



**Charles M. Citrenbaum**  
**Mark E. King   William I. Cohen**

MODERN  
CLINICAL HYPNOSIS  
FOR HABIT CONTROL

**W.W. Norton & Company**  
**New York | London**

**Чарльз Цитренбаум  
Марк Кинг Уильям Коэн**

# **ГИПНОТЕРАПИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК**

Перевод с английского Л.В. Ерашовой

**Москва  
Независимая фирма "Класс"  
1998**

УДК 615.851.2

ББК 53.57

Ц 59

**Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У.**

Ц 59 **Гипнотерапия вредных привычек**/Пер. с англ. Л.В. Ерашовой. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 192 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

**ISBN 5-86375-096-0 (РФ)**

Эта книга — первое изданное в России практическое руководство по применению современного лечебного гипноза в терапии зависимостей (в первую очередь, переедания, курения и алкоголизма). Актуальность этой тематики для нашей страны в доказательствах не нуждается. Однако для успеха лечения недостаточно владеть соответствующим “инструментарием”; важно также знать, как, когда и при каких условиях этими инструментами пользоваться.

Профессионалам, без сомнения, окажутся полезными описания гипнотерапевтических техник работы с зависимостями. Однако книга адресована не только специалистам. Она написана так просто и с таким юмором, что любой пытливым читатель найдет в ней для себя много нового и интересного.

Главный редактор и издатель серии *Л.М. Кроль*

Научный консультант серии *Е.М. Михайлова*

ISBN 0-393-70003-8 (USA)

ISBN 5-86375-096-0 (РФ)

- © 1985, Charles M. Citrenbaum,  
Mark E. King, William I. Cohen
- © 1985, W.W. Norton & Company
- © 1998, Независимая фирма “Класс”,  
издание, оформление
- © 1998, Л.В. Ерашова, перевод  
на русский язык
- © 1998, А.Ф. Радченко, предисловие
- © 1998, В.Э. Королев, обложка

[www.kroll.igisp.ru](http://www.kroll.igisp.ru)  
Купи книгу “У КРОЛЯ”

*Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.*

## **ТЕРАПИЯ, СОЗДАЮЩАЯ “СИТУАЦИИ БЕЗ НЕУДАЧ”**

Лечение наркологических пациентов или, как теперь говорят, пациентов с зависимостями, в нашей стране имеет свою историю. Занимались этим наркологи, используя “особенные методы” терапии: имплантацию, кодирование и прочие похожие на плохой спектакль действия, усиливающие чувство страха в душах, и без того наполненных беспокойством и неуверенностью. Все это с трудом могло быть отнесено к миру психотерапии.

Давно — или теперь уже кажется, что меня отделяет от этих событий целая вечность — я была наблюдателем и участником этой истории. Меня учили пугать, разыгрывать спектакль для придания достоверности эффекту “плацебо”, и я совершенствовала свою роль, испытывая неудобство, недоверие и недоумение: “Неужели надо вот так?” А потом, как в сказке, дорога подошла к перепутью, и я отправилась по одной, а “особенные методы” — по другой.

В то беззаботно-прекрасное время, когда мы, вне зависимости от возраста, опыта, образования, начинали учиться по-новому, на одном из психотерапевтических семинаров мэтру Жану Годэну был задан вопрос, используют ли во Франции “кодирование”. После долгих переговоров переводчика с аудиторией все-таки удалось объяснить господину Годэну суть непонятого для него действия. И тогда он воскликнул почти в ужасе: “Скажите, кто и где это делает?!” Зал хохотал, ученики толкали друг друга, потому что часть из них именно в этом весьма преуспели.

С тех пор утекло много воды, появилась настоящая, хочется сказать “цивилизованная” психотерапия зависимостей, мы многому научились и многое переосмыслили. Зависимости перестали казаться отдельно существующими проблемами и заболеваниями. Стало очевидным, что они “втекают” и “вытекают” из множества человеческих сложностей, неудач и неустройств, порождая свои иллюзии прибежища, защиты, чувства безопасности, которыми могут стать еда, алкоголь, наркотики и даже работа. Как и всем

другим нашим пациентам, людям с зависимостями так хочется обрести “другое спокойствие”, “другую надежность”, “другую свободу”.

Впрочем, в этой истории по-прежнему существуют две терапевтические территории. На одной обещают излечить сразу — “буквально за один сеанс” — там продолжают царить запреты и устрашающие процедуры. На другой — обещания скромнее, путь дольше, работа кропотливее и цель иная: как говорят авторы этой книги, “достичь отсутствия страха поражения”.

Здесь необязательно быть представителем профессии с жестковатым, каркающим названием “нарколог”, потому что проблемы зависимостей — это проблемы внутренне испуганных и одиноких, заблудившихся или потерявших ориентиры людей. А это все контексты психотерапии.

И мы продолжаем учиться. Теперь, кроме хороших обучающих программ, приходят новые книги. Перед вами одна из них. Авторы не обещают волшебных техник, мгновенного излечения. Книга трех психотерапевтов объединяет многовековой опыт, ориентирует на индивидуальный подход к каждому пациенту, с его персональной историей, учиться наблюдать, быть хорошо настроенным инструментом в работе и верить в то, что не только психотерапевт, психолог способен “одарить” пациента успехом, результатом лечения, но и сами пациенты одаривают нас знаниями, опытом, возможностью работать творчески.

Книга написана как путеводитель по музею — все понятно, направление задано, все экспонаты на своих местах и их удобно рассматривать и изучать. Это откровенная книга. Авторы без утайки рассказывают о процедурах, техниках, терапевтическом процессе и даже о гонорах. Мне нравится психотерапия, в которой умеют создавать ситуации без неудач, иногда точно отправляют стрелу в цель, а иногда “посылают ее вверх, и то, во что она попала, называют мишенью”. Мне кажется, именно так можно достичь “отсутствия страха поражения”, а значит вернуть уверенность, обогатить личность другими возможностями, а иногда возратить любовь, привлекательность, способность к творчеству, полноценность самой жизни.

Учиться психотерапии можно начинать по-разному: следуя шаг за шагом от источника первостепенных знаний, а иногда — сразу увидеть работу зрелого мастера, высоко поднятую планку терапев-

тических возможностей, и тогда не уже перепутаешь, “как надо”. И оба пути правильные.

Книги, как хорошие обучающие программы, позволяют видеть “дорожные знаки” психотерапии, понимать правила и учиться безопасности движения. Одна важная вещь позволила мне понять суть терапии зависимостей: быть зависимым от чего-либо (или кого-либо) — это неспособность быть взрослым, а взрослеть — трудно. Однажды начинаешь желать этого, стремиться к этому, но получаешь свою долю царапин и ушибов. И так хочется, чтобы кто-то подул на ранку. А если тебя самого выбирают наставником, проводником, — иногда дуешь на ранку, иногда за руку ведешь во взрослый мир, а потом отпускаешь, но всегда разрешаешь оглядываться и, если надо, долго машешь на прощанье рукой: “я здесь”.

Вот еще одна книга, хорошая карта, еще одна возможность учиться “правильно”.

**А.Ф. Радченко,**  
канд. мед. наук, доцент,  
гл.специалист по психотерапии  
МЦ Администрации Президента России

## **ВВЕДЕНИЕ**

Эта книга посвящена применению современного лечебного гипноза в терапии вредных привычек. К современному лечебному гипнозу мы относим гипнотерапию в той ее модификации, которая была разработана Милтоном Эриксоном. Эта гипнотерапия проникнута уважением к пациенту и часто использует косвенные техники воздействия и метафоры. Она рассматривается как расширение повседневного общения, а не как особый подход, обладающий полнотой и законченностью. Мы используем лечебный гипноз как часть терапевтической программы в соединении с другими стратегиями, что нашло отражение в книге.

Под вредной привычкой можно понимать всякое нездоровое повторяющееся поведение, которое не контролируется человеком. В более узком смысле к вредным привычкам относят поведение, связанное неконтролируемым с приемом пищи или злоупотреблением табаком и алкоголем. Мы ограничили наши примеры проблемами питания, курения и алкоголизма, так как наш опыт свидетельствует, что к профессионалам, занимающимся лечебным гипнозом, чаще всего обращаются по этим поводам. Техники, которые обсуждаются в данной книге, можно использовать (с некоторыми изменениями) при работе с большинством вредных привычек. Например, многие техники непосредственно в представленном виде применимы в случаях кусания ногтей, выдергивания волос и увлечения азартными играми. Некоторые другие вредные привычки, скажем, героиновая или кокаиновая зависимости, требуют использования дополнительных стратегий.

Данная книга не о том, как проводить лечебный гипноз. Едва ли этому можно научиться, читая книги. Скорее, в ней описаны особые методики терапии вредных привычек, предназначенные для специалистов, уже владеющих лечебным гипнозом.

Когда мы писали эту книгу, то столкнулись с тремя основными трудностями, которые могут возникнуть и у многих читателей. Первая и наиболее важная из них заключается в том, что материал в ней расположен произвольно. В книге не соблюдается чет-



кая категоризация. Например, некоторые из косвенных техник (глава 4) можно также применять и истолковывать как прямые техники (глава 5) или наоборот. Между тем, что мы отнесли к системе представлений (глава 1), и техниками, подробно описанными в остальных главах, существует тесная связь. Мы надеемся, что изложили материал таким образом, что к концу книги читатель получит полную картину. Главы взаимосвязаны, и мы предлагаем читать их по порядку, не делая длительных перерывов.

Вторая трудность заключается в проблеме языка. Язык относится к функциям левого полушария, и это не слишком подходящее средство при попытках описания гипнотической коммуникации, которая включает функционирование правого полушария. Ницше писал: “То, для чего мы находим слова, прежде уже имелось у нас подспудно. Слова служат обыденному, земному. В каждом высказанном слове имеется крупинка презрения говорящего”.

Язык гипноза очень точен, в нем значимо каждое слово, однако он оставляет большую свободу, много лакун, которые может наполнить смыслом бессознательное пациента. Коммуникация зависит не только от слов, но и от интонаций, пауз, изменений позы психотерапевта и т.д. Представьте себе, как трудно ограничиваться только словами, а у нас нет других средств для коммуникации с вами.

Мы намеренно написали относительно небольшую книгу, потому что полагаем в глубине души, что вам нужно применять эти техники в соответствии с вашим собственным стилем работы. Если это так, советуем вам держать открытыми все ваши сенсорные каналы и постоянно корректировать все используемые процедуры, чтобы достигать наилучших результатов с каждым пациентом. Можно было бы написать книгу, в два или три раза большую по объему, но излишняя подробность затормозила бы применение этих техник на практике. Для интересующихся читателей в конце книги помещен список литературы. Многие техники обсуждаются с несколько иной точки зрения в предыдущей книге “Коммуникация, не встречающая сопротивления: творческие навыки для терапевтов” (“Irresistible Communication: Creative Skills for the Health Professional”, King, Novik, Citrenbaum, 1983), и некоторые читатели, возможно, захотят обратиться к ней.

Третья трудность относится к установлению некоторых из наших источников. Мы посетили множество семинаров, конференций и различных курсов. Чтобы в этом издании привести список прочи-

таннных нами книг — если бы мы могли припомнить все — пришлось бы срубить слишком много деревьев. В главе 1 мы обсуждаем главные влияния, которым подверглись наши воззрения, но хотелось бы поблагодарить еще очень многих учителей и авторов. Немало их мыслей стали казаться нашими собственными, так что мы уже не можем назвать авторов всех идей.

Мы хотели бы также воспользоваться здесь возможностью поблагодарить Сюзан Барроу, нашего эрудированного редактора из издательства Нортон и К°, за ее веру в наш проект и значительную помощь в процессе работы. Благодарим также Линду Хелм за помощь при подготовке рукописи. Особые благодарности Отделу профессионального и народного образования при больнице Шепард Пратт в Балтиморе, штат Мериленд, особенно бывшему директору Присцилле Тейнтер, а также Пэт Митчелл и Сильвии Надлер. Эта организация и ее сотрудники много лет являлись спонсорами нашего национального семинара по гипнозу, и их поддержка имела решающее влияние на разработку наших идей.

Особая благодарность от нашей организации “Стоп Пицца” Американскому табачному институту, Совету по производству картофельных хлопьев и быстрой пищи Америки, а также Ассоциации американских пивоваров и винокуров. Без их деятельности эта книга не вышла бы в свет, да и была бы не нужна.

# 1. СИСТЕМА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Эта книга не о том, как проводить лечебный гипноз. Если вы еще им не владеете, мы должны сказать, что вам, вероятно, придется сделать гораздо больше вложений, нежели просто заплатить за эту книгу. Не думаем, что кто-то сумел бы научиться гипнозу как научной дисциплине и своего рода искусству, не переняв его от людей, которые владеют этой техникой. Данная книга предназначена для тех, кто уже умеет использовать лечебный гипноз в своей профессиональной деятельности и хотел бы прочитать о некоторых эффективных стратегиях терапии вредных привычек. Чтобы вы поняли техники, которыми мы пользуемся при терапии вредных привычек, нам нужно предварительно поделиться с вами основополагающей системой наших представлений о природе человека, психологии, специалистах-медиках и лечебном гипнозе.

Около пяти лет назад шестилетняя дочь одного из авторов как-то спросила отца, проводившего дома гипноз со своим другом: “Папа, что такое этот гипноз?” Он ответил: “Шейна, это способ помочь людям поверить в другие вещи”. “Как это?”— спросила она. Отец ответил: “Ну, например, человек думает, что он не может что-то делать, и поэтому он и не может этого сделать. Я пытаюсь помочь ему думать иначе”. Девочка посмотрела на него и сказала: “Ты говоришь, что ты можешь делать что-то, когда думаешь, что можешь?” Отец ответил: “Примерно так”. Она снова спросила: “Ты говоришь, что ты не можешь делать что-то, когда думаешь, что не можешь?” Отец согласился: “Верно”. Она посмотрела на него и сказала: “Я этого не понимаю”. Он ответил: “Ну, Шейна, ты еще мала, чтобы это понять”. В течение последующих пяти лет каждые шесть-семь месяцев она вновь спрашивала, что такое гипноз. И разговор повторялся снова и каждый раз заканчивался ее непониманием. Около года тому назад она вернулась домой из школы и сказала: “Папа, угадай, что я узнала! Я узнала, что пчела слишком тяжелая для своих крыльев и она не должна летать, но пчела не знает об этом, поэтому она летает!” Отец посмотрел на нее, улыбнулся и сказал: “Теперь, Шейна, ты понимаешь, что такое гипноз”.

Специалисты по питанию говорят нам, что “мы — то, что мы едим”, но, с точки зрения психологии, мы — то, во что мы верим. Это справедливо и для врачей, и для их пациентов. Невозможно переоценить важность знания вашей собственной системы представлений и понимания того, как она влияет на вашу работу и на ваше понимание представлений пациентов и их влияния на конкретную симптоматику, приведшую пациентов в ваш кабинет.

Мы считаем это очевидным и не можем сообщить вам никакой другой истины. Но нас это не очень беспокоит, потому что в нашей профессии мы имеем дело с реальностью, а не с истиной. Искать истину — работа философов и проповедников. Хотя время от времени нам нравится считать себя либо философами, либо проповедниками, либо и теми и другими сразу. Однако как медики мы должны понимать именно *реальность* (то, во что верят наши пациенты), как бы она ни соотносилась с тем, что неизбежно проявится неизвестными метафизическими фактами. Детальная разработка этого откровенно экзистенциально-феноменологического подхода к жизни выходит за рамки этой книги. Читателя, интересующегося подробностями, мы отсылаем к работе Valle и King (1978). Достаточно сказать, что мы определяем реальность как чье-то понимание мира. Жан Пиаже показал, что очень маленькие дети не понимают, что объект существует вне их восприятия. Следовательно, если вы хотите понять ужас ребенка, родитель которого только что ушел, вам не нужно интересоваться истинным положением (тем, что родитель просто находится в соседней комнате), скорее, вам следует понять когнитивную деятельность ребенка и связанную с ней реальность ребенка (родителя нет).

Пол Вацлавик в своей блестящей книге “Язык изменений” (“*The Language of Change*”, 1978) рассматривает это явление так. Пациенты приходят в ваш кабинет, полагая, что мир устроен определенным образом. Эта конкретная система представлений не очень конструктивна, потому-то они и обращаются за помощью. Ваша работа состоит в том, чтобы помочь им поверить, что мир функционирует иначе. Однако, когда вы это делаете, важно не забывать, что ни первоначальная картина мира пациента, ни новая картина мира, которую он создал с вашей помощью, не имеют особой законной силы. С философской точки зрения обе, вероятно, имеют изъяны. Разница в том, что новая стратегия, если она эффективна, должна помогать пациенту быть более довольным жизнью и получать от нее больше радостей, в то время как старая причиняла ему боль и страдания.

Иногда необходимо помочь пациентам изменить их систему представлений. Например, пациенты, думающие, что они совершенно не контролируют свои пищевые паттерны, нуждаются в новой системе представлений, говорящей о том, что они в некоторой степени управляют ими. Но иногда нет необходимости изменять систему представлений пациента. Им нужна помощь в несколько ином истолковании имеющейся у них системы представлений. Это можно пояснить на примере курильщика, который заявляет вам на приеме, что, по его мнению, присущее ему упорство мешает ему побороть свою привычку. В данном случае дело специалиста — сообщить пациенту, насколько полезным может быть упорство для того, чтобы расстаться с курением, ведь, кроме всего прочего, бросить курить очень трудно, и нужно настоящее упорство, чтобы “упорно” воздерживаться от курения.

Эта книга в основном посвящена работе с системой представлений пациента и способам ее изменения с наибольшей пользой для пациента, однако начать мы хотим с просьбы, обращенной к вам, читатель: исследуйте *вашу* систему представлений о природе изменений, возникающих в результате терапии вообще и, в частности, при клиническом гипнозе.

Общение — это часть вашей профессии, и ваша способность работать с пациентами зависит не только от знаний психодинамики или медицины, но и от способности эффективно передавать эти знания пациентам. Если вы делаете это эффективно, то передадите все ваши представления о терапевтических изменениях вашим пациентам и, более того, их друзьям и членам семей. У одного из авторов была пациентка, которая вошла в кабинет, посмотрела ему прямо в глаза и сказала: “У меня оральный характер, поэтому меня будет трудно лечить”. Психотерапевт немедленно впал в транс, как всегда происходит с нами, когда мы не понимаем, что происходит. Муж этой пациентки проходил психоанализ в течение пяти лет, и психоаналитик передал свою систему представлений о поведении людей и изменениях в нем не только ему, но даже членам его семьи. Поэтому мы просим вас сейчас подумать о своих представлениях, касающихся природы изменений. К несчастью, многие школы психотерапии утверждают, что реальные личностные изменения происходят с большим трудом и чаще всего медленно. Если вы действительно так думаете, то передадите это пациенту, и тогда не надо удивляться, что ваши пациенты могут оказаться, так сказать, “резистентными” — людьми, которым не нравится приходить на терапевтические сеансы. Кто хочет иметь дело с чем-

то болезненным, что отнимает много времени? Мы считаем, что *человек может изменять многие поведенческие паттерны относительно быстро и что изменение может быть интересным и даже забавным*. По мере сил мы воплощаем в жизнь свою любимую точку зрения и любимыми возможными путями передаем это убеждение своим пациентам.

