позиция пациента в отношении симптома);

*ж) символический* (объект, символизирующий симптом).

Дж. Зейг (1980) предложил пять техник, применение которых увеличивает шансы реализации директивы, предписывающей симптом:

1. Обоснование парадокса. Использование пояснений, как правило не раскрывающих истинной сути задания, но придающих ему определённый смысл.

2. Косвенное применение метода. Симптом предписывается амбивалентным способом, например: «На этой неделе ничего не делайте со своей проблемой, чтобы мы получили возможность убедиться в том, насколько она серьёзна!». Данную технику можно применять относительно любого элемента симптома.

3. Предписание симптома таким образом, чтобы пациент мог отбросить некоторые указания психотерапевта. Перечисляется целый ряд условий, касающихся контекста, в котором должен проявлять себя симптом. В таком случае пациент может растратить сопротивление, отказываясь выполнять несущественную часть задания.

4. Использование любопытства пациента, который узнает, что в определенное время и в определенном месте он получит специальное задание (например, по телефону).

5. Вызывание мелких изменений в симптоме. Необходимо определить, какие аспекты симптома являются для пациента наиболее важными. Например, он может концентрироваться на чувствах, связанных с симптомом, но при этом никогда не вспоминать о сопутствующих мыслях. В этом случае психотерапевт предписывает ему когнитивный аспект симптома, т. к. изменение, воспринимаемое пациентом как мелкое и незначительное, вызовет наименьшее сопротивление.

П. Вацлавик и его сотрудники (1974) используют две разновидности предписания симптома в индивидуальной терапии. Одну они назвали: *«Афишируй себя вместо того, чтобы скрываться»*. Пациенту дают рекомендацию «носиться» со своим симптомом. Тому, кто краснеет, можно приказать, как можно чаще заливаться румянцем, а легко смущающемуся субъекту, предлагают демонстрировать максимальную нервозность во время выступления перед аудиторией. Другой вариант техники предписания симптома помогает выявить тщательно скрываемое. Прием основан на вышеупомянутом принципе: мелкие изменения могут привести к значительным результатам. Если у пациента навязчивый страх перед совершением ошибок, психотерапевт склоняет его к тому, чтобы в ситуации, когда обычно дело доходит до проявления симптома, он умышленно совершил какую-нибудь мелкую ошибку.



Симптом может быть запланирован. Его планированию обычно предшествует какое-то обоснование, которое призвано убедить пациента реализовать рекомендации. Например: «Прежде чем человек научится сдерживать симптом, он должен узнать, как его можно вызвать» или «Симптом так или иначе еще проявит себя, поэтому будет лучше, если Вы сможете научиться контролировать его». Затем следует предписать запланированный симптом, т. е. порекомендовать пациенту ежедневно в течение определённого времени сознательно вызывать симптоматическое поведение. Лица, получившие такой рецепт, в течение первых нескольких дней ощущают большой дискомфорт на протяжении всего отведённого им на это занятие времени. Очень быстро все это начинает надоедать пациентам, и они хотят прервать выполнение задания. При планировании симптома необходимо уточнить время реализации задания (если существует типичное время появления симптома). Симптом следует запланировать таким образом, чтобы он был разыгран до того, как он возникнет спонтанно.

*Предписание правил, действующих в системе.* Этот близкий по смыслу к предписанию симптома прием, предложенный М. Андольффи (1980), применяют при работе с семьями. Например, в одной семье действовал принцип, запрещающий ссоры и стычки. Супруги получили следующую инструкцию: «В течение следующей недели у Вас наверняка возникнет ситуация, в которой вы рассердитесь друг на друга, и Вам захочется проявить свою злость и поссориться. Семейный принцип, запрещающий ссоры, хорош, т. к. борьба могла бы просто уничтожить Вашу семью. Поэтому, когда в следующий раз в воздухе вновь запахнет ссорой, Вы должны избежать ее, закрывшись каждый в своей комнате. Скрывайте свою злость, а если Вас спросят – отрицайте присутствие у себя этого чувства». Задание предписывает правило, запрещающее борьбу и даже комментирование самого правила. Однако при этом оно косвенно даёт понять, что люди иногда могут чувствовать злость и открыто говорить об этом. Парадоксальное сообщение также заставляет семью задуматься над тем, кто ведет себя плохо и старается скрыть это.

*Техники сдерживания.* Служат для облегчения достижения изменений или для закрепления достигнутых результатов. В ряде случаев возрастающие усилия психотерапевта, который играет роль спасителя пациента, парадоксальным образом снижают степень его участия в терапевтическом процессе. Избежать этой проблемы и помогают приемы сдерживания от изменений. Сдерживающее высказывание следует представить пациенту в момент получения первого сигнала о начале процесса изменения.

*Негативные последствия изменений.* Данный прием можно использовать при работе с различными случаями, но наиболее полезной она

оказывается, когда мы имеем дело с затянувшимися проблемами и сильным сопротивлением. Все техники сдерживания оказываются идеальными для пациентов, демонстрирующих высокий уровень сопротивления: «Вы действительно готовы сделать это? По нашему мнению, в этом заключается большой риск, и даже опасность. Данный тип поведения сопутствовал вам на протяжении большей части жизни, поэтому вам следует хорошенько всё обдумать, прежде чем вы решитесь от него отказаться». Это провокация, рассчитанная на вызов сопротивления в отношении неизменности.

*Торможение и запрещение изменений.* Применяя эту технику, вначале говорят пациенту: «Не пытайтесь измениться быстрее, чем Вы можете» или «Зачем Вам изменять то, что и так неплохо работает?». С самого начала терапии подчеркивают, что не следует спешить. Клиенту напоминают о значении достижения мелких изменений. Другой этап сдерживания от изменений – *капитуляция*. Психотерапевт склоняет пациента к прекращению борьбы с симптомом, а затем прописывает ему его. Например: «На протяжении всей следующей недели и не пытайтесь бороться с симптомом, просто обращайтесь внимание на то, что будет происходить. Мне бы хотелось услышать от Вас детальный отчет». Ещё один способ запрещения изменения – более конкретный. Пациенту запрещают тренироваться в поведении, в котором тот хотел бы кое-что изменить. Это стандартная техника в лечении сексуальных дисфункций, когда пациенту после ряда неудачных попыток на время вообще запрещают половые акты, хотя и не исключают эротических ласк и даже петтинга. Эта тактика «мнимого запрета», позволяет устранить пресловутый «страх исполнителя», что способствует восстановлению сексуальной активности.

*Предвидение рецидива.* Как правило, психотерапевт сначала предписывает парадоксальный рецепт, и, если он оказывается эффективным, симптом быстро исчезает. Следующим шагом является предвидение рецидива. Пациента информируют о том, что вскоре симптом вновь проявит себя. Предвидя рецидив, его помещают в ситуацию терапевтической двойной связки. Если симптом действительно появится вновь, то поскольку его предвидели, он окажется под контролем психотерапевта. Если симптом не вернется, значит, он находится под контролем пациента. Определённый таким образом симптом уже не может восприниматься как неконтролируемый или спонтанный. Даже если симптом действительно вернется, то, как правило, в ослабленной форме и, если психотерапевт будет повторять терапевтические интервенции, а затем стратегию предвидения рецидива (каждый раз в более легкой форме), симптом, в конце концов, исчезнет. Кроме того, для большинства людей предвидение симптома – своего рода вызов. И

единственный способ доказать специалисту, что он ошибается – не допустить рецидива.

Когда у пациента наблюдается видимое улучшение, терапевт должен вслух рассуждать о причинах изменения и демонстрировать пессимизм. Он с озабоченным видом задумывается о том, когда «все вновь испортится», «не слишком ли быстро изменяется пациент».

*Предписание рецидива* – последняя форма сдерживания. Иногда лучше предписать рецидив, нежели только предвидеть его. Например, если поведение прописано в форме, крайне неприятной для всех лиц, которых так или иначе касается данная проблема, риск рецидива уменьшается. Предписание рецидива также показано при работе с семьями, в которых родители используют ребенка для решения своих супружеских проблем. Терапевт может порекомендовать ребенку демонстрировать симптом всякий раз, когда родители злятся друг на друга, но при этом не разговаривают. Если в будущем у ребенка действительно наступит рецидив, родители вынуждены будут задуматься, каким образом они этому способствовали.