Продолжим обсуждение наших представлений о терапевтических изменениях поведенческих паттернов и о гипнозе, чтобы была понятна философия, которая лежит в основе последующих глав. Вначале отдадим дань уважения профессионалам, которые оказали наибольшее влияние на формирование наших воззрений.

Первым мы хотим упомянуть Милтона Эриксона, основателя современного лечебного гипноза. Эриксон вернул гипнозу уважение в среде медиков. Эта книга пронизана его идеями и даже, в какой-то мере, магией его личности. Эриксон настолько опережал свое время, что его определенно не понимали и недооценивали при жизни. Однако, кажется, что, даже обретя славу и известность в последние десять лет, он так и не был правильно понят. Многие недавно опубликованные книги объявляют об использовании “эриксоновского подхода”, но Эриксон при жизни отрекался от этого ярлыка. Он говорил, что применяет к каждому пациенту особый, личностный подход, что не существует никакого “эриксоновского подхода” и никто не должен пытаться копировать его или истолковывать таким образом. Если вам не посчастливилось встречаться с Эриксоном или достаточно полно изучать видеозаписи его работ, то по многим недавно вышедшим книгам о нем у вас могло сложиться неверное впечатление, будто вся его работа заключалась в использовании метафор или загадок. Несмотря на то, что Эриксон был мастером косвенного воздействия и помог нам понять его ценность и силу, он часто работал с людьми вполне прямо, как при наведении транса, так и при использовании конкретных стратегий в соответствии с конкретной задачей.

Ницше однажды написал одному из своих учеников: “Вы могли бы оказать мне честь как вашему учителю, перестав быть моим учеником” (1968а). Мы полагаем, что уважение к Милтону Эриксону должно проявляться не в желании соревноваться с ним, имитировать его, а в творческом использовании сделанного им в наших частных техниках во благо нашим пациентам. Несмотря на то, что мы испытали сильное влияние Эриксона и высоко ставим его принципы, не следует рассматривать эту книгу как попытку копировать его работу.

Особенно полезными для нашей работы мы считаем идеи и техники Ричарда Бэндлера и Джона Гриндера, основателей школы психологии, названной нейро-лингвистическим программированием. Ричард и Джон — необычайно искусные интерпретаторы. Изучив терапевтические техники Милтона Эриксона, Вирджинии Сатир и других, они смогли развить свое направление. Доктор Эриксон как-то сказал нам, что много интересного узнал о своей работе от Бэндлера и Гриндера. Они, в частности, очень подробно разъяснили нам эффективную стратегию поиска потенциальных пациентов, на которых будут эффективно воздействовать методики или способы обучения, предлагаемые Бэндлером и Гриндером.

В теоретическом плане эта работа испытала также сильное влияние Пола Вацлавика, книги которого вместе с трудами Бэндлера и Гриндера, а также Милтона Эриксона, приведены в списке литературы в конце этой книги. По нашему мнению, это ведущий современный теоретик в области психотерапии. Кроме того, сильное влияние на нас оказали идеи и техники Джея Хейли.

## Терапевтические стратегии

Существуют четыре стратегии или техники получения терапевтических изменений, они одинаково значимы и при использовании лечебного гипноза, и при терапии, не использующей его. Первая из них, известная как *подстройка (pacing)*, настолько важна для терапии, что ее разработке посвящена целая глава.

Вторая техника, имеющая решающее значение и часто упускаемая из виду в процессе преподавания терапевтического мастерства, — это *техника наблюдения*. Возможно, это умение у Эриксона было развито в наибольшей степени. Мы вспоминаем первый контакт с ним, когда его жена Бетти вкатила Эриксона в инвалидной коляске в комнату. Он не видел, как мы пришли, потому что был в тот день болен и запоздал. Эриксон огляделся, одарил нас своим знаменитым пристальным взглядом и сказал: “Кто из присутствующих ходит не так, как все остальные?” Все, включая ту, кого он имел в виду, удивленно посмотрели вокруг. Через несколько секунд он указал на одну женщину и попросил ее: “Пройдите, пожалуйста, по комнате”. Она пересекла комнату, затем вернулась на место. Эриксон спросил ее: “Давно ли вы занимаетесь танцами?” По манере сидеть он мог сказать, что эта женщина чем-то отличалась, а когда увидел, как она движется, догадался, что

это профессиональная танцовщица. Этот пример и многие примечательные истории, рассказываемые об Эриксоне, объясняются его необычайной способностью к чуткому наблюдению за мельчайшими изменениями в людях. Мы вспоминаем, как сами обучались психологии и медицине. Преподаватели рассматривали точное наблюдение как способность к объективному наблюдению поведения пациентов вместо теоретических умозаключений о нем. Теперь мы понимаем, насколько элементарным было обучение. Эриксон, а также Бэндлер и Гриндер, помогли нам научиться замечать изменения оттенка кожи, типа дыхания, слабые движения тела и т.п., поскольку они важны для понимания того, что происходит с пациентом в процессе гипноза.

Третья техника, к которой обычно обращаются, — *утилизация поведения*, и мы добавили бы к этому *утилизацию системы представлений*. Доктор Эриксон полагал, что каждый пациент, обращавшийся к нему, чем-то обогащал его технику. Многие из этих даров обычно не используются терапевтами, потому что на них искусственно наклеивают ярлыки симптомов; при этом терапевтам кажется, что их работа состоит в том, чтобы избавиться от “симптомов”, совершенно не понимая, что их можно использовать в процессе лечения.

Возможно, наиболее изящный пример такого применения приведен Джейм Хейли в книге “Необычайная психотерапия” (“Uncommon Therapy”, 1973). Молодой человек, попавший в больницу в Массачусетсе с диагнозом “параноидная шизофрения”, считал себя Иисусом Христом. Персонал жаловался, что его невозможно было заставить участвовать ни в какой форме терапии ни в больнице, ни вне ее и что он целый день напролет только играл свою роль. Помимо всего прочего, невозможно ввести “Иисуса Христа” в терапевтическую группу. Эриксону, работавшему тогда в больнице, рассказали об этом. Прежде чем встретиться с пациентом, он получил ряд сведений об этом человеке и мог использовать их в его интересах. Когда Эриксон увидел “Иисуса Христа” впервые, то подошел к нему и сказал: “Я слышал, что вы были плотником”. Тому, конечно, пришлось ответить: “Да”. Эриксон добавил: “И еще я слышал, что вы любите помогать людям”. И снова пациенту пришлось подтвердить. “Хорошо,— сказал Эриксон, протягивая ему молоток,— мы в госпитале строим флигель для приюта и нуждаемся в вашей помощи”. За несколько минут этот человек был вовлечен в процесс терапии, которую теперь мы называем трудовой или терапией среды, в группе строителей, кото-



рым не было дела, кем он себя считает, а тем временем он учился вести себя спокойно и ровно забивать гвозди. Вскоре пациент был выписан из больницы и мог жить в обычных условиях.

Немногие имеют столь изящные примеры в своей практике ведения больных. Некоторые типичные случаи продемонстрируют полезность такой техники как в общей психотерапии, так и в гипнозе в частности. Когда один из авторов только обучался гипнозу, он как-то раз гипнотизировал своего друга у него дома. И, хотя предполагалось, что в это время никого из соседей не будет дома, как только он начал применять технику наведения, в соседней комнате кто-то включил душ. Вместо того чтобы прийти в отчаяние от этой помехи, он использовал шум, сказав: “Ты слышишь шум душа из соседней комнаты, ты начинаешь думать о теплой, успокаивающей воде, струящейся по твоей спине; с каждой ее каплей, падающей вниз, ты начинаешь отпускать себя все больше и больше”. Шум душа стал слуховым стимулом, составной частью наведения.

Еще один пример использования системы представлений был приведен уже в этой главе, в случае с пациентом, считавшим себя упрямым. Если наш пациент заявляет, что он упрям, мы обычно поздравляем его с этим и говорим, что упрямство ему понадобится для эффективной работы над проблемой, потому что требуется много упрямства, чтобы побороть ту привычку, над которой мы работаем. Поэтому абсолютно все: принесенную внешнюю помеху, систему представлений или ряд поведенческих проявлений, которые называют патологическими, — умелый практик сможет использовать в интересах пациента.

Четвертая стратегия достижения лечебного эффекта направлена на поддержание *профессиональной гибкости врача*. Многие из нас обучаются конкретным приемам обращения с пациентами. Эти приемы обычно отражают теоретическую ориентацию студента или учебного заведения. Конечно, эти способы в некоторых случаях работают достаточно эффективно, иначе мы к ним никогда бы не обращались. Проблема заключается в том, что когда привычный способ не действует, многие просто используют его же вновь и вновь, увеличивая продолжительность и громкость воздействия. Когда в конце концов достигается предел силы воздействия, а прием *все еще* не работает, мы ищем виновного. Если сила нашего “я” велика, мы обвиняем пациента: пример из области психотерапии — пациенты, которых называют “резистентными”. Если сила нашего “я” меньше, мы просто начинаем думать, что мы

плохие клиницисты. Стратегия гибкости врача разработана Бэндлером и Гриндером и названа “законом разнообразия необходимых приемов” (“The Law of Requisite Variety”, 1979). Согласно этому закону, работая с пациентом, вы сохраняете свои сенсорные каналы открытыми и используете приемы, которые, по вашему ощущению, являются наилучшими. Если прием работает, то вы, безусловно, продолжаете, минимально подстраиваясь при необходимости; однако если этот прием не работает, то вы пробуете что-нибудь еще. Мы согласны с Бэндлером и Гриндером: если вы обладаете большей гибкостью и разнообразием, чем ваш пациент, в конце концов вы сможете вызвать в нем те изменения, в которых он нуждается, и в вашей практике никогда не встретится “резистентный” пациент.

Это замечание вынуждает нас оценить заново свое представление о профессионализме. Нас глубоко волнует эта проблема, и на занятиях, которые мы проводим по всей стране, мы уделяем этому много времени. Проще говоря, по нашему мнению, профессионал — это тот, кто делает работу хорошо, а любитель — тот, кто этого делать не умеет. Другого четкого различия не существует. Профессионализм не связан с вашей манерой одеваться, или с вашим кабинетом, или с другими внешними атрибутами. Существует анекдот о Милтоне Эриксоне, относящийся к самому началу его практики в Мичигане. Аспирант другого факультета, писавший диссертацию о дизайне офисов, вошел в кабинет Эриксона и увидел карточный стол и несколько колченогих стульев. Аспирант сказал ему, почти извиняясь, что даже если он ученый и ему не важно, что о нем говорят, однако такая обстановка — это не то, что ожидают увидеть посетители. Эриксон посмотрел ему в глаза и сказал: “Да, но здесь же есть я!”

Слишком многие из нас имеют незыблемые представления о профессионализме, которые часто мешают эффективному воздействию на многих пациентов. Одно из наиболее распространенных, но часто явно не выраженных мнений состоит в том, что специалист в области психического здоровья должен быть всегда приятным. Хотя мы согласны, что хорошо быть приятным в ситуациях, когда мы можем доставить людям удовольствие, но важно помнить, что иногда и приятные манеры могут причинить вред пациенту. Некоторые пациенты нуждаются в “пинке”, их нужно поставить на место, и специалист, который на это не способен, теряет в эффективности по сравнению с тем, кто достаточно гибок, чтобы быть то приятным, то жестким, в зависимости от ситуа-

ции. Это особенно справедливо в отношении определенного рода зависимостей, таких как наркомания или алкоголизм, когда, по нашему мнению, специалист должен зачастую выдерживать очень жесткую линию поведения с пациентом.

Следовать правилу, по которому необходимо делать то, что позволяет, а иногда даже требует работа, это и есть личностная гибкость. Иногда мы работаем в кабинете, иногда в парке; в одной ситуации надеваем костюмы с галстуками, в другой — футболки. Важно помнить, что все в нашем поведении преследует определенную цель. Мы проявляем гибкость настолько, насколько позволяют ее пределы, не преступая при этом немногих существенных этических правил, таких как правило запрета на сексуальные отношения с пациентками. Предлагаем всем психотерапевтам пересмотреть свои этические запреты, чтобы убедиться, что они в самом деле относятся к этике, а не просто служат прикрытием их негибкости.

Подводя итоги, скажем, что хорошие стартовые качества имеет тот терапевт, который может подстраиваться к пациентам (см. главу 2), умеет внимательно наблюдать, знает, как использовать то, что пациент привносит в его кабинет, и обладает широким диапазоном поведенческих приемов, позволяющих решать, как ему работать с конкретным пациентом. Терапевт может эффективно осуществлять терапевтические изменения как с помощью гипноза, так и применяя психотерапевтические или общемедицинские средства.

## **Проблема контроля**

Контроль — это очень неопределенный, спорный и трудный вопрос, возникающий в отношениях между пациентом и специалистом. Конечная цель терапии — дать пациенту средства большего контроля за своей жизнью и позволить ему меньше чувствовать себя жертвой привычки. Однако, как это ни парадоксально, мы считаем, что на начальной стадии ситуацию должен контролировать специалист. Многие техники, обсуждаемые в этой книге, по сути представляют собой приемы контроля. Например, если пациент звонит и настаивает на немедленном приеме, мы заставляем его подождать неделю, даже если есть свободное время. Возможно, это спорный тактический ход, и другие специалисты придерживаются противоположной точки зрения. Но мы полагаем, что специали-

сты должны сохранять контроль для того, чтобы управлять ситуацией или воздействовать на нее в интересах пациентов.

Демократия не очень эффективный способ ведения психотерапевтической практики. В 60-е годы студентами мы частенько сидели на занятиях, где “либерально” настроенные преподаватели не брали на себя “командование”. Преподаватель сидел перед аудиторией, положив ногу на ногу, и спрашивал: “Чем мы сегодня будем заниматься?” Чаще всего мы ничем не занимались. По нашему мнению, управлять делом должен специалист, независимо от того, о чем идет речь — о работе в классе, кабинете врача или психотерапевта.

Многих отпугивает слово “манипуляция”. Мы открыто признаем, что все время манипулируем пациентами. В конце концов физиотерапевты занимаются манипуляцией, и ничего плохого в этом нет. Манипуляция — это важная часть их работы. Они восстанавливают опорно-двигательный аппарат, манипулируя, упражняя и укрепляя травмированные или ослабевшие мышцы, чтобы пациент снова мог двигаться. Физиотерапевты не манипулируют и не берут под контроль духовную сторону и личную жизнь, не решают, как пациенту использовать восстановленную подвижность. Они ответственны только за манипулирование мышцами пациента с той целью, чтобы пациент вновь сам мог управлять ими. Психотерапевт, работающий с проблемами управления привычками, несет сходную ответственность. Временное принятие управления и манипуляция со стороны специалиста направлены на восстановление способности пациента к полному контролю над собственной жизнью.

Контроль сам по себе не является ценностью. Хорош он или плох, зависит от намерений врача-консультанта. Если специалист работает в интересах пациента, тогда управление, манипуляция или что-либо еще необходимое — это просто его работа. Для пациента нет пользы в том, что психотерапевт “славный малый”, если он не в силах ему помочь. Это может быть фундаментом дружбы, но не отношений между врачом и пациентом типа “пришел — плати”. Мы даже лжем пациентам и считаем, что это хорошо, пока это делается в интересах пациента. Если мы сочиняем историю о некоем друге, имея целью передать пациенту метафорическое сообщение, чтобы помочь ему справиться со своей проблемой, то полагаем, что для нас как медиков это не только хорошо, но и обязательно — делать все, что в наших силах, на благо пациента. Конечно, если мы лжем, чтобы получить от пациента больше де-

нег или склонить к сексуальным отношениям, то это неэтично. И опять можно говорить об этике применительно к мотивам действий, а не к действиям самим по себе. Наша книга — простой тому пример. Даже если каждый описанный случай вымышлен, это не имеет никакого значения для определения ценности этой книги. Если, прочитав ее, вы сможете более эффективно работать с пациентами, значит, вы окупите потраченные деньги. И наоборот, если каждое слово в этой книге будет правдиво, но, отложив ее в сторону, вы не получите ничего как специалист, значит, вы впустую потратили деньги и время, независимо от того, насколько честными и искренними были усилия авторов.

Это очень трудный момент для большинства практиков, но мы утверждаем, что профессиональная квалификация может быть измерена не намерениями и не применением особых техник, а достижением успеха. Особенно справедливо это для управления привычками, ведь цель лечения здесь особенно прозрачна: пациент бросает или не бросает курить, сбрасывает вес или нет, освобождается от алкогольной зависимости или нет и т.д. Мы встречали много специалистов, которые хотели бы сами себя обмануть, считая, что они вполне компетентны. Несмотря на то, что их пациенты не обнаруживают прогресса, эти специалисты говорят о своих этических воззрениях, своих особенных техниках, размерах своих кабинетов и т.д. Мы считаем единственно важным критерием, наступает ли улучшение у пациента; если оно есть, то неважно, какие воздействия вы применяли или что говорили, и можно с полным основанием утверждать: вы сделали хорошую работу.

## **Наши убеждения, связанные с контролем веса, курением и злоупотреблением алкоголем**

В этой книге подробно обсуждаются три привычки, которые приводят множество людей в кабинет психотерапевта. Существуют проблемы контроля за весом тела, курением и злоупотреблением алкоголем. Многие другие проблемы рассмотрены не будут (азартные игры, выдергивание волос, сосание пальца, кусание ногтей и др.). Мы полагаем, что основные из изложенных принципов применимы ко всем вредным привычкам, но, чтобы сосредоточиться и дать более точные описания техники, мы ограничиваемся тремя привычками, от которых, как показывает наш опыт, страдает большая часть пациентов, обращающихся за помощью.

Давайте посмотрим, кто обращается за помощью в связи с этими проблемами. Наибольшую часть составляют пациенты, озабоченные контролем веса. В США сегодня контроль веса — это бизнес, приносящий миллиарды долларов, и специалисты по гипнозу получают выше среднего. За помощью по поводу контроля веса большей частью обращаются женщины. Это не означает, что в медицинском отношении от избытка веса страдает больше женщин, чем мужчин; женщин чаще приводят в кабинет врача социальный прессинг и представления общества о том, как нужно выглядеть. Большинство мужчин, обращающихся по этому поводу, действительно имеют проблемы со здоровьем, и их направляют, а иногда даже подталкивают семейные врачи. По нашему опыту, курить бросают и мужчины, и женщины в равной мере, а проблемы с алкоголем у мужчин наблюдаются несколько чаще.

Интересно, что обратившиеся к нам по перечисленным поводам часто имеют другие проблемы. К сожалению, в США все еще считается более приемлемым обращаться к психотерапевту из-за проблем с курением или перееданием, чем в связи с межличностными или психодинамическими трудностями. Поэтому каждый практикующий психотерапевт должен понимать, что нет ничего необычного в том, что мужчина, обратившийся к специалисту по поводу проблемы с курением и обнаруживший, что врачу можно доверять, говорит: “Да, кстати, у меня также уже два года нет сексуальной близости с женой”. Далее мы подробнее обсудим эту проблему.