Используя парадоксальные техники, необходимо хорошо знать принципы лечения такого типа. Каждая интервенция представляет собой терапевтическую двойную связку, которая вытекает из взаимоотношений между психотерапевтом, пациентом и проблемой. Не существует двух совершенно одинаковых парадоксальных интервенций, хотя принципы их построения и использования могут быть систематизированы и научно обоснованы. После выполнения каждого предписания всегда необходимо провести переопределение результата и похвалить пациента за проявленные им способности. Принципиально важно, чтобы субъект осознал, что казавшиеся ему непреодолимыми проблемы можно легко решить, что он сам и доказал своими действиями.

## **6. Завершение лечения**

Заключительная сессия в КСП играет роль последнего мазка, который делает картину законченным произведением искусства. Ее целью является консолидация всех позитивных изменений, которые ведут к обретению личной самостоятельности субъекта. Для этого подытоживают достигнутые результаты, детально разъясняют суть использованных в ходе психотерапии стратегий и некоторых странных техник, например, парадоксальных предписаний. Пациент должен осознать, что ситуация изменилась не по волшебству, а благодаря системному научному вмешательству. Подчеркиваются способности субъекта, проявленные при выполнении терапевтических заданий. Особо выделяют обретенную им способность самостоятельно преодолевать проблемы, с которыми он может столкнуться в дальнейшем.

### **Показания к использованию метода и его эффективность**

*Показания:* обсессивные расстройства; фобические расстройства (включая агорафобию и приступы паники); сексуальные дисфункции; тревожно-депрессивные расстройства; нарушения пищевого поведения; проблемы партнёрства и взаимоотношений.

Следует отметить, что стратегический равно как и системный подход в психотерапии избегает диагностических оценок, принятых в современных психиатрических классификациях, справедливо полагая, что они слишком ограничивают многосторонность, свойственную человеческим системам. Например, Дж. Нардонэ и П. Вацлавик (2005), предпочитают говорить о типологии проблем, которые подлежат решению в рамках КСР.

Изучение результатов терапии в модели КСП свидетельствует о ее высокой эффективности (Б. Кейд, В. О'Хенлон, 1993). Так, при контроле 97 пациентов, прошедших в среднем по 7 психотерапевтических сессий, 40 % сообщили о полном избавлении от имевшейся проблемы, 32 % – о значительном улучшении и 28 % – об отсутствии прогресса (П. Вацлавик, Дж. Уикленд, Р. Фиш, 1974). В 1987 – 88 годах в Центре стратегической терапии в г. Ареццо Дж. Нардонэ и его сотрудники провели анализ экономичности и эффективности КСП. Ими было установлено, что среднее число психотерапевтических сессий у 119 пациентов с невротическими расстройствами и проблемами взаимоотношений составило от 12 до 17. Исключение составили 13 больных с психотическими состояниями: каждому из них было проведено в среднем около 23 сессий, причем у 2 из них было достигнуто полное, а у 7 – заметное улучшение психического состояния. В группе пациентов с невротическими нарушениями эффективность терапии колебалась от 67 до 95 %, а у лиц с партнерскими проблемами достигала 100 %. Всего положительный исход лечения был зарегистрирован в 83 % случаев, а процент рецидивов на протяжении одного года последующего наблюдения был низок.

## **Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)** **Важно не то, что именно случилось с вами, а то, что вы делаете с этим**

*Психотерапевт, преподаватель Института ДПДГ,  
инвалид-колясочник Р. Мартинез*

### **История возникновения и развития метода**

В 1987г. Ф. Шапиро (США) разработала оригинальный психотерапевтический метод – *Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)*. Этому предшествовала драматическая история, связанная с обнаружением онкологического заболевания у филолога Френсин Шапиро, которая в тот момент успешно заканчивала докторскую диссертацию по поэзии Томаса Харди. Роковой диагноз стал рубежом в ее жизни. Она целиком сосредоточилась на поисках средств от болезни и ее разрушительных психологических эффектов. Шапиро поступила в докторантуру по клинической психологии и неожиданно для себя открыла оригинальный метод, который она поначалу использовала для снижения тревоги и стабилизации собственного эмоционального состояния. Затем она стала применять этот метод в работе с другими людьми, добиваясь положительных результатов. Поскольку Шапиро основной упор делала на снижении тревоги в соответствии с поведенческой моделью, а основным компонентом техники было управляемое движение глаз, она назвала новую процедуру *десенсибилизацией движениями глаз* или сокращенно ДДГ. Шапиро, излечившись от рака, к 1989 г. модифицировала свой метод и стала обучать ему клиницистов. В процессе исследований она пришла к выводу, что оптимальная процедура, использующая движения глаз, предполагает одновременную десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование травматических воспоминаний. Это послужило основанием для переименования метода в ДПДГ, что означает десенсибилизация и переработка движениями глаз. При этом метод вышел за пределы своей первоначальной поведенческой концептуализации как ускоренного способа десенсибилизации при лечении тревоги и ныне относится к интегративным подходам. По словам Ф. Шапиро (2002), ДПДГ, безусловно, представляет собой нечто большее, чем движения глаз – это комплексная система психотерапии. Действительно, терапевтический акцент на психологическом самоисцелении и ведущей роли клиента согласуется с постулатами клиент-центрированной терапии К. Роджерса; воображаемая экспозиция как способ десенсибилизации берет свое начало в поведенческой терапии; когнитивное переструктурирование является отличительным признаком когнитивной терапии А.Бека.

В настоящее время Ф. Шапиро является директором-распорядителем Института ДПДГ в Пасифик Гроув в штате Калифорния. Институт отвечает за подготовку и сертификацию, клиницистов, использующих метод в своей практической деятельности. Менее чем за 20 лет Шапиро и ее коллеги подготовили в области ДПДГ свыше 25 тыс. психотерапевтов из различных стран, что вывело метод, в число наиболее быстро распространяющихся по всему миру психотехнологий.

### **Теоретическая основа и сущность метода**

В основе метода лежит модель ускоренной переработки информации, согласно которой у человека существует особый психофизиологический механизм, получивший название информационно-перерабатывающей системы, обеспечивающий поддержание психического равновесия (Ф. Шапиро, 1995). При активизации этой адаптивной системы происходит переработка любой информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами и проблемами выживания. Эти процессы в норме происходят у всех людей на стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глазных яблок (фаза БДГ – сна). Если по каким-то причинам информационно-перерабатывающая система блокируется, переработки и нейтрализации травматического опыта не происходит. При этом негативная информация как бы «замораживается» и застывает на долгое время в занимаемой ею части нейронной сети в своей первоначальной (обусловленной травматическим переживанием) форме. Нейронные структуры, хранящие в неизменном виде дисфункциональный материал, изолируются от других участков коры головного мозга. Поэтому адаптивная (психотерапевтическая) информация не может связаться с застрявшей и обособившейся информацией о травматическом событии, а значит, не происходит нового научения. Под воздействием различных внешних и внутренних факторов, так или иначе напоминающих о травме, происходит рестимуляция (активизация) изолированной нейронной сети, что приводит к высвобождению хранящейся в ней информации: визуальных образов, звуков, физических ощущений, вкуса, запаха, аффекта и представлений и убеждений, связанных с травматическим событием. При этом субъект не только ярко представляет себе его картину, но заново переживает всю гамму отрицательных эмоций и дискомфортных физических ощущений. Таким образом, отсутствие адекватной переработки приводит к тому, что весь комплекс негативных переживаний, связанных с травмой, продолжает провоцироваться текущими событиями, что может проявляться в виде кошмарных сновидений, навязчивых мыслей, избегающего поведения, вегетативных нарушений и т. д.

Суть метода состоит в искусственной активизации процесса ускоренной переработки и нейтрализации травматических воспоминаний, а также любой

другой негативной информации, заблокированной в нейронных сетях мозга. Предполагается, что движения глаз либо альтернативные формы стимуляции (поочередные постукивания по ладоням рук или щелчки пальцами то у одного, то у другого уха), используемые в ходе процедуры ДПДГ, запускают процессы, аналогичные происходящим во сне, в фазе быстрого движения глазных яблок. Метод обеспечивает быстрый доступ к изолированно хранящемуся травматическому материалу, который подвергается ускоренной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают адаптивный характер.

При ДПДГ происходят быстрые изменения, что отличает метод от большинства других форм психотерапии. Ф. Шапиро (1995) объясняет это несколькими причинами: 1) при выборе цели воздействия негативные воспоминания объединяют в кластеры (ряд однотипных эпизодов) и переработке с помощью ДПДГ подвергается лишь один, наиболее типичный эпизод из каждого кластера, что обычно бывает достаточно для генерализации эффектов переработки и нейтрализации сразу всех сходных воспоминаний; 2) метод позволяет получить прямой доступ к дисфункциональному материалу, хранящемуся в памяти; 3) происходит активизация информационно-перерабатывающей системы мозга, которая преобразует информацию непосредственно на нейрофизиологическом уровне. Кстати, вне зависимости от теоретического подхода, используемого психотерапевтом, вполне обоснованно можно предположить, что любые психотерапевтические изменения в конечном счете основаны на нейрофизиологических изменениях информации, накопленной в мозге. Даже при долгосрочной психотерапии, например, психоанализе – инсайты возникают на протяжении кратких отрезков времени. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что инсайты происходят при соединении двух разделенных нейронных сетей (при восстановлении связи между изолированной нейросетью, в которой хранится травматический материал и другими нейронными структурами мозга).

Ф. Шапиро (1995) откровенно признает, что модель ускоренной переработки информации представляет собой лишь рабочую гипотезу, которая помогает уяснить, как именно работает ДПДГ. Допускается, что в будущем эта модель может быть пересмотрена на основе клинических и лабораторных наблюдений. В результате многочисленных исследований ДПДГ в настоящее время установлено, что движения глаз являются лишь одной из форм билатеральной стимуляции и не являются неотъемлемой частью лечения. В

связи с этим следует признать, что формулировка «движения глаз» в названии метода ДПДГ оказалась неудачной.

### **Практические аспекты применения метода**

Рассмотрим основные шаги стандартной процедуры ДПДГ на примере работы с травматическим воспоминанием.

*1. Подготовка.* Необходимо выявить травмирующие переживания, определить имеющиеся дисфункциональные поведенческие паттерны и болезненные симптомы, установить терапевтические отношения с пациентом, а также разъяснить ему сущность метода. Психотерапевт рассказывает клиенту о ДПДГ, исходя из его возраста, образовательного уровня и опыта, например: «После психической травмы вся информация о ней оказывается заблокированной в нейронных структурах мозга и может длительное время храниться в неизменном (законсервированном) виде, включая яркие зрительные воспоминания всей картины произошедшего травматического события, а также имевшихся в тот момент звуков, мыслей и чувств. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, позволяют разблокировать этот участок мозга и переработать травматическую информацию. По современным данным, подобный процесс происходит в фазе быстрого сна, во время которой мы видим сновидения, а спонтанно возникающие при этом движения глаз помогают переработать бессознательный материал. Важно помнить, что Ваш собственный мозг вызывает процесс исцеления, который запускается через движения глаз, и Вы сможете контролировать этот процесс в ходе сеанса». Далее даются конкретные инструкции: «Нам необходимо высвободить Ваши переживания. Для этого мне нужно получать точную информацию обо всем, что происходит с Вами в ходе сеанса. Иногда что-то будет изменяться, иногда – нет. Я буду спрашивать, как бы Вы оценили свои чувства в баллах от 0 до 10, иногда эти чувства будут изменяться, а иногда не будут. Я могу спросить происходит ли что-то еще (изменения образа события, мыслей, звуков, ощущений или убеждений) – иногда это действительно будет происходить, а иногда нет. При этом не должно быть никаких «Я предполагаю...» – просто давайте обратную связь в отношении всего происходящего, ничего не оценивая. Пусть происходит все, что происходит».

*2. Определение предмета (цели) воздействия.* Основная цель воздействия – хранящаяся в памяти информация о психотравмирующей ситуации. Вначале определяют конкретный эпизод, подлежащий переработке. Затем выясняют: «Какая картина представляет наиболее неприятную часть травматического события?».

*3. Определение негативного самопредставления,* т. е. существующего в настоящий момент отрицательного убеждения, отражающего представление пациента о себе непосредственно связанное с психотравмой. Психотерапевт



спрашивает: «Какие слова более всего соответствуют картине события и отражают Ваше теперешнее представление о себе в той ситуации?» Клиент высказывает свои мысли в настоящем времени с использованием местоимения *Я*. Например: «я не могу защитить себя; я не контролирую себя; я в опасности; я бессилен (беспомощен); я неудачник; я не могу доверять самому себе; я не заслуживаю любви» и т. п.

4. *Определение положительного самопредставления*, т. е. того убеждения, которое пациент хотел бы иметь в отношении себя. Например: «я могу справиться с этим; я контролирую себя; я заслуживаю любви; я хорош такой, какой есть; я могу доверять самому себе» и т. п. Для этого психотерапевт обращается к пациенту с вопросом: «Когда Вы вспоминаете это травматическое событие, какие представления о себе вам хотелось бы иметь?». (Необходимо, чтобы человек выразил положительное самопредставление, желательное для него в настоящий момент). Затем по шкале соответствия представлений (ШСП) определяют, в какой степени является для него правильным (на уровне чувств и интуиции) желаемое представление о себе сейчас: «Когда Вы вновь обращаетесь к этому болезненному для Вас воспоминанию насколько по внутреннему (интуитивному) ощущению кажется Вам истинным положительное самопредставление – в баллах от 1 до 7, где 1 – абсолютно не соответствует, а 7 – полностью соответствует». Если пациент определяет степень соответствия положительного представления о себе в 1 балл (т. е. он совершенно в него не верит), необходимо изменить самопредставление на то, которое могло бы быть им оценено хотя бы в 2 балла по ШСП.

5. *Определение выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта*. Выраженность отрицательных эмоций определяют по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 баллов – полное спокойствие, а 10 баллов – крайняя степень тревоги, достигающая панического уровня (либо чрезвычайная интенсивность любых других отрицательных эмоций). Беспокойство, как правило, связано у пациента с мышечным напряжением и неприятными ощущениями в различных участках тела, которые также следует выявить. Психотерапевт задает вопрос: «Какие чувства и физические ощущения вы испытываете, когда у Вас возникает воспоминание о травматическом событии и слова отрицательного самопредставления?».

6. *Десенсибилизация и переработка*. На этом этапе у пациента вызывают движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения глаз следует выполнять с максимально возможной скоростью, избегая при этом появления чувства дискомфорта. Ему предлагают следить глазами за двумя пальцами руки психотерапевта, которая ладонью

обращена к пациенту и перемещается на расстоянии 30–35 см от его лица. Одна серия обычно состоит из 20–30 движений глаз (туда и обратно – одно движение). Движения глаз могут изменяться: горизонтальные, вертикальные, круговые, в виде восьмерки.

Пациент должен вначале сосредоточить внимание на мысленном образе психотравмирующей ситуации, отрицательном самопредставлении и связанных с воспоминанием негативных эмоций и дискомфортных ощущениях. Далее начинают серии стимулирующих движений глаз, после каждой из которых пациенту предлагают на время отбросить травматический образ и произносимую про себя фразу (негативное самопредставление) и сообщить о любых изменениях в картине воспоминания, представлениях, эмоциях и телесных ощущениях. Серии стимулирующих движений глаз многократно повторяют, периодически направляя внимание пациента на наиболее тягостные ассоциации, спонтанно возникающие у него во время процедуры, а затем снова возвращая его к основной цели воздействия – первоначальному травмирующему воспоминанию. Процедуру проводят до тех пор, пока уровень беспокойства (тревоги, страха) при обращении к исходной ситуации не снижается до 0–1 балла по ШСБ. Параллельно нивелируется образ травматического события и происходит дезактуализация первоначального негативного представления о себе.