Хотелось бы объяснить, почему мы относимся к этим расстройствам как к вредным привычкам, противопоставляя их физиологическим зависимостям. Мы не считаем, что физиологическая зависимость, являющаяся компонентом многих привычек, очень серьезна (см. главу 7). Говоря “зависимость”, неявно имеют в виду, что человек не управляет ею, но, по нашему мнению, это не так. Поэтому мы говорим с своими пациентами о “поведении” или о “вредных привычках”, противопоставляя их зависимостям. В работе с вредными привычками противопоставление физиологического и психологического является отвлекающим маневром. Это просто возврат к старому разделению понятий души и тела, от которого с философских позиций давно следовало отказаться. Мы верим в диалектическую взаимосвязь духа и тела. Они неразделимы и никогда не существовали одно без другого, исключая состояние комы. Мы полагаем, что в свое время Рене Декарт ошибал-

ся, постулируя существование несводимости понятий субъект и объект, наблюдаемый и наблюдатель, и мы не собираемся отводить 50 страниц на обсуждение того, от чего психология и медицина отказались много лет назад. Более подробно с нашими взглядами на эту тему можно познакомиться в главе 1 книги Valley & King (1978).

## Гипноз

Эта книга предназначена для специалистов, которые уже знакомы с основными техниками лечебного гипноза. Мы не претендуем и не пытаемся обучать здесь базисным навыкам наведения, а просто хотели бы обсудить наши взгляды, касающиеся гипноза, гипнабельности, глубины транса, этики и т.д. Они представляют собой основу остальных глав.

Прежде всего уделим внимание двум этическим проблемам. Одна из них очень проста и очевидна для нас, а другая значительно более сложная и неясная. Первое этическое правило заключается в том, что гипноз следует применять в рамках специальности, которой вы владеете. Хотя каждый из троих авторов обучен оказывать людям помощь в управлении болью, никто из нас не стал бы пытаться пломбировать зубы только потому, что мы можем вызвать онемение рта пациента, так как мы не специалисты в стоматологии. Точно так же стоматолог, владеющий лечебным гипнозом настолько, чтобы снимать боль или управлять ею, не станет проводить психотерапию, которой он не обучался. Раньше уже говорилось о том, что нередко люди обращаются за помощью по поводу очевидной вредной привычки, а затем дело кончается работой над гораздо более глубокими проблемами. Привычки сами по себе довольно сложны, как вы увидите из последующих глав, и понимание динамики и компенсаций, стоящих за привычками, имеет решающее значение. Мы предполагаем, что наши читатели применяют лечебный гипноз, каждый в своей области, где они являются профессионалами. Мы никогда не считали себя гипнотизерами, но, скорее, психологами или врачами.

Этический вопрос более сложен и состоит в том, как представлять гипноз пациентам в ракурсе его “магических” возможностей. Мы не считаем гипноз магией, и нам не нравится, когда его ложно представляют таким образом. Это действенное лечебное сред-

ство, которое в разной степени помогает многим (на некоторых действительно оказывает почти волшебное действие, на других воздействует не столь сильно, а на кого-то не оказывает никакого влияния). Но мы твердо верим в самореализующиеся пророчества и считаем, что представление о гипнозе как могущественном, почти волшебном средстве значительно повышает вероятность сильного положительного воздействия. Итак, перед нами дилемма. В самом деле, это настолько сложно, что нам ничего другого не остается, как пытаться подстроиться (см. главу 2) к системе представлений пациента, как мы ее понимаем из первого контакта по телефону и первого интервью. Часто мы говорим людям, что гипноз — это не магия, а некоторое дополнение к их силе воли, способное помочь им преодолеть основные трудности или препятствия, перед которыми они раньше пасовали. С другой стороны, есть пациенты, которые приходят с ожиданием волшебства, так как часто направляющие их врачи говорят: “Именно это лечение и этот специалист вам помогут”. И до определенной степени мы поддерживаем эти ожидания опять-таки по той причине, что верим в самореализующиеся пророчества. Совершенно очевидно, что часть положительного действия гипноза нужно отнести на счет эффекта плацебо. Людям сказали, что как раз это лечение и этот специалист им помогут, и было бы крайне неразумно сводить на нет данный эффект. Подводя итог, мы можем только сказать, что у нас нет простого ответа на этот сложный вопрос, поэтому клиницистам необходимо относиться к нему очень серьезно и, начиная работать с каждым новым пациентом, приспосабливать подход, опираясь на интуицию.

Напрашивается вопрос: что такое гипноз? Мы не знаем. Можно было бы ответить, что это измененное состояние сознания, но такой ответ в известной степени означает уход от сути дела. О гипнозе мы знаем, что он эффективно работает и как его использовать. В некотором смысле гипноз похож на электрошоковую терапию при депрессии. Всем известно, что эта терапия работает, известны некоторые методические варианты (например, биполярно или монополярно накладываемые электроды), но почему такое воздействие помогает, никто не знает. То же самое справедливо и в отношении гипноза. Мы предполагаем, что благодаря быстрому развитию передовой технологии в области исследований мозга ответ будет получен наукой в течение десяти лет. Мы ожидаем этого с



волнением, как, вероятно, и вы. Между тем имеются определенные знания о гипнозе, которыми мы хотим с вами поделиться.

Во-первых, рассмотрим щекотливый вопрос о подверженности гипнозу, или гипнабельности. Имеются две хорошие обзорные работы, которые в совокупности представляют все точки зрения; вероятно, вы с ними знакомы: Вайценхоффер (Weitzenhoffer, 1980) и Барбер (Barber, 1980). Мы полагаем, что можно погрузить в гипноз каждого, если добиться концентрации его внимания в течение нескольких минут. Нужно задать клинический вопрос о мотивации. Мы сталкивались на семинарах с людьми, которые были протестированы по различным шкалам чувствительности, и им говорили, что они почти совсем не обладают гипнабельностью. Однако мы обнаружили, что многие из них легко поддаются гипнозу, если он был применен соответствующим образом. Мы совершенно убеждены в том, что если так называемому негипнабельному человеку, который корчится перед вами от боли в суставе, сказать: “Послушайте меня одну минуту, и боль уйдет”, — то перед вами будет уже вполне гипнабельный субъект.

На лабораторные измерения восприимчивости к гипнозу влияет экспериментальный характер ситуации. Испытуемые не мотивированы поддаваться гипнозу — они просто объекты эксперимента. Для должного контроля экспериментальных условий в большинстве исследований гипнабельности при наведении используют также фонограмму, которая не приспособлена к индивидуальным особенностям испытуемого. Понятие гипнабельности дает врачу слишком много оснований для оправдания своей несостоятельности. Вместо того чтобы проявить гибкость и воспользоваться особенностями поведения, что обсуждалось выше, специалисты очень часто пробуют применить один-два привычных подхода, и если это не дает результата, то субъект объявляется негипнабельным, и на этом дело кончается.

Мы уверены, что каждый обратившийся к нам может каким-либо образом испытывать транс. Наша работа состоит в том, чтобы находить подходящий момент и метод, чтобы гипнотическое состояние возникло. Хотя это утверждение может показаться радикальным, мы абсолютно отвергаем понятие негипнабельности, невосприимчивости к гипнозу. Существуют пациенты, которые по каким-то особым причинам не хотят поддаваться гипнозу. Обычный пример — человек, буквально подталкиваемый семьей и лечащим врачом бросить курить. Он на деле этого не хочет и не ве-

рит, что если войдет в транс, то бросит курить. Этот человек является негипнабельным не потому, что он не может вращать глазами определенным образом или имеет определенную структуру личности, а просто он гораздо сильнее мотивирован *не поддаваться* гипнозу, чем поддаваться. Клиническая проблема состоит в том, что процедура отбора потенциальных пациентов оказалась не достаточно хороша для того, чтобы отсеять его сразу (см. главу 8).

Еще одно понятие, которое довольно часто обсуждается в литературе, относится к глубине трансa. В нашей практике очень редко бывали случаи, когда градация глубины трансa оказывалась полезной. Хотя очевидно, что существуют различные уровни трансa, характерные для каждого отдельного пациента, мы видели, как удивительные изменения происходили у субъектов, находящихся в таком легком трансe, что неквалифицированный наблюдатель даже не заметил бы его. Мы наблюдали и людей, впадавших в глубокий, почти снопоподобный транс, и все же не обнаруживавших улучшения. Поэтому, хотя мы признаем существование четко различаемых при наблюдении уровней трансa, в нашем клиническом опыте не обнаруживается существенной взаимосвязи между так называемой глубиной трансa и клинической эффективностью.

Прежде всего хотим напомнить, что транс — это скорее естественное явление, чем уникальный опыт, который может быть вызван только в кабинете врача-специалиста. Почти каждый человек повседневно переживает естественные состояния трансa. В конце этой главы мы продемонстрируем, что мы говорим пациентам о трансe, подготавливая их к гипнозу.

Существует два типа переживаний трансa, которые мы относим либо к “гипнозу с маленькой буквы” — малому гипнозу, либо к “гипнозу с большой буквы” — большому гипнозу. Большой гипноз — это формально вызванный транс, он обычно используется в медицине. Малый гипноз — естественное явление, которое мы обсуждаем. Хороший пример гипноза — мгновенное изумление или транс, который возникает после того, как вы пришли в замешательство. С этой точки зрения великим гипнотизером всех времен, возможно, была комическая актриса Грэйси Аллен. Суть ее оригинальности состояла в том, что она пропускала в рассказе какую-нибудь подробность, и поэтому следование ее сумасшедшей логике внезапно приводило всякого в состояние, которое мы назвали трансом малого гипноза. Вот диалог:

*Грэйси.* Когда ты собираешься замуж за своего мальчика, Эдна?

*Эдна.* Не знаю, поженемся ли мы, у нас разлад.

*Грэйси.* В чем дело?

*Эдна.* Он считает, что его жена должна работать после свадьбы.

*Грэйси.* Я считаю, он прав.

*Эдна.* Как?!

*Грэйси.* Ну ты же не захочешь, чтобы она суетилась у тебя в доме, особенно после того, как вы с Эдди только что поженитесь.

Мы лучше пойдем, что такое транс, если немного узнаем о функциях левого и правого полушарий мозга или, как метафорически выражаются психологи, сознательной и бессознательной психики. Левое полушарие мозга, или то, что мы называем сознательной психикой, отвечает за наши аналитические процессы. Оно ответственно за язык, логику и т.д. Правое полушарие мозга не имеет присущего ему языка в лингвистическом смысле. Его функции — это использование сигналов, приходящих от органов чувств, таких как зрительные образы, и оно оказывает значительное влияние на поведение человека. Метафорически мы называем его бессознательной частью психики. Здесь возникает лингвистическая проблема, потому что нужно объяснить, как функционирует нечто, не использующее язык для своей работы. Мы в основном пользуемся понятиями левого полушария, чтобы объяснить, как работает правое. Или мы могли бы сказать, что пытаемся заставить вас осознавать то, что на самом деле не является сознательным.

Один из лучших способов понять это явление — изучить исследования людей, перенесших комиссуротомию — операцию, в результате которой разрушается связь между двумя полушариями. Эта операция была проведена в последние 15 лет примерно двумстам людям, обычно с целью предотвращения у них неуправляемых припадков. Возможно, во всем мире именно они самые интересные индивидуумы для изучения, потому что у них в буквальном смысле функционируют два мозга, совершенно не связанные друг с другом и не имеющие средств для взаимной связи.

Исследование этих пациентов показало мощное влияние, которое правое полушарие, или бессознательное, оказывает на поведение человека, несмотря на то, что он этого не осознает. В типичной работе (Sperry, 1968) испытуемого просили фиксировать взгляд на пятне в середине экрана телевизора. Справа от пятна было

написано слово “розовый”. Оно находилось в правом поле зрения, которое связано с левым полушарием. На другой стороне экрана было написано слово “банан”, оно находилось в левом поле зрения, связанном с правым полушарием. Испытуемому дали на выбор десять цветных карандашей, чтобы он изобразил, что ему хочется. Человек выбрал розовый карандаш и нарисовал банан. Когда его попросили прокомментировать это, он мог объяснить, что выбрал розовый карандаш, потому что видел на экране слово “розовый”, поскольку отделы мозга, отвечающие за языковую деятельность находятся в левом полушарии, и он распознал понятие “розовый”. Но когда его спросили, почему он нарисовал банан, испытуемый не знал и мог объяснить это тем, что он работал левой рукой, и банан было легко нарисовать, потому что “все линии идут вниз”. Того факта, что его правое полушарие, или бессознательное, находилось под влиянием понятия “банан”, оказалось достаточно, чтобы оно воздействовало на его поведение и заставило нарисовать банан, и все же испытуемый этого совершенно не осознавал. Когда его спросили, почему он нарисовал банан, пациент для объяснения развил свою собственную теорию, совершенно не осознавая бессознательного воздействия.

Были проведены буквально сотни исследований с пациентами, подобные только что описанному, они показали мощное воздействие сообщений, направленных правому полушарию, и полное отсутствие сознательной осведомленности испытуемого об этих воздействиях. Более подробный обзор этих работ можно найти в работе Springer и Deutsch (1981). По нашей концепции гипноза транс — это состояние сознания, в котором субъект открыт для принятия сообщений правым полушарием, или бессознательным. Хорошее гипнотическое наведение и хорошая гипнотическая работа будут стимулировать это полушарие и окажут таким образом сильное влияние на человека, как правило, помимо его сознания. Наиболее важное преимущество работы вне сознания человека состоит в том, что она позволяет временно исключить критические суждения левого полушария (такие, как мнение о том, что он не может что-то делать или что мир не может обладать каким-то свойством, не соответствующим его представлениям. Вместо этого появляется возможность формировать новые критерии в отношении определенных ситуаций или форм поведения. Иначе говоря, используя бессознательное правое полушарие, врачи в состоянии обходить любое сознательное сопротивление, которое есть у паци-

ента. На пациента оказывают влияние для того, чтобы появились здоровые перемены в поведении, не вступая при этом в излишние беседы, которые часто сопровождают аналитическую терапию.

В современных способах гипноза, развитых Эриксоном, понимание не считают полезным, так как оно действительно порой вредит лечению. Люди часто пользуются пониманием — диалогом левого полушария с самим собой или с терапевтом, — чтобы настаивать на одних и тех же аргументах, по сути отговорок, и не изменяться в лучшую сторону. Альтернативный подход состоит в том, чтобы вызывать перемены в поведении в сторону выздоровления и позволить новым установкам естественно развиваться, скорее принимая форму изменений в поведении, чем какую-либо иную. Именно поэтому большинство гипнотерапевтов под влиянием доктора Эриксона и его коллег систематически используют способствующие забыванию сообщения как часть процедуры транса (см. главу 4). Чем меньше пациент может помнить о сеансе, тем больше вероятность эффективного воздействия.

Мы считаем, что у транса есть три основные функции. Первая — это *временное устранение критических суждений*, которое упоминалось только что. Вторая — *замедление физиологических процессов* человека, что позволяет как на сознательном, так и на бессознательном уровне, концентрироваться на насущной задаче, получать информацию от правого полушария и с ее помощью понимать свою проблему иным образом. Третья основная функция — *установление отношений сотрудничества* между врачом и пациентом. Эти отношения действительно приятные и способствуют хорошей клинической работе как с помощью гипноза, так и помимо него. Достигается это двумя способами, которые детально разработаны в нашей ранней работе “Коммуникация, не встречающая сопротивления” (“*Irresistible Communication*”, King, Novik, Citrenbaum, 1983).

В данной книге мы рассмотрим два основных способа общения с пациентами, используя которые вы никогда не столкнетесь с таким явлением, как “сопротивление”. Первый способ — создавать ситуацию, в которой пациент не может потерпеть неудачу. Что бы ни было сделано — все правильно. Мы используем следующую метафору. Мы стреляем в воздух и называем мишенью все, во что попадет стрела. Это может показаться неким фокусом, однако спустя короткое время пациент чувствует, что он не может проиграть, в результате чего он расслабляется и вовлекается в решение насущной задачи.

Позвольте еще раз привести пример из работы Милтона Эриксона. Он часто предлагал лицам, находящимся в состоянии транса, левитацию руки. Чаще всего Эриксон получал желаемый эффект, но если этого не происходило, он просто смотрел на пациента и говорил: “Хорошо, вы уже находитесь в более глубоком состоянии транса, чем я полагал возможным”. То есть отсутствие левитации представлялось как показатель даже более глубокого транса, чем можно было ожидать на такой ранней стадии. Поступая таким образом, Эриксон создал терапевтическую двойную связку. Что бы человек ни сделал, он делал это прекрасно, и его поведение объявлялось сотрудничеством. Если рука пациента левитировала, это подтверждало, что он находится в трансе и, естественно, действует заодно с гипнотерапевтом. Но если рука не левитировала, это не объявлялось противоречащим духу сотрудничества или отсутствием транса, а квалифицировалось как глубокий транс.

И опять-таки, веря в мощь самореализующегося пророчества, мы утверждаем, что пациенты в самом деле начинают верить и вскоре приходят к полному сотрудничеству с вами, если вы говорите им о сотрудничестве как о свершившемся факте. При таком типе работы снимается тревожность ситуации, так как пациенты никогда не могут не пройти тест: что они ни сделают — все хорошо. Вводя в транс, мы часто просим пациентов представить себе числа, написанные на доске, и считать в обратном порядке от ста до нуля, но даем инструкцию таким образом, чтобы было понятно, что по мере продвижения к нулю будет все труднее и труднее увидеть и произнести эти числа (это неизбежно, как нам известно), и, однако, мы просим *пытаться* добраться до нуля. Это еще один пример терапевтической двойной связки, при которой пациент не может потерпеть неудачу. Если пациентам становилось все труднее и труднее видеть и называть числа и не удавалось дойти до нуля, значит, они вели себя точно так, как было предсказано, и могли считать, что хорошо погружаются в транс. Те же, кто прикладывали большие усилия и добивались до нуля, также сотрудничали, поскольку их просили “пытаться” выполнить задание. Мы выражали благодарность и давали дальнейшие инструкции. Иными словами, ситуация выстраивалась таким образом, чтобы не было борьбы между психотерапевтом и пациентом, и в конце концов создавалась реальная предпосылка для достижения полного сотрудничества со стороны пациента.