7. *Инсталляция.* Психотерапевт начинает с вопроса: «Остаются ли уместными слова [произносит положительное самопредставление] или Вы чувствуете, что более подходящим является другое положительное высказывание?» Нередко после проведения десенсибилизации пациент начинает по-другому смотреть на события прошлого и изменяет эту фразу на более подходящую]. Затем следует вопрос: «Подумайте о травматическом событии и об этих словах [еще раз повторяет положительное самопредставление]. Насколько истинными Вам кажутся сейчас эти слова, от 1 балла – абсолютно не соответствуют, до 7 – полностью истинны?» Далее пациенту предлагают: «Удерживайте вместе картину события и положительное представление» и проводят для него серию движений глаз. После ее окончания: «А теперь насколько истинным, в баллах от 1 до 7, кажутся Вам слова положительного представления, когда Вы думаете о травматическом событии?» Степень соответствия представления измеряют после каждой серии движений глаз, которые следует проводить, пока она не достигнет 7 баллов (в ряде случаев оценка в 6 баллов является вполне приемлемой). В результате пациент переосмысливает предшествующий опыт, проникаясь убеждением, что в настоящем он может вести и чувствовать себя по-другому. После этого переходят к сканированию тела. Если пациент после множества серий продолжает сообщать о степени соответствия в 6 баллов и

ниже, необходимо перепроверить представление на уместность и попытаться выявить возможные блокирующие убеждения, проводя при необходимости дополнительную переработку.

8. *Сканирование тела.* На этом этапе пациенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление о себе, мысленно пройти по всему телу от макушки до пяток. Любое остаточное напряжение или телесный дискомфорт перерабатываются дополнительными сериями движений глаз до их устранения. Это своего рода проверка результатов переработки, поскольку при полной нейтрализации травматического воспоминания оно теряет не только отрицательный эмоциональный заряд, но и перестает вызывать связанные с ним дискомфортные ощущения.

9. *Завершение.* Если в ходе сеанса ДПДГ дисфункциональный материал полностью не переработан, перед окончанием сеанса пациента возвращают в состояние эмоционального равновесия и предлагают запомнить (записать) беспокоящие воспоминания, мысли и ситуации, которые могут возникнуть у него между психотерапевтическими сессиями. На следующем сеансе они могут быть также подвергнуты десенсибилизации и переработке. В тех случаях, когда результат достигнут, следует предупредить пациента: «Переработка может продолжаться и после окончания сеанса. Если у Вас возникнут новые мысли, воспоминания или сновидения, просто запомните или запишите их, чтобы рассказать мне. На следующем сеансе мы поработаем над этим материалом».

Продолжительность одного сеанса составляет от 60 до 120 минут. Частота сеансов – 1–2 раза в неделю, при общем количестве от 1–2 до 10–16. ДПДГ может быть вполне самостоятельным методом лечения многих невротических расстройств либо переработка и нейтрализация травматических воспоминаний дополняет иные психотерапевтические подходы.

### **Стратегии, используемые при заблокированной переработке**

Примерно в половине случаев применение стандартной процедуры ДПДГ приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых психических травм. Если же травматическая информация не достигает необходимой степени десенсибилизации и никак не изменяется после двух последовательных серий движений глаз, это свидетельствует о заблокированной переработке. Ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов:

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, с постепенным сдвигом их то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.
2. Сосредоточение пациента на всех телесных ощущениях сразу или

только на наиболее дискомфортных из них (отбросив образ и представление), в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимулирование пациента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз. Если пациент высказал какие-то слова между сериями, то потом надо повторить их во время следующей серии (нескольких серий) пока не сможет произнести их уверенно и без страха. Например, воображаемому преступнику сказать: «Я разрублю тебя на куски!»

4. С началом очередной серии движений пациенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализируются, не меняясь, дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Пациента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т. д. Можно предложить пациенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем (например, звук выстрела).

6. В сложных случаях применяется *когнитивное взаимопереплетение*. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у пациента. Стимулирование переработки рекомендуется в следующих случаях:

1. *«Мертвая петля»*. После выполнения множества последовательных серий движений глаз у пациента продолжает сохраняться высокий уровень беспокойства с повторяющимися отрицательными мыслями, эмоциями и образами. Переработка остается заблокированной даже после того, как были использованы вышеописанные дополнительные приемы.

2. *Дефицит информации*. Жизненный опыт пациента, его образовательный уровень не обеспечивают его информацией, необходимой для адекватной оценки имеющихся проблем.

3. *Недостаточная генерализация эффектов переработки*. Не происходит перенесения положительных эффектов переработки одной цели на травматические ситуации, близкие к ней.

4. *Временной фактор*. Сеанс подходит к концу, а пациент все еще

находится в состоянии сильного эмоционального дискомфорта.

Существует несколько вариантов когнитивного взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает пациенту новую информацию, которая позволяет повысить ему степень понимания драматических событий прошлого и собственной роли в них. Затем пациенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз. Например, в ответ на самообвинения пациентки, которая испытала сексуальное возбуждение в момент изнасилования, психотерапевту следует разъяснить рефлекторную природу сексуальных реакций и привести примеры возникновения полового возбуждения в моменты не самые приятные для человека.

- Если психотерапевт считает, что пациент уже располагает необходимой информацией, но игнорирует ее и неадекватно интерпретирует травматическую ситуацию, следует активизировать у него более адаптивный взгляд на произошедшее. Например, пациентка утверждает, что сама виновата в сексуальном насилии, случившемся в детском возрасте. На вопрос психотерапевта, в чем собственно состояла ее вина, она заявила: «Я спровоцировала это». Психотерапевт, демонстрируя свое замешательство, говорит: «Я в полном недоумении. Неужели Вы хотите сказать, что пятилетняя девочка может спровоцировать взрослого мужчину на попытку изнасилования?» Когда пациентка с некоторым сомнением в голосе отвечает: «Да, но понимаете...», психотерапевт предлагает ей просто подумать обо всём этом на фоне очередной серии движений глаз.

- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для пациента лицам. Так, в примере, приведенном выше, психотерапевт в ответ на уничижительные самообвинения пациентки мог бы отреагировать следующим образом: «Я в замешательстве. Вы хотите сказать, что если бы Ваш собственный ребенок подвергся сексуальному насилию, то в этом была бы его вина?» В ответ на обычно следующее бурное отрицание, психотерапевт должен мягко сказать: «Просто подумайте об этом», а затем провести серию движений глаз.

Другой пример: один из ветеранов войны продолжал винить себя за то, что, когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил пациента: «Если бы это был Ваш шестнадцатилетний сын, что бы вы велели ему сделать?» – «Пригнуться!» – ответил ветеран. Психотерапевт предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины снизилось и переработка была успешно завершена.

- Представление возможной положительной альтернативы проблеме часто приводит к прорыву пациента через страх и беспокойство (особенно обусловленные вторичной выгодой имеющейся у него невротической симптоматики). Например, если пациент не способен выразить реальные чувства по отношению к некому авторитетному для него человеку, психотерапевт может сказать: «Давайте представим, что произойдет, если Вы сможете сказать ему все, что думаете». Если ответ пациента демонстрирует адекватное отношение, психотерапевт может сказать: «А теперь представьте, что Вы действительно сказали это», а затем провести серию движений глаз.

- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме пациента. С помощью метафорических сообщений проводят параллели с реальной ситуацией пациента, даются скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движений глаз, так и вне ее, с последующим предложением пациенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей серии.

- Сократовский диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз.

При торможении переработки на низком уровне беспокойства могут быть использованы дополнительные стимулирующие стратегии. Например, добавляют выражения типа: «Достаточно!», которые предлагают произносить пациенту про себя во время очередной серии движений глаз, либо вводят туда положительное самопредставление (как вариант на фоне слабо выраженного, но упорно сохраняющегося беспокойства, можно использовать какое-то промежуточное, более нейтральное самопредставление).

Когда переработка первоначального предмета воздействия тормозится на стадии десенсибилизации (уровень беспокойства не снижается до нуля по ШСБ) или на стадии инсталляции (длительно не достигает семи баллов по ШСП), необходимо выяснить, нет ли у пациента каких-либо дополнительных отрицательных убеждений, блокирующих переработку. В подобных случаях нередко удается идентифицировать у него иное отрицательное представление («блокирующее убеждение»), которое может быть избрано предметом воздействия.