Еще одно указание, как добиться от пациентов полного сотрудничества,— избегать говорить с ними о том, что они чувствуют. Мы предполагаем, что каждый, кто обращается к психотерапевту, особенно по поводу вредных привычек, отчасти не хочет расставаться со своей привычкой. Люди не стали бы платить гонорар и тратить время на визиты к нам, чтобы бросить курить, если бы этому не препятствовало желание продолжать курение (иначе они сами выбросили бы сигареты в мусорный ящик и занялись своими делами). Ошибка, совершаемая многими гипнотерапевтами, — говорить людям, что они чувствуют. Это позволяет небольшой упорствующей части личности одержать верх. Если вы, проводя наведение транса, совершаете данную ошибку и говорите пациентам, что они чувствуют себя все более и более расслабленно, ощущая теплую волну, поднимающуюся по телу, а в какой-то части тела возникает малейшее напряжение, то происходит одно из двух. Либо пациенты дискредитируют вас, потому что вы говорите о полном расслаблении, когда этого нет, либо они обвиняют себя и решают, что гипноз у них не получается. Если вы хотите, чтобы ваши пациенты расслабились, вам необходимо заставить их достаточно долго концентрировать внимание на чем-нибудь, и это дает нужный результат. Часто мы предлагаем пациентам попеременно сосредоточивать внимание на различных частях тела, отмечая разницу в ощущениях для каждой части тела на вдохе и выдохе. (Конечно, мы постоянно подстраиваемся к пациенту, как описано в главе 2. Это означает, что мы произносим слово “вдыхать”, когда человек делает вдох, и слово “выдыхать”, когда человек делает выдох, и т.д.). Таким способом мы создаем ситуацию без неудач, потому что пока пациенты охотно следуют указаниям, нет никакой возможности потерпеть неудачу, поскольку мы не обсуждаем с ними их ощущения. Мы знаем, что если будем действовать так достаточно долго, то получим желаемый результат без всякой вероятности неудачи.

Повторим еще раз, что, выстраивая ситуации, в которых пациенты не могут быть не правы, не говоря с ними об их ощущениях, а концентрируя внимание только на поведенческих проявлениях (почти как живой аппарат обратной связи), мы устанавливаем отношения сотрудничества, в которых пациенты сосредоточиваются и на сознательном, и на бессознательном уровне и позволяют себе быть открытыми для новых критериев из-за временного устранения критических суждений. Это ключи к успеху лечебного гипноза.

Если нет критической ситуации по медицинским показаниям, обычно, прежде чем начать наведение, мы проводим беседу с пациентом о транс. Несмотря на то, что с каждым пациентом беседа проводится индивидуально в соответствии с его исходной системой представлений, мы полагаем полезным объединить некоторые подробности в этой главе и предложить вашему вниманию запись типичной вводной беседы.

“Теперь, Сьюзен, я хотел бы рассказать вам немного о гипнозе, прежде чем мы начнем. Во-первых, я хотел бы сказать вам, что транс — это очень естественное явление. Вы много раз бывали в транс, даже если вас никто не гипнотизировал. Например, могу поспорить, что вы можете вспомнить случаи, когда вели свою машину по знакомой улице или автостраде, думая о разговоре, который только что состоялся у вас с кем-то, или вспоминая то, что совсем недавно произошло с вами, или слушая музыку в автомобиле, и так отрешились от реальности, что ваше сознание было занято, и вы даже не заметили нескольких светофоров, которые обычно проезжаете, или ресторан, и, однако, какая-то ваша часть вела автомобиль, соблюдая правила, так как при таких условиях человек едва ли пропустит переключение светофора или врежется в идущий впереди автомобиль. Так вот эта часть вас, которая вела машину, называется бессознательным, а пережитое вами состояние и есть транс. Возможно, вы вспомните другой эпизод, когда вы были на спектакле или концерте, или слушали оратора и это привело вас в такой восторг, что вы ощутили состояние отрешенности когда все закончилось. Вы посмотрели на часы, удивились, обнаружив, что истекло полтора часа, потому что вам казалось, что прошло 10 или 15 минут; вы даже не помнили, как вы двигались во время представления. Это тоже был транс.

Действительно, транс — это настолько естественное явление, что не один раз люди, впервые испытавшие транс в этом кабинете, были разочарованы пережитым и считали, что у них ничего не получилось. Я вспоминаю, как я впервые был под гипнозом 15 лет назад. Это было поздно вечером, после долгого рабочего дня, и я помнил,



как сидел здесь и слышал все, что мне говорили, и не ощущал сонливости или забывтья, и был уверен, что в этом опыте потерпел неудачу, и был очень зол на себя. Тогда гипнотерапевт предложил мне вообразить, что к моим запястьям прикреплены шары с гелием. Когда я представил себе это, то увидел, что моя рука поднимается. Но знаете что, Сьюзен? Я знал, что это я поднимаю руку, и знал, что могу опустить ее в любой момент, когда захочу, но мне казалось разумным действовать заодно с гипнотерапевтом — в конце концов для этого я и пришел сюда. *(Это, конечно, также тонкое сообщение, передающее просьбу о содействии пациента)*. Но после того, как моя рука оставалась поднятой в течение часа и 15 минут, Сьюзен, я сказал себе: “Что-то необычное происходит”.

Повторяю еще раз: когда вы переживаете транс впервые, следует помнить, что скоро вы позволите себе быть более спокойной, и вас не будут беспокоить какие-то мистические ощущения, которые многие люди приписывают гипнозу. Имеются, однако, признаки трансa, я мог бы помочь вам увидеть их, чтобы вы узнали, что переживаете нечто экстраординарное.

Во-вторых, Сьюзен, и об этом я говорю каждому пациенту, имеется вопрос: можете ли вы войти в состояние трансa или нет. Знаете, Сьюзен, почти каждый, кто приходит в мой кабинет, будь то известный хирург или техничка больницы, или кто-нибудь находящийся между ними на общественной лестнице, испытывает некоторое опасение относительно своих возможностей. И я хотел бы сообщить вам, что мне известно, что вы это можете. Действительно, Сьюзен, я уверен, что каждый, имеющий IQ, равный 80, а я предполагаю, что вы попадаете в эту категорию, может войти в состояние трансa. Разрешите мне снять с вас это бремя, Сьюзен, и сказать вам, что это моя работа — помочь вам войти в транс. Я не знаю, насколько быстро вы войдете в это состояние. С одними это происходит тотчас же, в первые 5—10 минут работы, другим требуется большая часть первого сеанса, а третьим это не удастся до следующего сеанса, когда мы пробуем четвертый или пятый способ. Но я

хочу, чтобы вы знали, что мне известно о ваших возможностях входить в транс и я принимаю на себя ответственность за то, что это случится. Поэтому вы можете расслабиться и просто получать удовольствие от этого переживания. Если бы кто-нибудь вошел сюда и сказал: “Держу пари, вы не сможете ввести меня в транс”, — он мог бы оказаться прав в своем упорстве, и я даже не стал бы пытаться. Однако те, кто, подобно вам, пришел сюда, заплатил деньги и ожидает, что его проблемами займутся, имеют мотивацию для работы. Поэтому хочу сказать вам еще раз: я не сомневаюсь в ваших возможностях.

Последнее, что я хочу сказать о транссе вам, Сьюзен, имеет отношение к понятию управления. *(В этот момент я обычно вынимаю иглу длиной полтора дюйма 20-го размера и держу ее перед пациентом, она сама по себе вызывает транс, так как многие люди боятся игл.)* Вы видите эту иглу? Когда мы ездим по стране, обучая врачей гипнозу, и работаем над управлением болью, мы берем эту иглу и втыкаем ее в тыльную сторону кисти руки с одной стороны и вытаскиваем с другой стороны через вот эту вену. Если люди могут позволить себе оставаться спокойными во время этой процедуры, то невольно вспоминаешь тот род самоконтроля, о котором мы читаем в описаниях, как йоги ходят по раскаленным углям или проделывают что-то подобное этому. Возможно, вы учились кататься на велосипеде и кто-то — отец, или брат, или сестра — помогал вам, поддерживая седло велосипеда несколько минут, пока вы искали равновесие, и бежал вместе с вами, пока была необходимость. Когда они отпускали вас, вы сами управляли ситуацией. Человек рядом с вами был просто учителем или помощником. Я также скорее помогаю вам в обучении основам самоконтроля, а вовсе не управляю вами.

Еще, Сьюзен, для людей, приходящих сюда, контроль — это важный вопрос. Возможно, вы слышали или видели на эстраде, как люди под гипнозом делали глупости, например, лаяли по-собачьи или открывали глаза и думали, что они на сцене голые, или что-нибудь в этом роде. Позвольте мне объяснить вам. Гипнотизер на эстраде получает так называемый эффект добровольца. То

есть он находит человека, которому хотелось бы выйти на сцену, а не того, которого подталкивает кто-то другой. Если этот человек сколько-то выпил в ночном клубе и выходит на эстраду с фокусником и гипнотизером, он понимает, что ставит себя в глупое положение, и поступает так не потому, что хочет делать из себя дурака, а потому, что хочет потом рассказывать друзьям, что испытал. Вот в чем причина того, что показывают в ночных клубах. Я думаю, Сьюзен, что лучше владею гипнозом, чем любой эстрадный гипнотизер, какого только вы можете найти, но я сомневаюсь в том, что могу заставить кого-нибудь из приходящих сюда лаять по-собачьи и порхать вокруг, словно птичка. Это было бы для них унижительным, неуместным опытом, и я сомневаюсь, что мне удалось бы склонить людей к сотрудничеству со мной при таком образе действий. Меня часто спрашивают: “Что произойдет, если у меня будет сердечный приступ, когда я нахожусь в состоянии транса?” И я отвечаю: “Я не сомневаюсь, что вы откроете глаза, встрепенетесь, пойдете к телефону, наберете 911, и поскольку мы находимся в Питтсбургском университете, через несколько минут вам помогут (*при этом обычно раздается смех пациента*). Я также не сомневаюсь, что если вы, находясь даже в глубочайшем трансе, почувствуете запах дыма, то откроете глаза и отреагируете на то, что происходит, и сделаете то, что нужно для вашей безопасности. Дело в том, что вы совершенно не теряете контроля во время этого опыта, и я думаю, что очень скоро вы в этом убедитесь.

Поэтому, Сьюзен, подводя итоги, повторяю еще раз. Транс — это очень естественное состояние, оно, возможно, вначале разочарует вас тем, что не является более мистическим. Однако, когда вы получите хорошие результаты — а результаты будут, — ваше разочарование исчезнет. Я знаю, что вы можете это делать, у меня нет сомнений в вашей способности войти в транс и делать то, что нужно. В этой ситуации вы действительно научитесь основам самоконтроля. Я никогда не буду вами как-то управлять. Теперь, Сьюзен, хотите ли вы задать какие-нибудь вопросы о гипнозе или касающиеся меня, прежде чем мы начнем?”

Последнее замечание в завершение этой главы: лечебный гипноз — очень мощное орудие. Повторяем: необходимо, чтобы психотерапевт управлял всем терапевтическим процессом. Мы упоминали также, что несмотря на то, что пациент действительно учится основам самоконтроля, бывает множество фантазий о том, что можно устанавливать контроль с помощью гипноза. Один из способов снять напряжение, возникающее в связи с этой проблемой контроля, — использовать юмор. Милтон Эриксон оказывал сильнейшее влияние на людей. Даже в старости, когда он был болен и прикован к инвалидному креслу. В его присутствии возникал страх, потому что он как будто мог читать ваши мысли (благодаря своему искусству наблюдателя). Но доктор Эриксон обладал также изумительным чувством юмора. Он никогда не воспринимал слишком всерьез ни себя, ни ситуацию.

Многие наши пациенты упорно работают над разрешением своих проблем, они настолько серьезно воспринимают свои ситуации, что почти сковывают себя этим, что очень мешает работе гипнотерапевта. Раскрепощенная, пронизанная юмором атмосфера создает, вероятно, наилучшую среду для здоровой, продуктивной работы так же, как для преподавания и обучения.

*“Вы здесь ненадолго, посмейтесь немного и не относитесь к вещам так серьезно — особенно к себе самому”.*

Марк Твен

## 2. ПОДСТРОЙКА

Многих пациентов с пагубными привычками можно образно представить себе балансирующими на крутом обрыве над коварным ущельем и не знающими, где его обойти или что делать. Врач на безопасной стороне ущелья может звать пациента и просить, чтобы он перешел на другую сторону, но, вероятно, тот, испытывая панику и растерянность, не сдвинется с места. Вместо уговоров врачу следует перейти на сторону пациента, взять его за руку и вести в безопасное, более здоровое место. Так мы характеризуем понятие подстройки или ведения, которое является базисным для современного гипнотического подхода. Подстройка означает установление контакта с пациентом в рамках его реальности (его картины мира), для того чтобы в дальнейшем можно было привести его к более здоровой и дающей удовлетворение реальности.

Существуют две основные формы подстройки: вербальная и невербальная.

### **Вербальная подстройка**

Приведем клинический пример подстройки в случае нарушения пищевого поведения. Молодая женщина впервые пришла на прием к одному из нас. Она страдала ожирением, была неряшлива и говорила, что она “ужасная дура” и “люди ее не выносят”. Типичная сочувственная реакция могла бы заключаться в попытке успокоить ее, говоря, что дела в действительности не так плохи. Однако более полезный ход заключался в том, чтобы подстроиться к ней следующим образом: “Да, вы ужасная дура, и я не знаю, как долго смогу вас выносить, поэтому давайте сделаем то, что нужно, чтобы изменить положение дел”. Женщина ответила: “Спасибо, что вы меня выслушали. Я рада, что нашла честного врача”. В этом примере врач подстроился к тому, что сказала пациентка, вплоть до повторения ее выражений, чтобы потом вести ее к лучшему состоянию.

Используя вербальную подстройку, терапевт упоминает прошлый или настоящий опыт, который неоспорим для слушателя, а затем добавляет к этому внушение, которое обычно принимается. Милтон Эриксон иногда называет эту форму коммуникации использованием “последовательности принятия” (серии “да”). В своей ранней работе Эриксон (Erickson, Rossi and Rossi, 1976) обнаружил, что если субъекту предъявляется серия утверждений, на которые, по всей вероятности, последует утвердительный ответ, тогда существует высокая вероятность принятия следующего утверждения. Это очень похоже на контингентные внушения, которые обсуждаются в главе 6. Вот пример типичной гипнотической коммуникации, использующей трюизмы для создания последовательности принятия: “Вы смотрите на эту страницу, ваши глаза распознают слова, которые на ней напечатаны, ваш разум следит за мыслью, и вы можете заинтересоваться тем, как повысится ваша профессиональная эффективность после чтения этой книги”. Метод создания данного высказывания — это *подстройка, подстройка, подстройка и ведение*. Последнее ведущее высказывание, внушающее транс, может создавать основу для наведения гипнотического трансa (например: “Если вы продолжаете читать, то позвольте себе впасть в приятный транс”).

Другой способ объяснить понятие подстройки состоит в том, что оно включает коммуникацию, которая всегда находится в пределах опыта пациента. Поэтому она, скорее всего, будет принята; это усиливает сотрудничество в терапевтических отношениях. Можно определить гипноз как взаимную подстройку или синхронизацию двух человек. В таких ситуациях человек, держащий бразды правления (надеюсь, врач), имеет возможность вести пациента к другим реалиям. Как отмечалось в главе 1, неприятие эффективной гипнотической коммуникации невозможно, потому что она точно отражает переживание пациента. Продуктивно работающий гипнотерапевт, подстраиваясь к пациенту, стремится использовать в коммуникации только то, что “гарантировано от неудачи”. Проиллюстрируем сказанное фрагментом записи сеанса гипноза.

А теперь ваши глаза закрыты. И вы можете слышать мой голос, и вы делаете вдох (*говорится, когда пациент делает вдох*) и выдох (*когда пациент делает выдох*). И вы, может быть, чувствуете, как дрожат ваши веки, и они

могут продолжать дрожать или прекратить это делать только тогда, когда они будут к этому готовы. И звучание моего голоса, и гул кондиционера рядом с вами, и громкие хлопки на улице (*когда пациент вздрогнул, услышав это*), и снова звучание моего голоса. И ваше сознание может следить за всем, что здесь происходит с того момента, как ваше бессознательное будет слышать все, что я говорю. И вы вдыхаете и выдыхаете, и когда вы слышите этот телефонный звонок, вы можете позволить себе войти в транс, и можете даже пока не заметить этого.

Эта гипнотическая коммуникация позволяет подстроиться к текущему опыту пациента и гарантирована от неуспеха. Следует сделать два замечания относительно этого примера. Во-первых, во время сеанса был шум, который мог бы быть воспринят как помеха и пациентом, и психотерапевтом. Согласно понятию подстройки, каждое ощущение, осознаваемое пациентом, должно быть прокомментировано таким образом, чтобы стать частью наведения транса, а не помехой. Во-вторых, даже если пациент не осознает переживания транса, слова “даже пока” в конце предложения не дают этому высказыванию стать ошибочным и к тому же создают самореализующееся пророчество транса в ближайшем будущем.

Читатель может понять, что подстройка представляет собой форму утилизации, которая обсуждалась в главе 1. Мы не боремся с пациентом, говоря ему, что представляет собой данный опыт, потому что это могло бы привести к разногласиям. Вместо этого мы сообщаем о нашем понимании и принятии реальности пациента. Такой союз с пациентом создает атмосферу доверия, способствует отношениям сотрудничества и облегчает ведение пациента к более здоровым паттернам.

## **Репрезентативные системы**

Выявление и использование систем репрезентации переживаемого опыта является полезным и интересным способом эффективной подстройки к пациентам. Это понятие было детально разработано Бэндлером и Гриндером (1975).

Пожалуйста, представьте себе, что вы находитесь на прекрасном побережье в солнечный день. Чайки, песок и волны, набе-

гающие на берег. Как вы это переживаете? Некоторые читатели, вероятно, прежде всего увидели сцену на берегу в своем воображении. Другие, возможно, в основном слышали звуки, например, крик чаек и шум прибоя. А кто-то еще мог бы ощущать кожей тепло солнечных лучей, ласкающий песок или свежий ветерок. Конечно, кто-то смог бы переживать ощущения всех описанных модальностей: зрительные, слуховые и кинестетические. Однако каждый из нас предпочитает использовать одну из этих систем, это происходит на бессознательном уровне. Преобладающая модальность называется *основной репрезентативной системой* личности. Два других ощущения — запаха и вкуса — не столь преобладают у человека, как зрительное, слуховое и кинестетическое, но очень существенны для других биологических видов. Для нас важно, что определение и использование основной репрезентативной системы пациента дают врачу возможность более эффективно подстроиться к нему. Имеются два способа установления основной репрезентативной системы пациента: 1) слушать сказуемые (предикаты), используемые в речи, и 2) наблюдать паттерны сканирующего движения глаз.

### ***Использование предикатов***

Обращая внимание на глаголы, наречия и прилагательные, которые использует пациент, врач может определить основную репрезентативную систему пациента и затем в соответствии с этим использовать сказуемые в своей речи. В результате пациент не только лучше понимает слова психотерапевта, но и — на интуитивном уровне — воспринимает врача как союзника, что очень важно.

Пациенты, у которых основная репрезентативная система зрительная, часто используют такие слова, как *смотреть, видеть, ясно, картина, светлый* или *темный*. Те, у кого основная репрезентативная система кинестетическая, используют слова: *чувствовать, тяжелый, легкий, давление, схватить* или *держат*. Люди с основной слуховой репрезентативной системой часто употребляют слова: *слышать, сказать себе, разговор, звучит как, гармонизировать* и т.п.

Давайте для иллюстрации изучим пример коммуникации, которая является недостаточной, потому что психотерапевт не учи-



тывает, какие предикаты использует пациент, то есть не подстраивается под него.

*Пациент:* Доктор, я все время говорю себе, что мне лучше больше не пить, но я просто не могу этого не делать. Я пришел сюда послушать, что вы скажете.

*Доктор:* Я предполагаю, вы устали от этого?

*Пациент:* Ну, я много думал об этом и говорил с друзьями, и теперь пора послушать вас.

*Доктор:* Так что же вы чувствуете в связи с вашими выпивками?

*Пациент:* Что я чувствую? Что вы имеете в виду?

*Доктор:* Ну, вы знаете. Что вы нутром чувствуете?

*Пациент:* Доктор, я вас не понимаю. Я надеялся услышать от вас какие-нибудь рекомендации.

Конечно, основная репрезентативная система вышеописанного пациента слуховая, но добросердечный доктор пытался перевести пациента на уровень чувств, может быть, его учили этому в аспирантуре или медицинском институте. Он не подстраивался к опыту пациента. В таком сценарии этот врач мог бы потратить полгода или год, обучая пациента “быть в контакте со своими чувствами”, так что терапия в конце концов могла бы дать результаты. Но, подстраиваясь к предикатам пациента, можно было с самого начала значительно облегчить общение и терапию.

Для контраста приведем пример эффективной клинической коммуникации, которая подстраивается к основной репрезентативной системе пациента, в данном случае зрительной.

*Пациент:* Я курю уже 40 лет. Сигарета помогает мне со многим справиться. Я просто не могу мысленно увидеть себя без сигареты.

*Доктор:* Я понимаю, но вы сможете бросить взгляд на это зрелище позже. Сначала давайте посмотрим на исходную картину.

*Пациент:* Какую картину вы имеете в виду?

*Доктор:* Я подразумеваю, как сигареты являлись вашим спутником во многих случаях и помогали вам многие годы.

*Пациент:* Хорошо. Я рад, что вы это понимаете. Вы, кажется, из тех специалистов, которые могут пролить свет на это.

Наконец, дадим читателю еще один пример эффективной коммуникации теперь уже с кинестетической основной репрезентативной системой.

*Пациент:* Доктор, я чувствую себя ужасно, таская повсюду этот лишний вес.

*Доктор:* Я уверен, что это тяжелое бремя.

*Пациент:* Это верно. Но я не чувствую, что смогу соблюдать диету без посторонней помощи.

*Доктор:* Я рад вам помочь. Скоро вы будете крепко стоять на своих собственных ногах.

В каждом из приведенных примеров основная репрезентативная система пациента была очевидна. Однако бывают случаи, когда значительно труднее определить ведущую репрезентативную систему или психотерапевту приходится разговаривать сразу с двумя или несколькими людьми с разными репрезентативными системами. В этом случае врач может использовать две или три репрезентативные системы или пользоваться нейтральными словами (например: “Я понимаю, что вы хотите сказать”). Можно употреблять и другие нейтральные слова: *думать, разбираться, осознавать, опыт* и т.д.

### ***Сканирующие движения глаз***

Пожалуйста, потратьте немного времени и ответьте, сколько дверей в вашей квартире или в доме внутри и снаружи.

Отвечая на этот вопрос, вы можете заметить, что, пока вы решали эту проблему, ваши глаза двигались вверх и влево. Некоторые из читателей, возможно, заметили, что их взгляд устремлялся прямо вперед и они, наверное, выглядели озадаченными. При этом зрачок, вероятно, расширялся. Дело в том, что для ответа на вопрос, сколько дверей в вашем доме, вам необходимо было сформировать зрительный образ. Приходилось смотреть снаружи и внутри вашего дома, представлять себе то, что вы видели прежде. К тому же, чтобы вызвать в воображении нужные картины, ваши глаза должны были подниматься вверх и двигаться влево или вперяться прямо перед собой, при этом зрачки расширялись. Этот процесс называется *сканирующим движением глаз* и связан с установлением неврологической связи. Такое происходит с каждым из нас. Глаза “правшей” и большинства “левшей” двигаются вверх и влево или устремляются вперед, при этом зрачки расширяются, когда они “просматривают” *зрительные образы, хранящиеся в памяти* (иногда это называют визуальным эйдетизмом), то есть мысленно видят вещи, которые видели прежде.

Теперь, пожалуйста, вообразите следующее: зеленый слон с крыльями и резиновыми шинами вместо ног. Большинство людей, представляя себе этот образ, неизбежно поднимают глаза вверх и двигают их вправо. Такая визуализация называется *визуальным конструированием*, так как при этом создается зрительный образ, которого прежде не видели.

Когда большинство людей представляют себе звуки, которые они уже слышали, их глаза двигаются вниз и влево. Это называется *воспроизведением слуховых образов, хранящихся в памяти*. Иногда глаза человека двигаются из стороны в сторону в горизонтальной плоскости — это тоже указывает на восприятие слуховых образов. Обычно это означает, что мысленно человек разговаривает сам с собой или с кем-то еще. Если вы кого-нибудь просите представить, что рядом находится любимый, то глаза начинают быстро двигаться вниз и вправо, воспроизводя *кинестетическое переживание*. Терапевты часто выражают это при помощи мнемонической формулы: “feel right”<sup>\*</sup>.

Сканирующее движение глаз у большинства из нас возникает неосознанно. Вы уже могли заметить, что на самом деле довольно трудно отделить от себя этот процесс. Наблюдение сканирования иногда может быть полезным врачу для определения, какая репрезентативная система задействована у пациента в данный момент. Например, работая с очень скрытным пациентом, врач может заметить, что он напряженно смотрит в пространство, преимущественно вверх и влево. В этот момент психотерапевт может подстроиться к переживанию пациента, спросив: “Интересно, что вы видите там наверху?” Это несколько раз происходило в нашей клинической практике, и обычно пациент спрашивал: “Как вы узнали, что я что-то *там* вижу?” Если пациент поддерживает голову левой рукой, приняв позу “разговора по телефону”, глядя влево и вниз, то подходящей коммуникацией для подстройки может стать вопрос: “Интересно, можете ли вы сказать мне, что вы говорите сейчас себе?” Такой вопрос вызовет реакцию с гораздо большей вероятностью, чем другая коммуникация, потому что он создает условия для подстройки к тому, что переживает пациент. С помощью этих вопросов можно также нейтрализовать внутреннюю цензуру, которую пациент может устанавливать для психических

---

<sup>\*</sup>Наши глаза при мыслях о любимом человеке двигаются вправо (по-английски: right); мнемонический прием — словосочетание feel right, что означает “чувствовать себя хорошо”. — Прим. переводчика.

процессов. Когда пациент отвечает на такой вопрос, как: “О чем вы думаете?”, — он должен мысленно перейти от “видения”, или “слышания”, или “чувствования” к иному по своей природе понятию “мышление”, и это дает ему время “профильтровать” свой ответ психотерапевту. Когда вы подстраиваетесь к пациенту и спрашиваете с учетом его индивидуальности, что он видит, слышит или чувствует, реакция последует быстрее, и слова будут более точно соответствовать психическому процессу.

У большинства людей наблюдение за сканирующим движением глаз дает надежные результаты после многих часов практики. Однако это время и старания потрачены не зря, потому что данный навык значительно повысит влияние и эффективность ваших коммуникаций.

## **Невербальная подстройка**

Другим способом подстройки к пациенту является воспроизведение и зеркальное отражение его невербального поведения. Представьте себе двух людей, ведущих в беседу. Когда они сидят или стоят лицом к лицу, то бессознательно, словно зеркала, отражают позы и жесты друг друга. Весьма вероятно, что они и дышат в одинаковом темпе. Если один изменяет позу, то и другой, скорее всего, последует за ним и соответствующим образом изменит свою позу.

Невербальная подстройка — это зеркальное отражение позы и жестов другого человека, а также темпа дыхания (вдоха и выдоха). Однако проделать его нужно таким образом, чтобы пациент не смог этого осознать. Например, если пациент передвинулся, то психотерапевт спустя короткое время небрежно зеркально отражает его позу. Невербальная подстройка включает также похожую интонацию и темп речи. Например, пациент приходит в возбуждение и становится раздраженным, и терапия будет более эффективной, если врач сначала воспроизведет движения тела пациента, а затем также заговорит довольно возбужденно. Если пациент изменяет позу, то врач может сделать то же самое. Если пациент складывает руки, врач может медленно и осторожно воспроизвести это положение рук. Если пациент сидит со скрещенными ногами, терапевт, не торопясь, может сделать то же самое. Если пациент учащенно дышит, то терапевт может увеличить темп своего дыхания.

Двигаясь сначала в темпе, заданном пациентом, врач может затем замедлить движения тела и тем самым помочь пациенту сделать то же самое. Если пациент приходит к врачу и отказывается сесть, то поведение врача, который продолжает сидеть и вновь предлагает пришедшему садиться, не соответствовало бы тактике подстройки. Как это часто бывает в клинике при “не подстраиваемемся” поведении врача, вышеописанная ситуация может только усилить сопротивление пациента. Мы предлагаем, чтобы в такой ситуации врач встал. Подстроившись к пациенту, психотерапевт затем может не торопясь сесть, и пациент медленно последует его примеру, то есть позволит себя вести.

Как уже отмечалось, общаясь между собой, люди обычно совершенно бессознательно подстраиваются друг к другу, и *осуществление подстройки, не осознаваемой пациентом, усилит воздействие на него*. Пациент бессознательно воспримет, что психотерапевт принимает его поведение и похож на него или понятен ему. Это принятие создаст доверие, и пациент последует за терапевтом, который поведет его к другим реальностям.

Невербальная подстройка иногда может оказывать поразительное влияние. Например, в нашем семинаре по гипнозу мы добиваемся 75% успеха, когда невербально подстраиваемся и затем ведем добровольца, усаживая его на наш “трансый стул” в начале сеанса. Перед началом семинара мы выбираем участника, предположительно восприимчивого к нашей коммуникации, и записываем его описание. Потом мы невербально подстраиваемся к его дыханию и позе и затем взглядом ведем его к “трансвому стулу”, перед тем, как вызвать добровольца. Когда нам это удалось, мы считаем необходимым очень деликатно выразить нашу признательность этому участнику семинара, особенно его бессознательному, за коммуникацию и сотрудничество.

Хороший способ проверить, подстроились ли вы к пациенту, — изменить ваше поведение и проследить, последует ли пациент вашему примеру. Например, после нескольких начальных клинических коммуникаций, в ходе которых вы невербально подстроились к позе и жестам пациента, передвиньте свои ноги и посмотрите, сделает ли пациент то же самое. Если нет, это, вероятно, означает, что вам нужно еще продолжать подстройку. Некоторые из читателей, возможно, уже знают, что очень эффективен следующий способ наведения гипнотического транса: сознательно подстроиться к пациенту и затем ввести его в транс, войдя в транс самому. Если

вы удачно подстроились в самом начале, то пациент последует за таким ведением. Эту технику можно сочетать со словесной гипнотической коммуникацией, чтобы помочь пациенту войти в транс.

В некоторых ситуациях невербальная подстройка не рекомендуется, скажем, когда поведение, о котором идет речь, может быть неприятным или мешающим пациенту. Например, определенные патологические моторные движения, такие как лицевые тики или атаксии, обычно не должны использоваться для подстройки. Однако мы обнаружили, что после некоторой начальной вербальной подстройки можно невербально подстраиваться даже к мешающему моторному поведению. В одном случае была оказана помощь пациенту, страдающему серьезным артритом, его научили движениям, доставлявшим ему меньше неудобств: психотерапевт сначала подстроился к его напряженным и неуклюжим движениям, а затем медленно снял некоторые напряжения тела, что помогло пациенту сделать то же самое. В конце концов пациент научился быстро сбрасывать указанные напряжения тела, облегчая этим боль.

Вообще говоря, лечебная коммуникация или гипноз становятся эффективнее при помощи поведения, позволяющего вербально и невербально подстроиться к поведению или переживанию пациента. Это, безусловно, требует гибкости или разнообразия необходимых средств, чтобы соответствующим образом изменять терапевтическую коммуникацию. Так, опытный гипнотерапевт временами может слегка по-южному растягивать слова в разговоре с пациентом, чье детство прошло в штате Джорджия, пользоваться уличным жаргоном, общаясь с городским алкоголиком, или использовать метафоры о спорте, подстраиваясь к болельщику. Мы внимательно наблюдаем и слушаем пациента в поисках данных, которые впоследствии можно было бы использовать для эффективной подстройки. Как уже отмечалось, лучшие результаты дает подстройка неявная и не осознанная пациентом. У пациента может возникнуть сопротивление, если он воспримет поведение терапевта как подшучивание или свое утрированное изображение.

Подстраиваясь к пациенту, всегда важно помнить, что конечная цель — это не зеркальное отражение пациента, а, скорее, быстрое создание доверия, позволяющее вести пациента, формируя новое, более здоровое поведение. Подстройка — это техника, а не результат. Зеркальное отражение пациентом поведения психотерапевта является идеальным результатом. Хороший телевизионный

мастер ремонтирует ваш телевизор, но вовсе не требует, чтобы вы смотрели определенные передачи.

В завершение позвольте привести пример из практики одного из авторов, который иллюстрирует применение вербальной и невербальной подстройки и сходен по элегантности с манерой коммуникаций, в которой так часто работал Милтон Эриксон.

Психотерапевт сидел у себя в кабинете, когда вошел пациент, обзленный пятнадцатилетний мальчик. Подросток метался взад и вперед по кабинету, протестуя против родителей, которые заставили его прийти сюда. Терапевт немедленно вскочил, забегал вместе с пациентом взад и вперед и стал громко возмущаться: “Как они смеют! Кем себя считают твои родители, заставляя меня принимать тебя? Какая наглость!” Несколько минут они вместе возмущались. Наконец, врач постепенно остановился и сказал, что они побеседуют о том, что подростку делать с родителями. Подросток согласился, уже сидя рядом с терапевтом, и терапия началась.

### 3. ЯКОРЕНИЕ

Замечали ли вы, что происходит, когда вы ведете машину по автостраде и вдруг слышите сирену и обнаруживаете в зеркале заднего вида мигающие огни полицейской машины? Возникает ли при этом внезапная слабость под ложечкой или у вас начинают потеть ладони? Весьма вероятно, что вы бросаете взгляд на спидометр.

Сколько пройдет времени, прежде чем ваше сердце перестанет колотиться, когда полицейские минуют вас?

Не относитесь ли вы к тем, кому становится плохо при виде крови?

Как насчет этого странного ощущения дискомфорта, которое вы испытываете в приемной вашего врача или стоматолога?

А что происходит, когда вы чувствуете запах свежее испеченного хлеба?

И какое же все это имеет отношение к лечению вредных привычек?

Весьма значительное, но мы еще вернемся к этому вопросу.

#### Немного теории

В своих ранних работах “Гипнотические паттерны Милтона Эриксона” (*“Patterns of Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson”*, 1975) и “Структура магии” (*“Structure of Magic”*, 1975) Ричард Бэндлер и Джон Гриндер употребляли термин “якорь” для описания известного неврологического образования парных ассоциаций, которые они описывали как “видеть-чувствовать”, “слышать-чувствовать”, “обонять-чувствовать” (конечно, ассоциации “ощущать вкус—чувствовать” и “осязать-чувствовать” тоже возникают). Вторая часть пары, то есть “чувствовать”, отражает внутреннее состояние, например, радость, тревогу, спокойствие, страх и т.д., а первая часть пары — это внешний сигнал, приходящий к органам чувств. Неврологи Ричард и Джон описали этот нервный перекрест между различными сенсорными модальностями, и психологи хо-



рошо знают это понятие, которое отчетливо выражено, например, в бихевиористской модели “стимул-реакция”. Психотерапевты, знакомые с техникой десенсибилизации (взаимного торможения), легко обращаются с этим понятием.

Уникальное описание этого понятия принадлежит Бэндлеру и Гриндеру и наилучшим образом сформулировано в отрывке из I тома “Нейро-лингвистического программирования” (“*Neuro-Linguistic Programming*”):

“Якорение — это во многих отношениях просто ориентированный на использование вариант модели “стимул-реакция” в бихевиоризме. Однако имеются некоторые важные различия между этими двумя понятиями, а именно:

1) Для установления якоря не требуется обуславливания в течение длительного периода времени. И хотя этот тип обуславливания не противоречит условию установления якоря, однако часто первоначальное переживание создает достаточно прочный якорь. Связи типа якоря способствуют обучению с одной попытки.

2) Связь между якорем и реакцией не нуждается в непосредственном подкреплении каким-либо результатом этой связи. То есть якоря, или ассоциации, устанавливаются без прямого вознаграждения или подкрепления связи. Подкрепление, как и обуславливание, будет способствовать установлению якоря, но оно не является необходимым.

3) Внутренний опыт (то есть когнитивное поведение) считается настолько же значимым, как и внешние измеряемые реакции, иными словами, НЛП утверждает, что внутренний диалог, картина или чувство представляют собой такую же реакцию, как и слюноотделение собаки Павлова” (Dilts, Grinder, Bandler, Bandler and DeLozier, 1980, стр. 120).

На деле вопрос не столь сложный, как кажется. Мы просто говорим о том, почему нам хорошо, когда мы слышим по телефону голос подруги, даже если она не сказала ничего, кроме “алло”. Умение связывать определенные внутренние состояния со специфическим внешним стимулом — явление обычное. Для клиники

особенно большую роль играет связанное с понятием якоря представление об обучении с одной попытки.

Очень важно указать, что эта связь не сознательная, а скорее автоматическая или бессознательная. По-видимому, не происходит опосредованного осознания, такого как: “Ах, я слышу сирену, и это меня тревожит”. Звук сирены непосредственно вызывает тахикардию и потение ладоней.

Ясно, что якоря не являются ни хорошими, ни плохими. Вероятно, они служат для повышения эффективности наших информационных процессов, позволяя ускорить принятие решений. Однако иногда они носят дисфункциональный характер, являясь причиной формирования нежелательного поведения. Это особенно справедливо в отношении вредных привычек, а также фобий.

## **Якоря и вредные привычки**

“Я всегда беру сигарету, когда разговариваю по телефону”.

“Я смотрю на часы, вижу, что они показывают 6 вечера, и чувствую, что голоден и пора обедать, несмотря на то, что не так давно перекусил”.

“Если я по пути вижу указатель бара, у меня нет выбора!”

Очень важно в первичном интервью (специально задавая вопросы: “Когда вы обычно переедаете? Где вы при этом находитесь? Чем занимаетесь?”) узнать, что представляет собой якорь для конкретной проблемы вашего пациента. Если пациент высказывается неопределенно, попросите его в течение недели собрать точные сведения о том, когда он переедает. Психотерапевт должен быть уверен, что сформулировал свое требование достаточно четко, потому что речь идет о конкретной информации. Проблема может заключаться или в чрезмерном количестве еды, или в неподходящем времени приема пищи, или в несоответствующем характере питания. Давая пациенту такое задание, терапевт подчеркивает, что пациент не должен ни в коем случае изменять обычные привычки. Интересно отметить, что это, тем не менее, происходит часто. Одно только привлечение сознательного внимания пациента к привычному поведению может способствовать появлению изменений. Более того, данное пациенту указание *не* вносить измене-

ний само по себе может вызывать изменения (см. главу 5, раздел “Указания”). Если изменения не появились, то пациент просто следовал вашим указаниям, и это нормально. Если пациент возвращается с “неожиданным” позитивным изменением, было бы *неразумно* считать это исключением или объяснять пациенту, почему его поведение изменилось, комментируя, например, так: “Смотрите, я попросил вас есть, а вы прекратили, вы в самом деле упрямы и несговорчивы”. Лучше было бы заметить: “Ну и ну! Странно. Я этого не понимаю, ведь мы еще ничего не сделали”, — и оставить эту тему. Целью данного задания было выяснение ситуаций, в которых пациент уязвим, чтобы полученные данные использовать в курсе гипнотерапии.