Переработка травматического материала может быть также блокирована по причине страха пациента перед последствиями самой переработки. Помимо высказываний самого пациента, по ходу сеанса у него можно обнаружить ряд проявлений страха перед изменениями: 1) постоянное напряжение и

беспокойство, сохраняющееся вне зависимости от степени переработки травматического материала; 2) частые остановки во время движений глаз; 3) трудности в выполнении самих движений глаз; 4) нежелание активно участвовать в сеансе, даже если предшествующий опыт ДПДГ-психотерапии был положительным. Если не были проработаны возможные аспекты «вторичной выгоды» имеющихся невротических симптомов, пациент будет опасаться изменений в собственной жизни, связанных с успешным завершением терапии. Все это предполагает выяснение адаптивной функции невротических проявлений и обсуждение с пациентом их более адекватной и здоровой альтернативы.

### **Отреагирование**

Отреагирование (абреакция) является потенциально возможной и естественной частью эмоциональной и когнитивной переработки травматического материала. Хотя отреагирование и не рассматривается, как обязательная составляющая процесса переработки, в ряде случаев на стадии десенсибилизации пациенты могут ярко вспомнить свои мысли и чувства в момент травматического события, а также испытать связанные с ним интенсивные физические ощущения и эмоции. В принципе пациенты могут переживать все это с различной интенсивностью, от практически полного повторения первоначального травмирующего воспоминания (абреакция) до его слабого отражения. При правильном использовании ДПДГ не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку в ходе сеанса пациент сохраняет двойную фокусировку – как на осознании прошлого опыта, так и на чувстве безопасности в настоящем. Кроме того, если в гипнотическом трансе возникает абреакция, то она продолжается непрерывно в режиме «реального времени» и субъект последовательно проходит через каждое мгновение травматического события. При наступлении отреагирования в ходе процедуры ДПДГ оно происходит в четыре-пять раз быстрее, чем в гипнозе за счет перескакивания пациента от одного ключевого момента психотравмы к другому. Во время отреагирования психотерапевт должен всячески поддерживать пациента, обеспечив ему максимальное чувство безопасности. Следует помнить, что если субъект испытывает даже очень сильный телесный и эмоциональный дискомфорт, отреагирование обычно продолжается не столь долго, как первоначальное переживание. Интенсивность такого индуцированного дистресса обычно снижается на протяжении 10-20 минут, а в значительной части случаев еще быстрее. Для облегчения отреагирования психотерапевту важно проявлять сочувствие к пациенту, сохраняя полное спокойствие и всем своим видом внушая последнему, что ситуация находится под контролем. Чтобы усилить дистанцирование (диссоциацию) субъекта от психотравмы, что автоматически уменьшает степень испытываемого

дискомфорта, психотерапевт может указать пациенту, что здесь в настоящем он всего лишь вспоминает картину прошлого события, того, что произошло с ним много лет назад. С этой же целью Шапиро советует приводить метафору о движущемся поезде, в котором пациент является пассажиром, а прошлые травматические события – картинками, проносящимися мимо. Даже если он наблюдает все эти картины, поезд проносится мимо, и пассажиры находятся в полной безопасности. В другой полезной метафоре ДПДГ сравнивается с поездкой на машине через черный тоннель. Чтобы проехать через темный тоннель быстро, следует прибавить газа. В ДПДГ такой педалью газа являются движения глаз либо другие формы стимуляции, ускоряющие переработку информации. Если убрать ногу с педали газа, машина замедлит движение и ей потребуется больше времени, чтобы проехать через тоннель. Поэтому, чтобы пройти через состояние дискомфорта, пациент должен продолжать движения глаз как можно дольше.

Важно предупредить пациента, что даже если он заплачет, необходимо постараться держать глаза открытыми и продолжить выполнять серии движений, чтобы не прерывать процесс. Если это невозможно следует использовать альтернативные формы стимуляции. Серии продолжают до полной нейтрализации травматического воспоминания и связанных с ним переживаний. На фоне отреагирования количество движений глаз в ходе одной серии может быть увеличено в 2–4 раза (с 20–30 до 45–90). Иногда удается добиться снижения наиболее сильного эмоционального и телесного дискомфорта уже в ходе одной-двух таких удлиненных серий, завершив отреагирование в течение нескольких минут. Далее десенсибилизация проводится в обычном режиме.

### **Три этапа стандартного протокола ДПДГ**

Успешное применение ДПДГ, как самостоятельного метода психотерапии требует тщательного прохождения *трех основных этапов*, предусмотренных стандартным протоколом. Эти три этапа позволяют психотерапевту адекватно оценить цели воздействия и возможные результаты в отношении прошлого, настоящего и будущего пациента. В качестве примера остановимся на общей стратегии использования ДПДГ у пациентов с тревожными расстройствами.

*1. Работа над прошлым.* Первый этап связан с вопросом: «Какие события прошлого явились основой для тревожного расстройства?». Само лечение представляет собой переработку травматических воспоминаний, являющихся причиной нынешних симптомов пациента. Поэтому уже во время первого сеанса, посвященного анализу истории болезни, психотерапевту необходимо выявить у пациента до десяти наиболее беспокоящих воспоминаний. Они должны быть переработаны в первую очередь (с учетом



возможной вторичной выгоды имеющегося расстройства). При переработке воспоминаний с наиболее высоким уровнем беспокойства, как правило, возникает эффект генерализации, поэтому работа с другими воспоминаниями связана с меньшими трудностями. Повторяющиеся психотравмирующие события разделяют на кластеры — группы родственных событий. Например, при паническом расстройстве такими кластерами могут быть пароксизмы тревоги, возникающие: 1) в наземном общественном транспорте, 2) в переполненных людьми магазинах; 3) в метро; 4) в лифте; 5) на рынке и т. д. В каждом кластере избирается по одному наиболее характерному событию, которое и подвергается переработке. Это способствует быстрому проявлению эффекта генерализации и снижению уровня тревоги, связанной со всеми другими сходными воспоминаниями. По мере переработки конкретного психотравмирующего эпизода у пациента могут всплывать дополнительные воспоминания, так или иначе с ним связанные. Основное правило состоит в том, что весь отрицательный материал, ассоциативно связанный с отдельным травматическим событием, избранным предметом воздействия на данном сеансе, должен быть переработан прежде, чем психотерапевт перейдет к другим целям. Когда повторное обращение к событиям, первоначально идентифицированным как наиболее беспокоящие, указывает на то, что они подверглись переработке, и произошла их переоценка с исчезновением чувства тревоги, психотерапевту необходимо обратиться к стимулам, связанным с настоящим.

*2. Работа с настоящим.* Вторая стадия протокола ДПДГ сосредоточена на вопросе: «Какие из существующих в настоящее время стимулов вызывают беспокойство?» На этом этапе предметом воздействия избираются нынешние жизненные обстоятельства пациента, провоцирующие у него тревожные реакции. Устранение наиболее дискомфортных симптомов (таких как приступы сильной тревоги, навязчивые мысли и тягостные воспоминания) позволяет психотерапевту адекватно оценить текущие жизненные обстоятельства пациента и его нынешние реакции на события прошлого. Общий принцип техники ДПДГ состоит в том, что страх и тревожность могут быть значительно снижены в результате переработки первоначального травматического события, например первого в жизни пароксизма тревоги, а также наиболее типичных приступов паники. При этом будет уменьшаться беспокоящее воздействие этих воспоминаний на сегодняшнюю ситуацию. Чаще эти изменения происходят автоматически, но в некоторых случаях источники тревоги в настоящем могут сохраняться. Поэтому любые нынешние обстоятельства, которые продолжают вызывать у клиента сильную тревогу, должны быть переработаны. Если беспокойство, связанное с текущей ситуацией пациента, не уменьшается, психотерапевту следует изучить

дополнительные воспоминания, которые возможно продолжают провоцировать тревогу. Важно подвергать проверке эффективность психотерапии, время от времени повторно избирая предметом воздействия любые нынешние ситуации для обнаружения неадекватно высокой тревожности и, при необходимости, проводить их переработку. Если пациент ведет дневник и делает записи между сеансами ДПДГ, этот материал может помочь психотерапевту выявить дополнительный материал для переработки и лучше увидеть, насколько новые паттерны реагирования клиента соответствуют его нынешней ситуации. Следует подчеркнуть, что ДПДГ не устраняет тревоги у пациента, которая адекватна возникшей неблагоприятной ситуации и побуждает его к соответствующим действиям. На работе или в личной жизни он вполне оказаться в ситуации действительно неприятной или неудачной. В этих случаях целесообразно дополнительно подключить различные формы семейной терапии, бихевиоральные техники или эриксоновскую гипнотерапию. Все это помогает принять неблагоприятные обстоятельства повседневной жизни, изменить которые человек не в силах. Ибо считается, что одним из важнейших аспектов душевного здоровья является способность индивида не фокусироваться на невзгодах, а просто принимать их как факт, ограниченный во времени. После идентификации и переработки психотравмирующих воспоминаний, а также всех нынешних беспокоящих обстоятельств, психотерапевту необходимо сосредоточиться на способности клиента принимать новые решения в будущем.

*3. Работа с будущим.* Третий этап стандартного протокола ДПДГ включает в себя создание в воображении пациента «образа достижения», в данном случае образа самого себя, свободного от сильной тревоги, способного реагировать на некоторые события иначе, испытывать глубокое спокойствие и чувство психического комфорта. Важно определить, сохранятся ли у клиента в будущем какие-либо беспокоящие проявления. Для этого он должен представить себе себя в недалеком будущем, как если бы это была видеозапись событий, которые ещё только произойдут. При этом нужно оценить любые проявления беспокойства, которые пациент, возможно, продолжает испытывать по отношению к отдельным ситуациям (езда в переполненном транспорте или пребывание в местах большого скопления людей) и определить необходимые и в данном случае формы психотерапевтического вмешательства. Необходимо создать и интегрировать воедино новое восприятие себя пациентом, охватывающее прошлое, настоящее и будущее. Лечение нельзя считать завершённым до тех пор, пока не произойдет принятие пациентом паттерна альтернативной поведенческой реакции, свободной от прежних беспокойства и страхов. Психотерапевт и пациент совместно определяют, как именно последний хотел бы в будущем

чувствовать и действовать в ранее проблемных ситуациях. Введение положительных примеров включает в себя работу по визуализации. Пациент рисует в своём воображении ситуации в будущем, в которых он ведет себя адекватным образом и при этом чувствует себя спокойно и уверенно. Известно, что такое воображаемое достижение положительного результата действительно способствует реальным успехам. В ходе сеансов ДПДГ положительные примеры усваиваются лишь после того, как дисфункциональный материал действительно переработан. Поэтому создание в воображении и внедрение положительных примеров не следует предпринимать до тех пор, пока беспокоящие пациента ранние воспоминания и существующие в настоящее время негативные раздражители не будут успешно переработаны. После этого ему гораздо легче представить себе более адаптивное собственное поведение в будущем. Но прежде чем предлагать пациенту переносить все эти представления в реальную жизнь, должны быть проведены серии движений глаз для их закрепления и интеграции. Это третий и последний этап стандартного протокола ДПДГ, позволяет психотерапевту пронаблюдать ответные реакции пациента, помочь ему проработать возможные формы сопротивления или очевидные проблемы еще до того, как он попытается действовать по-новому в реальном мире. Психотерапевт должен быть очень внимательным к любым проявлениям страха или сопротивления со стороны клиента во время инсталляции (внедрения) положительного примера его поведения в будущем. Завершающим шагом психотерапии должно быть формирование у пациента позитивной перспективы и обретение чувства собственной эффективности (в том числе способности действительно контролировать тревогу) и благополучия. Для этого обычно требуется от 8 до 15 сеансов ДПДГ-психотерапии.

Нами также используется оригинальная аппаратная модификация метода ДПДГ, где серии движений глаз пациента вызываются при помощи аппарата визуальной цветоимпульсной стимуляции «АСИР». Для этого пациенту надевают специальные очки со светофильтрами, цвета которых по возможности подбирают с учетом предпочтений индивида. (К аппарату прилагается набор из 24 светофильтров различных оттенков). Обычно, десенсибилизация и переработка негативного материала проводится с использованием успокаивающих цветов (голубого, зеленого), для работы с ресурсами и присоединения к будущему используется импульсное воздействие активизирующих цветов (оранжевого, красного). Диапазон периодов повторения световых импульсов – 1–1,5 секунды. Пациенту предлагают, удерживая дискомфортное воспоминание, одновременно следить за попеременно вспыхивающими то в правом, то в левом окуляре огоньками. При этом его глазные яблоки совершают быстрые горизонтальные движения,

обеспечивающие переработку негативного материала. После выполнения всех необходимых этапов процедуры ДПДГ можно установить седатирующие светофильтры (синий, темно-зеленый), а цветоимпульсная стимуляция в течение 5–7 минут проводится в режиме поочередного постепенного увеличения и уменьшения яркости светового потока с длительностью световых импульсов от 4 до 6 секунд и паузами между ними около 1 секунды. Заключительный этап визуальной цветостимуляции (особенно при использовании дополнительных суггестий), обеспечивает снятие эмоционального напряжения и мышечную релаксацию даже в тех случаях, когда наиболее травмирующие переживания пациента не были до конца переработаны в ходе текущего сеанса.

### **Особенности применения ДПДГ у детей**

Дети обычно хорошо реагируют на ДПДГ-психотерапию, но применение данного метода у маленьких пациентов имеет свои особенности. Психотерапевт должен уделить особое внимание созданию обстановки, психологически безопасной для ребенка, и установлению с ним раппорта. Вначале следует обсудить проблемы ребенка с родителями, а потом предложить им выйти из кабинета, чтобы ребенок сам мог рассказать, что его беспокоит. Чтобы ребенок максимально сосредоточился на предмете воздействия, сеанс ДПДГ лучше проводить в отсутствие родителей. Но если ребенок обнаруживает признаки сильного беспокойства, чувствует себя брошенным, то родителям лучше присутствовать на сеансе. У самых маленьких детей (в возрасте полутора-трех лет) родители могут принимать непосредственное участие в сеансе ДПДГ-психотерапии. Так, один из моих учеников, детский психиатр и психотерапевт, консультировал полуторогодовалого мальчика, который после сильного испуга перестал ходить и разговаривать. Ребенок, молча, сидел на руках у матери, которой было предложено подробно рассказывать о произошедшем случае. Одновременно психотерапевт, привлекал внимание ребенка игрушками, наблюдая за которыми он был вынужден совершать глазами горизонтальные движения. После нескольких «серий» мальчик сполз с коленей матери, прошелся по комнате и сказал (впервые за несколько недель): «Мама, пойдем домой».

Перед началом переработки дисфункционального материала необходимо создать у ребенка *образ безопасного места*. Для этого ему предлагают припомнить какую-то ситуацию, где ему было очень хорошо и спокойно. На фоне погружения в приятное воспоминание проводится несколько серий движений глаз, которые усиливают и закрепляют это ресурсное воспоминание (при этом ребенок должен почувствовать себя лучше). Потом, в случае возникновения у ребенка на стадии десенсибилизации

сильного эмоционального и телесного дискомфорта, ему можно предложить сделать паузу и приостановить работу с травматическим материалом, чтобы на время целиком уйти в это комфортное безопасное место. При работе с маленькими детьми психотерапевт сталкивается с трудностями удержания внимания ребенка на протяжении сеанса. В связи с этим его средняя длительность у детей не превышает 45 минут, на протяжении которых движения глаз могут перемежаться с играми или другими видами деятельности. Дети обычно реагируют на ДПДГ очень быстро, поэтому такой продолжительности бывает вполне достаточно для достижения позитивного эффекта.

Дети обычно не могут четко оценить свои чувства с помощью ШСБ. Им можно предложить показать жестами, насколько интенсивным является испытываемое чувство. Например, если ребенок опускает руки низко к полу, это означает, что его негативные эмоции не очень сильны, а если он поднимает руки на уровень плеч, он показывает, что его страдания достаточно высоки. Другой способ – нарисовать на листе бумаги прямую линию со смеющимся лицом на одном конце и плачущим – на другом, а затем предложить ребенку показать, где он сам сейчас находится на этой линии.

Чтобы помочь маленьким детям следить глазами за пальцами психотерапевта, можно нарисовать на них смешные рожицы или использовать куклы. У самых маленьких детей следует попеременно использовать обе руки с куклами, надетыми на пальцы, поскольку если делать движения только одной рукой они очень часто вертят головой вместе с движениями глаз.

Детям с синдромом гиперактивности лучше предложить выполнять движения глаз из стороны в сторону перемещая свой взгляд между двумя отдаленными друг от друга цветными точками (фигурками) на стене.