## **Некоторые распространенные якоря**

Собирая сведения, вы обнаруживаете индивидуальные связи — якоря каждого пациента. Напоминаем, что эти якорные функции не осознаются. Имея это в виду, бесполезно спрашивать: “Что заставляет вас взять сигарету?”. Это только сбивает с толку. Терапевту важнее выяснить следующее: “Где вы находитесь и чем занимаетесь, когда обнаруживаете, что закурили?” Мы выяснили, что обычные обстоятельства таковы.

## ***Передача***

Некоторые люди едят по часам, не испытывая чувства голода. “Когда я замечаю, что часы показывают почти двенадцать, у меня возникает волчий аппетит”. Мы полагаем непродуктивным интересоваться, действительно ли человек был голоден, когда он начинает есть, думая, что испытывает голод. Как было сказано в главе 1, вы являетесь тем, во что верите. Если вы считаете себя голодным, вы голодны.

“Когда бы я ни проводил вечер дома, все в порядке до тех пор, пока, проходя мимо кухни, я не увижу холодильник, тогда я не могу удержаться, чтобы не съесть что-нибудь”.

“Когда дети начинают кричать, я ем все, что попадает на глаза”.

“Когда я смотрю телевизор и показывают рекламу, я тут же бегу в кухню”.

## ***Курение***

“Мой автомобиль не двигается с места, пока я не закурю”.

Другое часто встречающееся мнение курящих состоит в том, что они не могут говорить по телефону без сигареты.

Один из наиболее распространенных поведенческих якорей, связанных с курением, — это еда. Курильщики неизбежно закуривают во время или после еды или легкой закуски.

“Как только я сажусь поболтать с друзьями, я закуриваю”.

Еще один часто встречающийся якорь, связанный с курением, — употребление алкогольных напитков. Это особая проблема, стоящая перед психотерапевтами при работе с пациентами, желающими бросить курить, но не желающими отказаться от регулярного употребления алкогольных напитков. Помимо ассоциативной связи между алкоголем и сигаретами, алкоголь оказывает растормаживающее действие и разрушает сознательную силу воли пациента. Мы полагаем, что психотерапевты сочтут нецелесообразным работать с такими пациентами только над проблемой курения.

## ***Злоупотребление алкоголем***

“Когда я встречаюсь с людьми, прежде всего я должен выпить”.

“Когда я вечером ухожу с работы, я отправляюсь прямо в бар”.

Пьянство часто связано со стрессом, что справедливо и в отношении других вредных привычек. Когда бы пьяница ни заметил мельчайшие признаки начала присущего ему особого стресса (например, при ссоре в несчастливом браке), он немедленно хватается за стакан или бутылку.

## Процедура якорения

Теперь, когда вы начали понимать силу якорей и идентифицировать их у своих пациентов, мы хотели бы объяснить, чем эта информация может быть полезна в терапии вредных привычек.

Представление о якорях позволяет понять автоматические и сильные нездоровые реакции, которые могут обнаруживать пациенты с вредными привычками. Введя понятие якоря, Бэндлер и Гриндер (1979) на его основе разработали клиническую технику, названную якорением. Это высокоэффективная техника, которая создает, обычно с одной попытки, связь позитивного чувства (например, такого как переживание могущества, самоконтроль или расслабление) с новым желаемым поведенческим паттерном в ответ на сигнал, который вызывал нездоровый паттерн. Достигается это с помощью использования внутренних представлений.

Далее приведено подробное описание случая якорения у пациентки, которая обратилась за помощью в контроле за весом.

Лаурель, 29 лет, наблюдалась по поводу переедания. Она знала предписанную диету, но описывала некоторые помехи, которые испытывала при ее соблюдении. Лаурель говорила, что особенно труден для нее перерыв на ланч, когда в кафетерии она испытывала искушение перед разными десертами. Была проведена следующая процедура, которая показывает использование техники якорения для терапии вредных привычек.

Психотерапевт сказал Лаурель, что для того, чтобы осуществить это особое воздействие, которое ей поможет, ему нужно будет прикоснуться к ее плечу, и спросил, согласна ли она. Получив утвердительный ответ и начав предварительное обучение Лаурель трансу, он попросил ее мысленно отправиться в любимое место, где она чувствует себя хорошо и безопасно. Было отведено достаточное время для того, чтобы Лаурель, погрузившись в транс, увидела, услышала и прочувствовала как можно больше ощущений, которые она обычно переживала в этом месте. Затем терапевт продолжал:

“А теперь, Лаурель, позвольте вашему сознанию на некоторое время отойти от этого места, но не оставляйте совсем вашего переживания, потому что мы вернемся к

нему. Я хотел бы теперь, чтобы вы вспомнили то время в прошлом, когда вы по-настоящему управляли ситуацией. (*Последующее говорится с нажимом, чтобы адекватно передать внушение.*) Вспомните время, когда вы знали в точности, что делать в этой ситуации. Время, когда вы были совершенно уверены в том, что знаете, что сделать и что сказать, и что ситуация повернется так, как вы этого захотите. И, конечно, так оно и было. Я хочу, чтобы вы вспомнили это, и когда вспомните, пожалуйста, кивните головой”.

В этот момент Лаурель получила возможность перебрать свои воспоминания в поисках такого переживания. Когда она показала, что думает о таком времени, ее попросили усилить свои ощущения:

“Лаурель, вообразите, что вы снова переживаете это и сделайте ярче ваши переживания, вспомните все, что вы тогда видели, все слова и звуки, которые слышали, и как вы разговаривали с собой и, может быть, с другими и все хорошие, сильные чувства, которые испытывали. Используйте все ваши сенсорные каналы, чтобы оживить это переживание сейчас”.

В этот момент терапевт заметил, что у пациентки изменилась поза, кровь прилила к губам и щекам, поверхностное грудное дыхание сменилось более глубоким диафрагмальным — она приняла обычный вид сильного человека. В этот момент он сильно сжал плечо Лаурель и сказал: “Так, очень хорошо”.

Затем терапевт убрал руку и попросил Лаурель вновь переместиться в воображении в ее любимое место. После того как она пробыла там немного времени, ее попросили представить себя в будущем, когда она окажется перед витриной кафетерия и увидит еду, которую ей хотелось бы съесть, хотя она знает, что это вредно. Лаурель попросили дать знак, когда она сделает то, что сказали. Увидев этот знак, терапевт продолжил: “Когда вы увидите там еду, скажите себе: “Нет, мне этого не нужно”. Именно в этот момент терапевт прикоснулся к ее плечу точно так же, как раньше, “включив” уже уставленный управляющий якорь.

Эта процедура может выполняться несколько раз, при этом каждый раз внимание фокусируется в будущем времени на таком эпизоде, в котором пациент прежде был уязвим. Эта часть процедуры (собственно терапевтический акт) установила связь между переживанием отказа от еды или каким-либо другим поведением, которое вы хотите поддержать, и чувствами, которые связаны с якорем, в данном случае с силой сжатия плеча.

В описанном случае якорь установили, используя некоторый стимул (*крепкое сжатие плеча*) в соединении с физическим переживанием чувства владения ситуацией (или силы, или релаксации), которое появляется по просьбе терапевта воссоздать в воображении знакомое переживание. (Это отличается от ситуации, когда пациента просят *увидеть себя* испытывающим переживание. Последнее диссоциирует пациента от переживания могущества и может не оказывать воздействия.) Создавая якорь, очень важно быть внимательным к тому, где именно и в какой момент вы прикасаетесь к пациенту, чтобы позднее вы могли точно так же прикоснуться к нему, когда будете использовать якорь для осуществления терапевтического воздействия. Для использования якоря силы, сжатие должно быть достаточно ощутимым, чтобы гармонизировать с передаваемым сообщением силы или владения ситуацией. Оно должно длиться не ослабевая 10—15 секунд.

Процесс якорения создает у пациента связь между внутренним представлением конкретного события и определенным чувством. Врач решает, какое чувство является подходящим. Мы обнаружили, что ощущение владения ситуацией или ощущение силы наиболее подходят в случаях преодоления вредных привычек. Врач руководит пациентом в формировании внутреннего представления некоего прошлого переживания, связанного с такими ощущениями. Когда пациент переживает то, что предложил психотерапевт, его просят дать осознанный знак, что такой эпизод найден. Затем врач просит пациента усилить это переживание, используя все сенсорные каналы: зрительный, слуховой и кинестетический. В это время врач следит за поведенческими изменениями, связанными с желательным состоянием.

Мы никогда не переходим от одной стадии к последующей, пока не получим двух признаков того, что пациент находится в соответствующем внутреннем состоянии. Первый признак — это сигнал

пациента терапевту, представляющий собой феноменологическое самописание пациента. Второй признак — это уже описанные поведенческие изменения: перемены позы, цвета кожи и характера дыхания.

Когда мы по имеющимся признакам приходим к заключению, что возникло соответствующее внутреннее представление, мы предъявляем стимул, используемый для установления якоря. Так, сжатие плеча в описанном случае ассоциируется с чувствами, переживаемыми пациентом в данный момент.

Подчеркиваем еще раз, что для воспроизведения переживаемого чувства стимул (якорь) должен быть предъявлен совершенно одинаковым способом; например, брать за плечо нужно одним и тем же образом и с той же силой. Очевидно, что стимул, становящийся якорем переживаемого чувства, может быть любой сенсорной модальности — зрительным, слуховым, кинестетическим, обонятельным или вкусовым. Например, если имеются указания на то, что прикосновения к пациенту могут быть нежелательными, мы обычно используем в качестве слухового стимула постукивание карандаша по столу. В терапии вредных привычек предпочтение отдается кинестетическим якорям, потому что сила легко может быть передана аналогичным образом с помощью самого якоря, то есть сильного прикосновения. После того, как якорь установлен, его можно использовать в подходящий момент для создания связанного с ним эмоционального состояния простым предъявлением стимула.

Как показано в описанном случае, эмоциональное состояние используется для создания ощущения возможности сказать “нет” соблазнительной еде. В последней части процедуры пациента просят как можно ярче представить себе события в будущем, подобные тем, что в прошлом вызывали у него затруднения. Чрезвычайно важно, какой язык используется в этот момент. Этот язык должен буквально относить проблему к прошлому. Она становится проблемой, которая *была* у пациента, таким образом производится элегантно гипнотическое внушение.

В ходе терапии порой возникает проблема из-за того, что пациенту трудно вспомнить время, когда он чувствовал себя сильным, уверенным или управляющим ситуацией. Когда это происходит, необходимо объяснить пациенту, что вам известно, как много раз в прошлом он испытывал такие состояния, и вы просите просто вспомнить один из таких случаев. Некоторые пациенты,



особенно склонные к депрессии, и при такой постановке вопроса не могут справиться с этой задачей. Как показывает наш опыт, у таких людей в прошлом были периоды, когда они проявляли силу и умение, но, что для них характерно, игнорировали это. Как правило, они не помнят отчетливо эти переживания, потому что больше внимания уделяют потоку негативных чувств, заполняющих их жизнь. Следовательно, чтобы помочь таким пациентам восстановить отчетливое положительное переживание, вам нужно сфокусировать их внимание только на самом переживании. Для этого следует держать под контролем коммуникацию пациента и не допускать, чтобы он дискредитировал позитивный опыт, используя ответ типа “да, но” (например: “Да, я в самом деле управлял ситуацией, *но* потом вошел босс и сказал, что в другом деле я сделал ошибку”). Бывают случаи, когда пациент не может воспроизвести положительное ощущение силы, в этом случае полезной техникой может оказаться идентификация пациента с другим человеком (см. главу 5). При работе с вредными привычками процедура якорения может быть полезна уже в самом начале терапии; обычно она включается и в технику рефрейминга (см. главу 6). Нет необходимости в повторном установлении якоря после первого сеанса. Якорь, установленный однажды, будет функционировать в дальнейшем при каждом предъявлении. Это подтверждает наша многолетняя практика, хотя некоторым читателям это может казаться фантастичным. Действительно, когда пациенты приходят на дополнительные сеансы для катамнестического исследования через шесть месяцев после установления якоря, при его предъявлении возникает соответствующая реакция.

## **Другие случаи клинического применения якорения**

Процедура якорения может быть полезной не только при работе с вредными привычками пациентов, но и в ряде других случаев. Например, пациенты могут оказаться бессильными не только в отношении сигарет, пищи или алкоголя, но и во взаимоотношениях с людьми. Следовательно, важную часть терапии часто составляет выработка пациентом большей уверенности во взаимоотношениях со значимыми для него людьми. Например, пациент с алкогольной зависимостью приходит к осознанию, что он возвращался пьяным домой, потому что в таком состоянии он мог

“делать, что хотел” во взаимоотношениях с женой. Иначе говоря, его позиция в браке была в основном пассивной и беспомощной, поэтому он пытался таким способом сказать “нет” жене и почувствовать себя уверенно. После того, как был установлен якорь силы, он срабатывал не только тогда, когда пациент мысленно говорил “нет” алкоголю, но и в том случае, когда он представлял, что твердо ведет себя с женой.

Понимание концепции якорения важно для всех психотерапевтов, но особенно большую роль оно играет при проведении лечебного гипноза. Например, для большинства пациентов стул, на котором они сидят во время проведения лечебного гипноза, становится якорем, и после нескольких сеансов им достаточно сесть на этот стул или иногда лишь увидеть его, чтобы спонтанно войти в транс. То же самое относится к голосу гипнотерапевта. Звучание его голоса становится для пациентов якорем, и вскоре они спонтанно впадают в транс всякий раз, когда его слышат. Это помогает не только быстрому наведению транса в кабинете врача, но и в экстренных ситуациях, когда пациенту можно дать инструкции по телефону.

Якорение дает гипнотерапевту большие творческие возможности. И вы, возможно, заинтересуетесь, когда и как оно будет полезно и для вашей дальнейшей работы.

## 4. КОСВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Недавно мы втроем отправились в другой штат проводить семинар. Мы не могли добраться до места самолетом и, проделав часть пути по воздуху, взяли напрокат автомобиль и поехали к месту назначения. Скоро мы поняли, что заблудились, поэтому остановились у запраочной станции и спросили, как нам добраться до другого штата. Нам сказали: “Поверните два раза налево и три раза направо”. Мы поблагодарили и поехали. Чуть позже мы поняли, что нам не сказали, в какой последовательности делать эти повороты, и мы решились на эксперимент. Сначала мы повернули направо, налево, еще раз направо и налево, и направо. Но проделав это, мы поняли, что поступили неправильно, и нам пришлось вернуться, то есть повернуть сначала налево, затем направо, еще раз налево и направо, и снова налево. И мы вернулись как раз туда, откуда поехали. На этот раз мы решили попробовать повернуть два раза направо, затем налево, еще раз направо и налево. Это также оказалось неправильным. Поэтому, чтобы вернуться, нам пришлось теперь повернуть один раз направо, затем налево, направо и два раза налево, и мы еще раз оказались на том месте, откуда отправились.

Мы спросили себя: “Как же найти дорогу?” На этот раз мы решили повернуть налево, снова налево, затем направо, направо и опять направо. Но, как вы догадываетесь, это также было неправильно, и, очевидно, чтобы вернуться назад, нам нужно было повернуть налево, налево, налево, направо и направо, и мы вновь оказались на том же месте. Мы не знали, что делать. Мы немного забеспокоились, но подумали, что есть еще другие варианты, и на этот раз мы сделали попытку повернуть направо, налево, направо, направо и налево, но нас расстроило, что и это было неправильно. И снова, чтобы

вернуться в исходный пункт, нам пришлось повернуть направо, два раза налево, направо и налево — и мы опять оказались на прежнем месте.

Нам стало немного не по себе, и мы спрашивали себя, доберемся ли мы когда-нибудь до места. На этот раз мы решили повернуть направо, налево, направо и направо, но когда мы это проделали, то увидели, что и это оказалось неправильно. И нам пришлось повернуть налево, направо, направо, направо и налево, чтобы вернуться в исходный пункт. И мы подумали: “Как же нам найти дорогу?”

В конце концов мы пришли к выводу, что нужно сделать глубокий вдох и просто отправиться в путь, и тогда мы найдем дорогу. И когда мы приехали к месту назначения, то поняли, какими легкими и приятными для нас будут занятия, в которых мы собирались принять участие.

Когда бы мы ни общались с другим человеком, мы направляем информацию и правому, и левому полушариям мозга или, если угодно, бессознательной и сознательной психике. Гипнотерапевт, чьи коммуникации эффективны, понимает это и использует преимущества, проистекающие отсюда. То, что мы называем “косвенным воздействием”, является коммуникацией, направленной бессознательной психике, или правому полушарию. Воздействие является косвенным в том смысле, что его направленность не осознается пациентом полностью. Как было отмечено в предыдущей главе, не все терапевтические коммуникации должны быть косвенными, хотя некоторые толкователи эриксоновского гипноза и утверждают обратное. Но эти косвенные воздействия могут относиться к наиболее эффективным и даже магическим в терапевтическом процессе.

Одно из главных достоинств косвенного воздействия состоит в том, что оно обходит сознательное сопротивление, которое может возникнуть у пациента. Как обсуждалось в главе 1, на коммуникацию, направленную правому полушарию, не распространяется влияние языка или идей, присущих левому полушарию. Вы помните пример с человеком, нарисовавшим розовый банан и не понимавшим при этом, почему он нарисовал именно это. Теперь представьте себе, что пациент пришел на прием с четким представлением, что он не любит бананов или не может рисовать ба-

наны, и как эти представления будут сочетаться с рисованием банана. Обходя ту часть его психики, которая содержит эти дисфункциональные идеи (сознательную психику), нетрудно заставить пациента нарисовать именно банан. Мы полагаем, что у всех пациентов с вредными привычками действительно в левом полушарии (в сознательной психике) имеются дисфункциональные мысли о том, что они могут и чего не могут делать. Вместо логических обращений к этому полушарию, чем безуспешно занимается множество “помощников”, мы используем гибкость другого подхода, опирающегося на ресурсы бессознательного, что оказывается более полезным для пациента при управлении дисфункциональной привычкой.