Для удержания внимания ребенка при выполнении движений глаз психотерапевт может напевать приятную мелодию, слегка покачиваясь в ее ритме. Надо постараться использовать воображение ребенка. Например, в начале переработки его просят представить себе «что произошло», «увидеть плохую картинку», а после завершения серии движений глаз ребенку предлагают «разрушить эту картинку» или «взорвать ее». Затем спрашивают: «Как ты себя сейчас чувствуешь?», после чего вновь направляют внимание ребенка на картину психотравмы, проводят очередную серию движений глаз и снова предлагают «взорвать» картину события.

У детей школьного возраста лучше использовать их собственные представления, даже если они сформулированы не лучшим образом. Психотерапевт предлагает ребенку представить сцену негативного события и ответить на вопрос: «Что ты думаешь об этом?». Ребенок может ответить: «Учитель ненавидит меня». Можно предложить ребенку удерживать в уме

образ злого учителя и провести несколько серий движений глаз. После чего ребенка спрашивают: «Какие мысли у тебя появились сейчас?» При этом у ребенка может спонтанно произойти переход от отрицательного представления типа «Я все время отвлекаюсь» к положительному: «Я могу хорошо вести себя в школе».

У детей дошкольного возраста после завершения переработки негативного материала психотерапевту следует самому предложить понятные ребенку положительные самопредставления типа: «Я хороший», «Я сейчас в безопасности», «Мама и папа всегда будут любить меня».

### **Протоколы для терапии**

В качестве одной из причин высокой эффективности ДПДГ Ф. Шапиро называет тщательно разработанные протоколы терапии. Кроме описанного выше стандартного протокола из трех этапов, пригодного для большинства клиентов, имеется ряд специальных протоколов для отдельных ситуаций. Далее приведены краткие описания некоторых из них.

#### ***Отдельное травматическое событие.***

Процедура ДПДГ применяется к следующим предметам воздействия:

1. Воспоминания или образы действительно происходившего травматического события.
2. Сцена, возникающая в навязчивых воспоминаниях (она может отличаться от образа, представляющего все травматическое событие).
3. Образ сновидения или наиболее травматическая сцена повторяющегося ночного кошмара.
4. Нынешние раздражители, вызывающие беспокоящие воспоминания или реакции (например, звук заводящейся машины или особого рода прикосновения).

#### ***Протокол для недавних травматических событий (до 1–2 месяцев)***

1. Изложение пациентом последовательной истории травматического события.
2. Избрание (при необходимости) предметом воздействия наиболее беспокоящих аспектов воспоминания.
3. Переработка остальных моментов травматического события в хронологическом порядке.
4. Визуализация клиентом (с закрытыми глазами) всей последовательности событий и их переработка по мере возникновения беспокойства. Процедура повторяется до тех пор, пока клиент не сможет визуализировать всю последовательность событий, оставаясь в спокойном состоянии.
5. Визуализация клиентом всего события с открытыми глазами и инсталляция положительного самопредставления.

6. Завершение процедуры и проведение сканирования тела.
7. Переработка (при необходимости) существующих в настоящее время раздражителей, ассоциативно связанных с травматическим событием.

### ***Протокол для фобий***

*Простые фобии* (боязнь змей, пауков) предполагает переработку следующих целей:

1. Воспоминание о моменте, когда страх был испытан в первый раз.
2. Воспоминание о наиболее выраженном переживании страха.
3. Самые недавние события, когда отмечались подобные переживания.
4. Любые дополнительные события, ассоциативно связанные с фобией.
5. Любые связанные с фобией нынешние раздражители.
6. Физические ощущения или другие проявления страха, например, учащение дыхания, сердцебиение.
7. Инкорпорирование положительного примера для будущего, свободного от чувства страха.

*Процессуальные фобии* (боязнь публичных выступлений, страх перед полётами). К протоколу для лечения простых фобий добавляются следующие этапы:

1. Воспроизведение в уме всей последовательности события, вызывающего страх и переработка тех моментов, где этот страх возникает.
2. Переработка новых целей воздействия, если таковые проявились между сеансами.

### ***Протокол для случаев острого горя***

ДПДГ не устраняет и не ослабляет адекватные эмоции – в т. ч. чувство горя по поводу утраты, но позволяет легче его пережить.

Переработка проводится в следующем порядке:

1. Воспоминание о действительных событиях, в том числе страданиях или смерти любимого человека.
2. Навязчивые образы.
3. Навязчивые кошмары.
4. Нынешние факторы, вызывающие беспокойство и усиление горечи утраты.
5. Проблемы личной ответственности в связи со смертью близкого человека и возможный страх перед собственной кончиной.

Временные ограничения для использования ДПДГ при утрате не установлены.

### ***Тревожное ожидание сексуальной неудачи и коитофобия***

Последовательной переработке подвергаются:

1. Наиболее запомнившиеся сексуальные неудачи.
2. Воспоминания о негативной оценке партнёршей сексуальных качеств мужчины.

3. Навязчивые мысли о собственной сексуальной неполноценности.
4. Любые события, ведущие к появлению страха перед близостью.
5. Неадекватные представления о половой жизни (с использованием когнитивного взаимопереплетения).

### ***Супружеская неверность***

При переработке последствий супружеской измены объектом избирается наиболее явная причина психического дискомфорта (реальная или воображаемая сцена измены), а также навязчивые мысли, чувства (гнев, самоунижение), испытываемые обманутым партнёром. Это не только улучшает существующую ситуацию, но при решении расторгнуть брак, помогает предотвратить дисфункциональные проявления в будущих партнёрских отношениях. Если в конфликте супругов участвуют дети, их отрицательные чувства по поводу развода (чувство вины и боязнь быть покинутыми) также должны быть переработаны.

### ***Травмы сексуального насилия***

Даже при полномасштабной симптоматике травмы сексуального насилия только у половины клиентов есть визуальное воспоминание о травматическом опыте. Прежде всего, следует сосредоточиться на симптомах клиента, чтобы облегчить эмоциональную и физическую боль. Часто приходится работать с последствиями: приступами паники, затруднениями в интимных отношениях, нарушениями сна и т.д. Не всегда можно гарантировать полное избавление, но существенного улучшения можно достичь.

Следует учитывать, что при переработке травмы сексуального насилия клиенты проходят через различные эмоциональные стадии процесса исцеления. Носящий диссоциативный характер травматический материал изменяется, что приводит вначале к появлению чувства вины и стыда, затем к ярости, гневу, печали и, наконец – к чувству принятия происшедшего и даже к способности забыть его как страшный сон (печаль может возникать как до появления чувства гнева, так и после него) и обретению внутреннего покоя. Когда клиент испытывает чувство ярости, он может переживать образы и мысли связанные с тем, как он побеждает своего насильника. После того как чувство ярости переработано, оно может принять форму менее разрушительного чувства гнева, и этот справедливый гнев по отношению к насильнику вполне может быть завершающей стадией психотерапии. В ряде случаев стадия гнева может перерасти в принятие произошедшего, и даже прощение, хотя это не означает, что клиент забудет о поведении насильника или смирится с ним. Следует подчеркнуть, что чувство прощения не может возникнуть принудительно, путем навязывания извне, если клиент внутренне не готов к этому.



### *Протокол для случаев соматических нарушений*

Он ориентирован на работу, как с психологическими, так и физическими факторами, связанными с хроническим соматическим заболеванием пациента. Ф. Шапиро (1998) подчеркивает, что применение данного протокола не заменяет традиционную терапию, а лишь дополняет ее.

1. Разработать план действий с учетом реальных потребностей пациента.
2. Идентифицировать и переработать возможные травматические воспоминания, текущие жизненные обстоятельства и страхи перед будущим, связанные с:
  - жалобами пациента на душевное и соматическое состояние;
  - возможными социальными последствиями заболевания;
  - опытом предшествующего лечения.
3. «Просмотреть видеозапись» событий, вероятных в следующие пять лет.
4. Использовать работу с воображением, например по модели, предложенной супругами Саймонтоном.
5. Идентифицировать наиболее адекватные положительные представления.
6. Связать образ с положительным представлением.
7. Предложить пациенту домашнее задание, предполагающее самостоятельное выполнение процедур самопомощи.