Имеются также другие причины, по которым косвенные воздействия в терапии часто оказываются эффективными. Иногда нам нужно сообщить пациентам нечто, задевающее их каким-то образом. Делая это, мы знаем, что пациенты (как все люди вообще) будут испытывать психологическую потребность в защите целостности своего “Я”. Техники косвенного воздействия, которые представлены в данной главе, позволяют пациентам слушать сообщения, не ощущая необходимости защищаться в ответ. Еще одно достоинство этих техник состоит в том, что они позволяют пациентам верить, что возникающие изменения осуществляются ими самими. Иначе говоря, косвенные воздействия уменьшают видимое влияние психотерапевта. Не ощущая влияния этих техник, которые в действительности могут управлять и имеют четкую направленность, пациент будет считать, что изменения возникают спонтанно или только он определяет направление, в то время как психотерапевт рассказывает о ком-то или чем-то другом. Это эффективный метод решения сложной задачи терапевта: осуществлять контроль за терапевтической ситуацией и одновременно добиваться конечной цели — большего контроля пациентом над своей жизнью. Говоря экзистенциально, то, что считают истинным, становится истинным, потому что, когда пациенты начинают верить, что они самостоятельно изменяются в направлении здоровья, часто они продолжают эти изменения уже сами и ведут здоровый образ жизни без посторонней помощи.

Последнее из главных достоинств этих подходов состоит в том, что они имеют творческий характер и их интересно использовать. Мы в нашей профессии постоянно боремся с двумя обстоятельствами: скукой и остановкой творческого горения. Однако существу-

ет очень много страдающих ожирением, которых вы можете лечить, курильщиков, которым вы можете помочь, и алкоголиков, на кого вы можете повлиять, прежде чем ваши творческие силы истощатся. Видя в каждом пациенте скорее уникальную личность, а не какой-то симптом, и применяя эти творческие техники (особенно рассказывая истории), специалист может поддерживать высокий уровень заинтересованности в каждом случае без исключений.

Косвенное воздействие — это объединяющее название для разнообразных конкретных техник, ограниченных только вашим воображением. В одной ранней работе (King et al., 1983) мы перечисляли многие из этих техник с примерами их использования в случаях психологических и соматических расстройств. Примеры, приведенные далее, показывают, как эти техники можно применять и для наведения транса, и для лечения вредных привычек. Позвольте отметить только, что перечень возможностей бесконечен, а это лишь маленький образчик.

## **Встроенные сообщения**

Встроенные команды или сообщения (иногда эта техника называется заключением в скобки или вкраплением) представляют собой маленькие фрагменты больших утверждений, которые привлекают внимание бессознательного благодаря таким деталям поведения, как изменения интонации, паузы или изменения позы психотерапевта. Например, если бы вы хотели передать пациенту метафорическое сообщение с целью научить стоять на своих ногах, то могли бы завести подробный разговор о том, как он учился ходить. Вы рассказываете о том, как он встал, подтянулся к дивану или стулу, сделал шаг, упал, снова встал. Затем следует сказать: “И очень скоро вы научились...” — в этот момент нужно сделать паузу, немного повысить голос и продолжить: “...стоять на своих собственных ногах, Фред” — опять пауза, и снова понизьте голос и продолжите фразу. Благодаря использованию изменений интонации и пауз сообщение “...стоять на своих собственных ногах, Фред”, которое по смыслу является частью сообщения левому полушарию об обучении ходьбе, будет также отдельным сообщением правому полушарию, то есть бессознательной психике.

Приводим следующий пример использования встроенного внушения, помогающего пациенту “отпустить себя” (важное внушение при наведении транса):

“Знаете, я выпустил новую книгу с изображением на переплете машинки из аттракциона “Американские горки”, и когда я езжу по стране с семинарами, меня часто спрашивают: “Почему на обложке специальной книги изображены аттракционы?” Я отвечаю, что по двум причинам. Во-первых, просто случилось так, что я полюбил “Американские горки” — это мое хобби. Однако, во-вторых, обучение кататься на этой машинке очень похоже на обучение гипнозу — секрет состоит в том, чтобы точно знать, когда держать и когда (*едва уловимо повысьте голос в этом месте и в каждом случае, когда говорите об отпуске*) *отпустить, Фред*. Например, моей дочери только 11 лет, но она так же увлечена катанием на этих машинках, как ее отец. Она знает, что секрет заключается в знании, что иногда удобно и безопасно крепко держаться, например, когда едешь сверху вниз и на крутом повороте. Но знаете, Фред, мы заметили, что есть немало людей, которые, катаясь на “Американских горках”, никогда не отпускают руки. И когда катание окончено, у них ладони стерты, локти сведены, мышцы спины растянуты, болит шея и даже голова. Моя дочка уже знает, что часто, чтобы получать удовольствие от катания на “Американских горках”, нужно просто *отпустить, Фред*. Например, когда машинка поднимается вверх и вы слышите лязг механизма, можно откинуться назад и наслаждаться видом и *отпустить, Фред*. Или когда машинка уже возле самого верха и можно наслаждаться видом парка — тогда тоже можно *отпустить, Фред*, зная, что, как ваша интуиция, мы ее называем бессознательной психикой, так и ваша сознательная психика подскажут вам, когда снова нужно будет крепко ухватиться”.

Рассказывая это ненавязчиво во время наведения транса, гипнотерапевт может несколько раз передать Фреду встроенное сообщение “отпустить”, не отдавая ему указания “отпустить” явно, так как только очень немногим людям можно предлагать это открыто.

Вот еще один пример встроенного сообщения, которое можно использовать в случаях, связанных с контролем веса тела. Рассказывая как бы между прочим о другом пациенте и упоминая о том, как можно было бы помочь ему использовать гипноз в управлении

болью, мы начинаем говорить, как учим изменять телесные ощущения с помощью левитации руки. Во время этого разговора следует сообщить о том, как после обращения к нам пациент смог бы научиться становиться *легче и легче с каждой неделей*. И “снова команда становится легче и легче с каждой неделей” была бы дана с использованием пауз, изменений тона голоса. Гипнотерапевт мог бы наклониться и приблизиться к пациенту, произнося эти конкретные слова и только их.

## **Беседы с другими и рассказы о других**

Еще одно эффективное средство косвенного воздействия заключается в том, чтобы либо разговаривать с другим специалистом, так чтобы пациент слышал, либо рассказывать пациенту о ком-то еще, например, о другом пациенте. Эта техника особенно эффективна для сбора информации в период вводных сеансов или для внушения таких сообщений, которые могут вызвать защитную реакцию. Например, чтобы подстроиться к системе представлений пациента о том, сколько времени ему понадобится, чтобы сбросить лишний вес, можно начать рассказывать о других пациентах, обращавшихся к вам с подобной проблемой. Можно сказать, что пациент А смог сбросить 15 кг быстрее, чем вы считали это возможным, скажем, в течение месяца. Далее следует упомянуть пациента В, которому понадобилось два или три месяца для достижения его цели. Затем можно было бы обсудить случай с пациенткой С: она точно выполняла все, что было нужно, но потратила полгода, чтобы достичь желательного веса. Все это время вы наблюдаете за невербальными реакциями пациентки и, если вы хороший наблюдатель, то сможете распознать ее собственные представления об этом. Собрав информацию, можно обратиться к пациентке и сказать: “Просмотрев вашу карту, я полагаю, что вам, вероятно, потребуется три-четыре месяца, чтобы добиться того, чего вы хотите”. Таким способом пациентке передается оптимистическое утверждение, которое, надеемся, станет самореализующимся пророчеством успешной терапии, и делается это так, что она, вероятно, его примет, потому что вы подстроились к ее системе представлений.

Рассмотрим следующий пример. Вы дали указание пациенту-алкоголику посещать собрания Анонимных Алкоголиков. Однако,



учитывая данные о его прошлом, вы полагаете, что на этой неделе он ваше указание не выполнил. Вместо того чтобы вступать с пациентом в непосредственную конфронтацию (что иногда, конечно, нужно), можно обойти рационализации и аргументы, которые, вероятно, возникнут. Например, случайно упомянув в разговоре с медсестрой или секретарем (но так, чтобы пациент слышал) о том, как миссис Джонс, которая приходила вчера, не выполнила того, что ей было предписано, и как вы не стали с ней работать и сказали миссис Джонс, что просто не сможете ей помочь и не примете ее, пока она не выполнит указанное в течение трех недель подряд. Это эффективный способ сделать пациенту предостережение о последствиях невыполнения инструкций, не вызывая защитных проявлений.

Интересен вариант данного приема с использованием разговора по телефону. Терапевт может организовать ситуацию так, чтобы пациент “нечаянно” услышал разговор с другим пациентом или специалистом. Мы часто используем женский голос из метеослужбы. Для этого мы набираем номер автоответчика погоды как раз перед тем, как пациенту войти в кабинет, и изображаем разговор с другим пациентом или с кем-то из персонала о каком-то другом пациенте. Это очень эффективный способ передачи пациенту неприятного сообщения, не вынуждающий его “уходить в оборону” и защищать свое актуальное поведение.

## **Иллюзия выбора**

Эта простая, но очень эффективная техника, занимающая сознательную психику пациента выбором и представляющая, как ему кажется, большую свободу выбора, хотя конечным результатом любого варианта является договор с терапевтом делать что-то предложенное пациенту для его же блага. Есть много примеров применения этой техники как при наведении транса, так и в терапии вредных привычек.

Сначала три коротких примера использования иллюзии выбора как составной части процесса наведения транса. Поскольку, как упоминалось в главе 1, по нашему мнению, глубина транса не связана с результатами терапии, мы можем спросить пациента в начале сеанса: “Сегодня вы хотите войти в легкий, средний или

глубокий транс?” Сознательная психика человека начинает думать о том, в чем состоит различие между легким, средним и глубоким трансом, а потом делает выбор, часто не осознавая, что он соглашается на остальную часть формулировки, то есть войти в транс. Если пациент говорит нам, что сегодня он войдет в средний транс, мы не только не беспокоимся об этом, но на самом деле даже не знаем, что он имеет в виду. Его представление о среднем транс может существенно отличаться от нашего. Главное состоит в том, что он согласился войти в транс и должен выполнить психологический договор.

Подобным образом мы часто спрашиваем пациентку, когда она входит в кабинет: “Вы на этом стуле будете сегодня погружаться в транс или вы на том стуле будете сегодня погружаться в транс?” Ее сознание занято сравнением достоинств стульев, какой из них кажется более удобным и т.д., не осознавая при этом, что когда она сказала “этот стул”, то тем самым согласилась и на вторую часть условия: “будете сегодня погружаться в транс”.

В конце транса мы обычно внушаем пациентам, что в течение некоторого времени, следующей минуты или двух, когда они будут готовы, они ощутят себя более бодрыми, откроют глаза и вновь сориентируются в комнате. Здесь опять имеется иллюзия выбора, внушение, что они могут сделать это, когда захотят, но в действительности поставлены пределы: “в течение минуты или двух”. Это создает видимость очень либерального вида терапии, что ощущают пациенты и что дает возможность терапевту получить то, что нужно: пациент быстро выходит из транса, а не просиживает по 15 или 20 минут, занимая время приема и место в кабинете.

В процессе терапии есть много моментов, когда вам может понадобиться иллюзия свободы выбора. Например, новую пациентку с проблемами веса можно спросить: “Вы хотите начать диету на этой неделе или на следующей после второго сеанса?” И вновь за этим скрывается ее согласие сесть на диету. Хотя техника создает видимость множества вариантов выбора в процессе терапии, на деле выбор весьма ограничен.

Один из наших любимых вариантов применения этой техники заключается в использовании дней недели. Мы можем дать пациенту указание (см. главу 5) и затем внушать, что он может сделать это в любой день следующей недели, когда захочет. Мы можем продолжать таким образом:

“Я думаю, вы сделаете это в пятницу. Хотя любой день хорош для этого, однако большинство моих пациентов, кому я симпатичен, кажется, занимаются этим в пятницу, в день, когда я обычно занимаюсь своим собственным личностным ростом. Может быть, вы сделаете это в понедельник или во вторник, но я думаю, вы сделаете это в пятницу. Некоторые пациенты делают это в середине недели, в среду или в четверг, но я думаю, вы сделаете это в пятницу. Возможно даже, вы сделаете это в субботу или воскресенье, но я думаю, это будет в пятницу”.

У пациента есть два варианта на выбор. Он может считать себя человеком, который находится с нами в отношениях сотрудничества и выполняет именно то, что мы хотим, и поэтому выберет пятницу. Но может и упорствовать в своем сопротивлении, чтобы доказать, что не находится под нашим контролем, и поэтому сделать то, что требуется, в любой день, кроме пятницы. Конечно, в результате он выполнит наши указания, а в какой день недели — на самом деле нам безразлично.

## **Терапевтические двойные связи**

Терапевтическая двойная связь возникает, когда терапевт создает такую ситуацию, что как бы пациент себя ни повел, результат будет и предсказуемым, и терапевтическим. Это отличается от вышеописанной иллюзии выбора, при которой пациент не осознает существования различных возможностей. Примеры терапевтических двойных связей можно видеть во многих простых наведениях транса, которые, вероятно, уже известны большинству читателей. Вот один пример.

“Теперь я хотел бы, чтобы вы представили себе классную доску. Она может быть любого цвета: черная, зеленая, серая, светло-голубая — она может быть одной из тех, которые вы видели, или той, которую вы придумали сейчас, — это не имеет значения. Когда вы увидите ее в своем воображении, дайте мне об этом знать кивком головы. (Предполагается, что пациент может создать визуализацию и при этом кивает.) Затем я хотел бы, что-

бы вы не начинали, пока я не закончу с указаниями. Когда я вам скажу: “Начинайте!”, вообразите, как вы подойдете к доске и напишете на ней число 100. Когда вы сможете увидеть число и только тогда, когда вы его увидите, назовите его так громко, чтобы я услышал. Когда вы его назовете, число начнет бледнеть и исчезнет с доски; тогда напишите следующее по порядку меньшее число, то есть 99. И опять, когда вы увидите число, назовите его, после чего оно начнет исчезать с доски, и опять напишите следующее меньшее число. Далее вам будет все труднее и труднее видеть и называть числа, но я хотел бы, чтобы вы добрались до нуля. И когда вы дойдете до нуля или когда вы не сможете больше видеть или называть числа, в любом случае, я хотел бы, чтобы вы убрали из своего воображения доску и перенесли мысленно в место то, где вам нравится бывать.

Эти инструкции создают терапевтическую двойную связку, потому что они даются таким образом, что пациентка будет делать одно из двух. И в том, и в другом случае она будет делать то, что ей сказали, то есть пытаться выполнять трудную задачу, добраться до нуля, и, возможно, справиться с ней. Очевидно, что почти каждый войдет в транс после такой длительной концентрации на внутренней визуализации. Если пациентка это сделает, то почувствует, что, следуя вашим указаниям, она сотрудничает с вами и без труда войдет в транс или, по крайней мере, начнет входить в него. Конечно, если возникают трудности с выполнением этого задания и пациентка не может дойти до нуля, она все равно сотрудничает, потому что вы внушали, что такое тоже может произойти. Это становится доказательством того, что ваша пациентка действительно “хороший гипнотический субъект”. Что бы она ни делала, она непременно должна войти в транс и убедиться, что сотрудничает с вами.

Терапевтическая двойная связка может быть полезной также при работе с пациентом, который не находит в себе силы говорить “нет” людям, воспринимаемым как носители власти, в том числе и жене. Проводя рефрейминг, вы и ваш пациент можете прийти к пониманию одной из вторичных выгод от курения, которая состоит в том, что является единственным доступным ему способом сказать “нет” жене и тайной причиной его пристрастия к курению.

Терапевтической двойной связкой было бы указание пациенту в течение следующей недели сказать два-три раза определенное “нет” начальнику или жене. Двойная связка заключается в том, что либо пациент пойдет домой и скажет “нет”, либо фактически скажет “нет” вам, еще одной властной фигуре, не выполнив вашего указания. В любом случае пациент вынужден будет сказать “нет” авторитетному лицу, что иногда может стать терапевтическим изменением поведения.

## **Контингентные внушения**

Использование контингентных внушений заключается в соединении внушения с некоторым предшествующим неопровержимым фактом или фактами, даже если для такого объединения нет логического обоснования. Контингентные внушения (иногда называемые “мусорной логикой”) представляют собой форму подстройки и ведения.

“Вы знаете, что значит выйти на улицу в холодный ветреный день и почувствовать кожей обжигающий ветер. Вы знаете, что значит выйти в теплый весенний день и почувствовать, как тепло солнца пронизывает ваше тело. Вы знаете, что значит услышать музыку, поразившую вас своей неожиданной силой и красотой. Вы знаете, что значит слышать и видеть капли дождя на стеклах окон вашего дома или автомобиля. И поскольку вам знакомы все эти переживания, вы сможете выполнить на этой неделе всю работу, которую должны сделать”.

Обычно мы включаем этот отрывок в разговорное наведение транса. Внушение состоит в том, что пациент может сделать все, что ему необходимо делать для себя, а доказательством внушения является то, что ему известны все эти сенсорные ощущения. Такие ощущения, естественно, знакомы каждому, кто приходит на прием. Однако связь между этим опытом и его способностью выполнять некоторую терапевтическую работу на следующей неделе весьма сомнительна. Если такие связки составляются и подаются непринужденно, легко, пациенты часто их принимают, и не возникает никаких вопросов.

Иногда мы “пристегиваем” внушение терапевтических изменений к текущим или продолжающимся событиям. Например, можно сказать: “Так как сегодня прекрасный день, этот терапевтический сеанс будет особенно важным для вас”, или: “Для “Балтиморских Иволг” сейчас наступила полоса побед, и вы заметно повысите контроль за своим поведением”.

Кстати, поскольку вы как раз сейчас читаете эту книгу, у вас может возникнуть интерес, когда вы сможете эффективно пользоваться этими техниками в своей собственной практике.

## **Замешательство**

В состоянии замешательства, смущения находиться так же неудобно, как в штате Аризона в августе, и большинство людей делают что-нибудь разумное, чтобы выбраться из таких положений. Пациентам, находящимся в трансе, мы часто говорим нечто, вызывающее замешательство, чтобы помочь им достичь определенных целей. Примером такой приводящей в замешательство техники, конечно, является начало этой главы. Вообразите такую беседу, только в три или четыре раза длиннее приведенного описания, — и посмотрим, в каком состоянии вы окажетесь!

Мы находим, что когда пациенты в замешательстве, они должны, по всей вероятности, делать одно из трех. Первое: войти в транс, чтобы избежать замешательства. Когда мы работаем вместе, то иногда двое или трое из нас рассказывают одновременно разные истории, в которых многократно упоминаются в разных сочетаниях слова “справа” и “слева”. Затем получая отчеты пациентов, мы обнаруживаем, что часто их сенсорное восприятие изменяется (явное трансовое поведение), чтобы справиться с появлением замешательства. Они сообщают, что слышат одного из нас и не слышат другого или двоих других, или же иногда совсем не слышат никого.

Еще один возможный способ справиться с замешательством — заполнять пробелы или прибавлять слова, которые, по-видимому, позволяют шокирующему утверждению стать осмысленным. Часто в начале наведения транса и после обращения к бессознательному мы делаем замечание такого типа: “И многие спрашивают нас, что такое бессознательное, но вы знаете, и мы знаем, и все в порядке”. Заявление явно бессмысленное, но вы будете удивлены

тем, как много людей после транса испытывают чувство, что мы обсуждали природу бессознательного и пришли к полному согласию по этому вопросу.