В 70-е годы XX века К. Саймонтон и С. Саймонтон установили, что частота выживания среди раковых пациентов, подвергнутых лучевой терапии, соотносима с их психологическим отношением к болезни и теми символическими образами, в которых перед ними предстает сложившаяся ситуация. Супруги Саймонтоны предложили использовать технику визуализации, направленную на создание образа собственной иммунной системы, способной побеждать ослабленные раковые клетки. Чтобы помочь пациенту создать подобный образ, вначале его необходимо убедить, что раковые клетки являются в организме самыми слабыми. На этом основана эффективность химеотерапии и лучевой терапии – ослабленные раковые клетки погибают, а более сильные здоровые клетки выживают. Затем необходимо подвергнуть переработке обычно чрезвычайно болезненные воспоминания пациентов о моменте, когда они узнали о своем диагнозе (для многих он ассоциируется с вынесением смертного приговора). Далее пациенту предлагают создать образ могущественной иммунной системы, ведущей непримиримую борьбу с болезнью. Например, супруги Саймонтоны предлагают больному представить, что его белые кровяные тельца – это рыбы. Вначале он должен увидеть на экране, как рыбы подплывают к сероватым раковым клеткам и их поедают. Потом ему необходимо представит себя одной

из рыб, которая ведет остальных в атаку на рак. Пациенту предлагают почувствовать себя рыбой, поедающей раковые клетки, уничтожающей их, подчищающей все, что после них осталось. Это может быть образ артиллерии, обстреливающей раковые клетки, либо образ электрического тока, пронизывающего все тело и уничтожающего на своем пути раковые клетки и т. п. При работе в модели ДПДГ пациенту вначале предлагают создать положительное самопредставление, например: «Моя иммунная система исцеляет меня». Затем предлагают одновременно удерживать в сознании эту фразу и избранный образ, проводя последовательные серии движений глаз. Домашнее задание может заключаться в повторных визуализациях (на фоне серий движений глаз) исцеляющего образа, который усиливают, например, фразой, произносимой при мочеиспускании: «Я вывожу из себя все, что отравляет мой организм». При работе с онкобольными ДПДГ-психотерапию можно считать завершенной, когда пациент сможет представить себя здоровым и полностью излечившимся от рака, а при сканировании тела будут отсутствовать какие либо неприятные ощущения. Следует понимать, что хотя использование ДПДГ позволяет мобилизовать силы организма на борьбу с тяжелой болезнью, психотерапия не может гарантировать успех во всех случаях. Однако без подобных попыток еще труднее достичь положительного результата.

Таким образом, методология ДПДГ предоставляет возможности для работы с достаточно широким кругом психических и поведенческих проблем, а также соматических заболеваний.

### **Показания к использованию метода и его эффективность**

Показания к применению метода:

- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у ветеранов локальных войн и гражданских лиц (включая травмы сексуального насилия, последствия нападений, аварий, пожаров, техногенных катастроф и стихийных бедствий);
- обсессивно-компульсивное расстройство; паническое расстройство; психогенные сексуальные дисфункции;
- диссоциативные расстройства (при наличии у психотерапевта специальных навыков);
- зависимость от психоактивных веществ (данные о терапевтических результатах весьма противоречивы);
- хронические соматические заболевания и связанные с ними психологические травмы; случаи острого горя (синдром утраты);
- любые невротические и психосоматические расстройства, в анамнезе которых выявлена психотравма, которая предположительно имеет связь с

текущей патологией (этот травматический эпизод подвергается переработке);  
- супружеские и производственные конфликты;

- проблемы, связанные с повышенной тревожностью, неуверенностью в себе, низкой самооценкой и др.;

**Противопоказания** для применения ДПДГ немногочисленны. К ним относят: психотические состояния, эпилепсию, неспособность переносить высокий уровень тревоги (как во время сеансов, так и в промежутках между ними).

С момента создания метод подвергался ожесточенной критике со стороны конкурирующих психотерапевтических школ. Причиной нападков послужили публикации Ф.Шапиро, в которых она, опираясь на результаты не проконтролированных исследований, провозгласила ДПДГ новым, высокоэффективным методом психотерапии. Она утверждала, что психотерапевты, прошедшие обучение под руководством опытного в технике ДПДГ специалиста, при правильной подготовке клиентов могут надеяться на достижение явно выраженного положительного результата в 80–90 % случаев. В настоящее время исследований, посвященных терапевтическим эффектам ДПДГ, превышает таковое в отношении любого другого нового метода психотерапии. Ф. Шапиро (2002), провела обзор результатов 13 проконтролированных исследований лечения психических травм с помощью ДПДГ, в которых участвовали 300 пациентов. Она выявила, что результаты применения метода достоверно превосходят отсутствие лечения и что его позитивные эффекты не уступают таковым при использовании других психотерапевтических методов, с которыми проводилось сравнение. Во всех, за исключением одного из последних исследований ДПДГ-психотерапии с гражданскими лицами, было зарегистрировано, что от 77 до 100 % жертв однократных травм уже не соответствуют диагностическим критериям посттравматического стрессового расстройства после трех 90-минутных сеансов. Более сдержанные выводы делают В. Эттен и Ф. Тейлор (1998), которые провели метанализ по данным 61 итогового исследования лечения ПТСР. По показателю прерывания лечения при использовании психологических методов, случаи прерывания терапии имели место реже, чем при использовании лекарственных средств (14% против 32%). По показателю ослабления симптомов различные формы психотерапии оказались более эффективными, чем фармакотерапия, причём результаты обоих видов лечения превосходили таковые в контрольной группе. При сравнении различных форм психотерапии ДПДГ и экспозиционная терапия (в основе последней лежит воображаемая или реальная конфронтация со страхами), оказались наиболее эффективными, причем в равной степени. Тем не менее при использовании ДПДГ лечебный эффект достигался за меньшее количество сессий, чем при

использовании методов поведенческой (экспозиционной) терапии. Несмотря на различные оценки эффективности метода, вполне очевидно, что ДПДГ имеет хорошие перспективы, и всё большее число клиницистов будет обучаться этой психотерапевтической модели. Доказана – и с этим неохотно соглашаются даже критики метода – его эффективность при устранении симптомов ПТСР и нейтрализации травматических переживаний. Поэтому ДПДГ широко распространилось по всему миру, как способ оказания психологической помощи жертвам военных конфликтов и террористических актов (на Балканах, в Северной Ирландии, Ираке, при взрыве Всемирного торгового центра в Нью-Йорке), стихийных бедствий (землетрясение в Сан-Франциско, наводнение в Новом Орлеане, ураганы во Флориде), техногенных катастроф, аварий на транспорте и т.д. Дальнейшие исследования позволят сделать, не вызывающие сомнений выводы, насколько эффективна ДПДГ-психотерапия при лечении других расстройств, помимо посттравматического стресса.

### **Вместо заключения**

Один из исследователей вел долгие беседы с Эриксоном в надежде получить свод четких правил о его методе. В какой то момент Эриксон вывел этого человека во двор дома и спросил: «Что общего у тех деревьев, которые растут вдоль улицы?» – «Они все клонятся в восточном направлении», – ответил тот. – «Правильно! Все, кроме одного. Второе дерево с краю наклонено к западу. Всегда существует исключение...».

### **Сведения об авторе**

Доморацкий Владимир Антонович, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, врач-психотерапевт, сексолог, психиатр высшей категории. Заместитель председателя правления Белорусской ассоциации психотерапевтов. Действительный член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги. Официальный преподаватель и супервизор практики международного класса ОППЛ. Известный специалист в области эриксоновской психотерапии, стратегической психотерапии, десенсибилизации и переработки движениями глаз.

Проводит обучающие семинары по краткосрочной стратегической психотерапии, психотерапии с помощью движений глаз (ДПДГ), психотерапии сексуальных дисфункций и супружеских дисгармоний в Институте психотерапии и клинической психологии (Москва). Ведет длительные обучающие программы по эриксоновской психотерапии и эриксоновскому гипнозу. Как практикующий специалист оказывает психотерапевтическую помощь пациентам с различными невротическими и психосоматическими расстройствами, сексуальными дисгармониями и дисфункциями. Автор и соавтор 10 книг по актуальным вопросам психотерапии и сексологии. Всего имеет свыше 120 печатных работ.