Третья возможность состоит в том, что многие хватаются за первое логичное, правдоподобное внушение, которое выводит их из состояния замешательства. Мы часто сбиваем пациента с толку и вслед за этим проводим непосредственное терапевтическое внушение, которое пациент склонен принять.

Если вас интересует техника приведения в замешательство и вы хотите ее опробовать, мы предложили бы вам сделать вот что. В следующий раз, когда ваш телефон зазвонит, снимите трубку и скажите: “Алло! Джон дома?” Весьма вероятно, что последует продолжительная пауза, так как позвонивший будет находиться в состоянии транса.

Фридрих Ницше, обсуждая дискомфорт состояния незнания, подобного замешательству, а также желание выйти из него с помощью собственных представлений о картине мира (см. главу 1), написал:

“Сталкиваясь с неизвестным, мы оказываемся перед опасностью, дискомфортом и тревогой; и наше первое инстинктивное побуждение — уничтожить эти болезненные состояния. Первый побудительный мотив: всякое объяснение лучше, чем ничего. Поскольку в его основе лежит единственное желание избавиться от тягостных утверждений, о средствах особенно не заботятся: первое же объяснение с помощью уже известных нам доводов кажется настолько хорошим, что его считают верным. Таким образом, удовольствие является критерием истины” (1968).

## **Метафорическая коммуникация**

Человеческие существа научились понимать свое место в мире и общаться друг с другом, с пользой оперируя символами и метафорами. Вообще говоря, метафору можно определить как сообщение, в котором объект описывается или выражается на языке другого объекта. В результате на описываемый объект проливается новый свет и удается узнать о нем нечто новое. К несчастью, наша

педагогика в своих попытках копировать научную строгость отрицает важный аспект метафорической коммуникации.

Если ваша подруга придет к вам и скажет, что у нее тяжело на сердце, вы не станете искать весы, чтобы его взвесить. Вы интуитивно понимаете, что это означает, и, может быть сможете предложить что-то, чтобы облегчить ей этот груз. К сожалению, многие ученые медики и психологи обучены тому, что нужно заставлять пациентку, у которой “тяжело на сердце”, как можно более подробно и точно описывать свои чувства, все события, которые привели к “тяжести” и т.д., как будто самого по себе упоминания о “тяжелом сердце” недостаточно.

Нам нужно научиться быть внимательными к метафорическому языку пациентов и подстраиваться к нему. Например, если ваш пациент спортивный болельщик или легкоатлет-любитель, то когда он попадает в тупик, вам не нужно долго говорить с ним об экзистенциальной ответственности, чтобы привести к необходимым изменениям в жизни, а лучше посмотреть ему прямо в глаза и сказать: “Я сделал, что мог, теперь мяч на вашей площадке”.

Клиницисту нужно воспринимать язык тела и сами симптомы как метафорическое выражение пациентом того, что с ним происходит, и опираться на это при общении с пациентом. Например, если подросток с избыточным весом имеет властных родителей, то полезной может быть подстройка к нему с помощью высказываний: “Вам, возможно, много приходится проглатывать от ваших родителей”, или: “Вам, должно быть, трудно переварить все, что происходит в вашем доме”. Точно так же, если у молодого человека может появиться заметная сыпь, не стоит обсуждать это в традиционной манере, можно его просто спросить: “Кто скрывается под вашей кожей на этой неделе?” Вы будете удивлены незамедлительными ответами пациентов на вопросы, заданные с учетом метафорического истолкования их симптомов и на таком же метафорическом языке. Курильщики сигарет (и пациенты с язвами) будут часто говорить о людях или ситуациях в таких выражениях, как “это меня распалило” или “это заставляет меня кипеть”\*. Такие комментарии подсказывают, что здоровые поведенческие паттерны обращения с гневом или раздражением могут продуктивно использоваться в терапии.

---

\*Игра слов: “makes me fume” также означает “это заставляет меня курить”. — *Прим. переводчика.*



В следующей главе мы более подробно обсудим применение указаний. Позвольте нам, однако, отметить, что многим пациентам указания лучше давать в метафорической форме, чтобы избежать исходной защиты симптома. Например, если пациент, по всей видимости, попал в тупик на данном жизненном этапе, и, возможно, просто не способен на более здоровые изменения, вы можете дать ему метафорическое указание пойти домой, выбрать в доме одну комнату и полностью изменить ее. Директива должна включать инструкции выносить из комнаты каждую вещь отдельно, а не просто перетаскивать от одной стены к другой, и затем собрать обстановку комнаты каким-то другим образом. Очень немногие пациенты, прилагающие усилия в ходе терапии, затрудняются выполнить это задание, даже если у них имеются существенные проблемы со значительными изменениями в их жизни. Удивительно, но после того, как пациент последовал метафорическому указанию, изменение жизненных обстоятельств происходит, кажется, с поразительной легкостью и так, что пациент скорее чувствует себя ответственным за их появление, чем думает, что выполняет указание терапевта.

Еще один вариант метафорической коммуникации включает в себя указание пациенту оказаться в определенном воображаемом месте во время самогипноза или увидеть определенные сны, контролируя их содержание, пока это возможно, при засыпании. Например, мы часто просим пациентов во время самогипноза в воображении подняться вверх к подвалам их психики или спуститься вниз к ее чердаку (техника замешательства) и определить, как размещены некоторые ненужные предметы, которые там хранятся. Просим заметить, какого цвета эти предметы, какого размера, формы и т.д. Можно внушать некоторые свойства этих лишних вещей, которые по-своему соответствовали бы симптомам пациента. Например, пациенту с избыточным весом можно сказать, что багаж занимает много места и тянет человека вниз. Или сообщить пациенту, что у многих людей чердаки и подвалы переполнены лишними вещами и что они могут захотеть избавиться от одного-двух предметов прямо сейчас. Мы говорим им, что иногда люди точно знают, что из их внутреннего багажа лишнее, а иногда люди знают только, что багаж хранится, но его содержимое им неизвестно. В первую неделю пациентам дается задание просто составить опись имущества в доме и выяснить что-нибудь об этих лишних вещах. На следующей неделе или иногда даже во

время транса мы даем указание брать из этих вещей по одной и находить способ освободиться от нее. Одновременно проводим много альтернативных внушений, чтобы помочь в выполнении задания. Мы говорим им, что некоторые люди в своем воображении выходят на задворки своего дома, где стоят мусорные баки, кладут в них вещи, и ожидают, когда приедут вывезить мусор. Другие складывают все в сумки, отправляются в туалет и спускают все в канализацию. Некоторые относят хлам к соседнему бакалейному магазину, где всегда стоят большие контейнеры для мусора, и сваливают его туда. Мы говорим пациентам, что точно не знаем, как они собираются поступить, но что каким-то образом, у нас в кабинете или дома, когда они проводят самогипноз, или во сне, на этой неделе они смогут найти способ избавиться от лишнего багажа. В последующие недели пациенты сообщают о поразительной продуктивной работе, которая как бы между прочим произошла у них. Обычно пациенты даже не осознают связи между метафорическим фантазированием, которое они переживают в трансе или во сне, и своими поведенческими изменениями в остальное время.

## **Искусство рассказывать истории**

Как-то утром, еще только составляя первый набросок этой книги, мы нервно переключали каналы телевизора, пытаюсь узнать о спортивных результатах минувшего вечера, и случайно натолкнулись на воскресную проповедь. Проповедник, как можно было понять по языку его тела и тону голоса, как раз собирался рассказать какую-то интересную историю, поэтому на некоторое время мы оставили пульт переключения каналов в покое. Проповедник рассказывал о широко разрекламированном футбольном матче в Бирмингеме, штат Алабама. “Хотя от игры ожидали многого,— сказал он,— она не стала событием, потому что одна команда была гораздо сильнее другой”. И продолжал описывать игру с интересными подробностями, заметив, что к ее концу слабейшая команда проигрывала, но незначительно, только по очкам. Поскольку время истекало, тренер проигрывающей команды взял тайм-аут и сказал своим игрокам: “Слушайте, ребята, мы можем выиграть эту игру. Несмотря на то, что они сильнее нас, Альберт быстрее любого их игрока, и он их обгонит. Отдайте мяч Альберту, и мы

сможем выиграть эту игру”. Команда вернулась на поле. При первом розыгрыше Альберт так и не получил мяча, и никаких изменений в игре не произошло. Тренер был расстроен. При втором розыгрыше команда опять не давала мяча Альберту, и ничего хорошего не случилось, и снова тренер был сбит с толку и рассержен. То же самое произошло и при третьем, и при четвертом розыгрыше, и команда проиграла эту игру. После игры тренер спросил защитника: “Почему вы не давали мяча Альберту?” Защитник ответил: “Альберт не хотел принимать мяч!” Проповедник продолжал морализировать, говоря о нежелании принимать на себя риск и используя такие метафоры, как: “Как потопаешь, так и потопаешь”, “Без труда не выловишь и рыбку из пруда” и “Вы не можете незаметно получить второе, если вы одной ногой привязаны к первому”.

Мы думали о том, как разные консультанты и терапевты, которых нам приходилось слушать, пытались объяснить пациентам, что сверхзащищенная жизнь дает иллюзию безопасности, но в конце концов гарантирует поражение. Мы никогда не видели, чтобы какой-нибудь психотерапевт передавал неприятное сообщение пациенту так, как проповедник делал это для своей аудитории в то воскресное утро.

С древних времен в истории человечества, о которой остались письменные свидетельства, рассказывание историй как в устной, так и в письменной форме, помогало передавать достижения культуры, социализировать молодых, оказывало помощь в решении проблем. Почти все религии основывались на искусстве повествования и поддерживали его. Это искусство имеет некоторые естественные свойства, которые, по нашему убеждению, позволяют очень хорошо использовать его в гипнотической работе. Прежде всего, хорошо рассказанная история сама по себе оказывает естественное гипнотизирующее действие. История, рассказанная с воодушевлением, с соответствующими интонациями и верными позами и жестами рассказчика побуждает воображение (функция правого полушария) буквально рисовать рассказанную историю, и переживаемый опыт можно считать трансом. Альтернативным вариантом является скучная история со множеством подробностей, которая очень быстро вводит в транс просто потому, что человек стремится избежать скуки. Милтон Эриксон говорил мне, что он мог ввести человека в транс, просто нагоняя на него скуку, когда тихо и неторопливо рассказывал обо всех членах своей семьи.

Второе важное достоинство рассказывания историй состоит в том, что у терапевта при этом появляется возможность метафорически преподнести стратегию изменений, касающуюся решения конкретной проблемы, и сделать это таким косвенным образом, чтобы не вызвать сознательного сопротивления пациента.

Успех терапевтического рассказывания историй зависит как от эффективной организации процесса, так и от содержания истории. Прежде чем обратиться к содержанию, позвольте предложить три основных правила изложения историй. Первое правило: историю следует рассказывать непреднамеренно, почти в виде отступления от терапевтических или медицинских контактов. Не забывайте: когда пациент садится беседовать о своих проблемах, его защиты наготове. Но перед началом лечебной процедуры или после ее окончания, а также во время случайного перерыва защиты пациента естественным образом ослабевают, и вы пускаетесь в болтовню. В эти моменты пациент в полном смысле открыт — и сознательно, и бессознательно — для того, что вы хотите ему сказать.

Второе правило: для рассказа должно быть какое-то разумное основание. Мы часто начинаем истории словами: “Я рад, что мы сегодня работаем с вами, потому что со мной только что произошел необычный случай”, или: “Знаете, я думал о вас целую неделю, потому что понял, что у меня есть старая подруга, я ее давно не видел, она очень похожа на вас, несмотря на то, что она немного моложе”. Затем рассказывается история о подруге или о том, какое происшествие произошло с вами сегодня утром. Студенты часто говорят нам, что эти истории настолько прозрачны, что пациент обязательно должен выявить заключенное в рассказе сообщение, адресованное ему. В конце концов, специалисты не рассказывают импровизированных историй. Наш опыт свидетельствует об обратном. Если история рассказана доверительно, непринужденно и для этого рассказа имелись разумные основания, пациент будет слушать внимательно, то есть как раз так, как нам хотелось бы.

Третье правило (мы его будем обсуждать в конце главы): никогда не анализируйте и не обсуждайте историю, а сразу после ее окончания переходите к другой теме.

Истории составляются двумя способами. К первому типу относятся истории, несущие стратегию изменений, которую вы хотите внушить пациенту. Истории второго типа не заключают в себе стратегии изменений, возможно, потому, что вам точно не извест-

тно, что пациенту нужно делать. Они скорее обращены к правому полушарию, к бессознательной психике, которая рассматривается как творческая часть каждого человека, — с ее помощью должны быть решены проблемы, стоящие перед пациентом. Далее приводятся примеры историй обоих типов, чтобы помочь понять разницу между ними.

Давайте сначала рассмотрим истории, придуманные для пациентов с вредными привычками, которые несут в себе определенное сообщение или внедряют определенную стратегию.

“Знаете, у меня есть подруга по имени Анна, которую вы мне сильно напоминаете. Она немного выше вас ростом и немного моложе. Мы с Анной вместе росли в Балтиморе. Недавно я ездил туда и видел ее после многолетнего перерыва, и она рассказала мне кое-что интересное. Как и многие женщины в нашей культуре, Анна считает, что она может быть счастлива только тогда, когда у нее есть мужчина, и думает, что единственный способ общения с мужчиной — всегда отвечать “да” на его предложение идти в постель. Анна говорила мне когда-то, что несмотря на то, что получает удовольствие от секса, она начинает чувствовать себя все более отчужденно и ее тело кажется ей чужим из-за сознания того, что она не настолько управляет ситуацией, чтобы иногда сказать “нет”.

Недавно, когда я виделся с Анной, она рассказала мне, как проводила вечер с мужчиной, который ей нравился, и в завершение вечера он, как обычно, захотел секса. По некоторым причинам на этот раз Анна отказалась. Я не знаю, как складываются отношения Анны с этим мужчиной, но она сказала, что с ней произошла приятная перемена и она в первый раз почувствовала, что сама за себя отвечает и не ощущает себя больше жертвой привычки или прессинга принятой нормы. Изменение сексуального поведения — еще не все, в Анне произошли большие изменения: она начала лучше ощущать свое “Я” во всех аспектах своей жизни. Знаете, действительно, то, как вы ощущаете свое “Я” — это самое важное в жизни. Этим пронизана ваша семейная жизнь, общественная жизнь, ваша работа”.

Эту историю можно рассказать тому, кто должен научиться говорить “нет”. Здесь есть два достоинства. Во-первых, говоря о сексе, а не о предмете жалоб пациентки (еда, наркотики, курение и т.д.), мы передаем ей сообщение косвенным образом, и она не нуждается в защите, так как она ведь не говорила о сексе. Во-вторых, история содержит вознаграждение: то есть, если пациентка скажет “нет”, возьмет на себя контроль и перестанет быть жертвой своих привычек, то приобретет хорошие чувства относительно самой себя. Об этих чувствах говорится как о чем-то действительно самым важным, в том смысле, что они пронизывают каждую часть жизни пациентки. К тому же, история должна быть рассказана как только что пришедшая на ум, в связи с пациенткой. Закончив свой рассказ, терапевт должен сразу перейти к другой теме.

Следующая история содержит неприятное сообщение о “друге-враге”. Чтобы подстроиться к привычкам человека, терапевт должен показать, что он понимает: нездоровая привычка когда-то была “другом”. У многих людей в течение долгих одиноких ночей единственным другом была только пачка сигарет. Кому-то еда давала ощущение комфорта в моменты стресса или алкоголь помогал ослабить невыносимое напряжение. Расценивая их только как “грязные, отвратительные” привычки и не понимая их облегчающего аспекта, нельзя подстроиться к опыту пациентов. Вот история для подстройки как к природе привычки, бывшей в свое время другом, так и к актуальной сейчас для пациента необходимости отказаться от нее.

“Знаете, Фрэнк, я думал на этой неделе о вашей семье. У вас есть дочь, которая собирается поступить в колледж через один-два года, и я вспоминал, какое это было сложное время в моей жизни. В старших классах у меня был друг по имени Мо. Мы были неразлучны, к нам относились прямо как к сиамским близнецам. Мы все делали вместе и в учении, и в развлечениях. Мы вместе поступили в университет штата Мэриленд и на первом курсе были соседями по комнате в общежитии, но когда мы поступили в колледж, что-то начало меняться. Скоро стало ясно, что Мо и я двигались в разных направлениях. Я хотел хорошо учиться в колледже и стать специалистом. Мо хотел пользоваться возможностью не заниматься ничем, кроме вечеринок. Несмотря на то, что

я тоже любил вечеринки и, конечно, устраивал их, вскорее я понял, что если буду делать то, чего хочет от меня Мо, и продолжать тесную дружбу, то провалюсь на экзаменах в этом семестре или в следующем. Это был трудный выбор, но в конце концов напряжение стало столь велико, что мне пришлось оставить дружбу с Мо. Мне было трудно и грустно, однако я понял, что хотя он когда-то был для меня большим другом, но теперь становился врагом и дружба с ним приведет к тому, что я никогда не смогу достичь в жизни того, чего хотел. Это было очень напряженным моментом для меня и вызвало некоторые проблемы в моей собственной душе, но я сделал то, что должен был сделать. Конечно, оглядываясь назад, я не жалею ни о чем. Я надеюсь, что вашей дочери не придется проходить через такие же стрессы”.

Эта история иллюстрирует несколько уже упоминавшихся моментов. Она позволяет подстроиться к пациенту, потому что в ней содержится как понимание напряжения, связанного с насущной задачей (расстаться с вредной привычкой), так и понимание того, что в свое время эта привычка помогала ему. Рассказ относится к косвенному воздействию, потому что я говорил о своем друге по колледжу, развлечениях и отметках и не касался вредной привычки пациента. Последнее замечание о дочери было сделано, чтобы отвлечь его внимание и усилить основания для этого рассказа, а также перейти к обсуждению другой темы.

Теперь мы обратимся к историям, рассказываемым пациентам, когда психотерапевт точно не знает, какое вознаграждение получает пациент от своей привычки или в какой новой стратегии он нуждается, но полагает, что это решение содержится в бессознательном пациента. Цель таких историй — активизировать ту часть психики, которая знает выход, и позволить ей влиять на поведение пациента.

Первая история была рассказана медсестре, которая проходила терапию по поводу алкогольной зависимости средней степени. Было понятно, что привычку поддерживало, в частности, постоянное ворчанье родителей и друзей-врачей по поводу ее выпивок. Женщине требовался какой-то способ для сопротивления друзьям и семье, которых она считала властными, но ни она, ни терапевт не могли придумать хорошей альтернативы. Приведенная далее

история представляет собой пример косвенного рефрейминга, помогающего пациенту самому найти новые, более подходящие варианты.

“Знаете, Лили, среди моих друзей много медсестер и как раз на этой неделе я случайно встретил одну из них, которую целый год не видел. Ее зовут Лиза. Она имеет диплом медсестры и степень бакалавра по психологии. Несколько лет назад ей нравилась ее работа, но в последний год она начала немного скучать. Родители и старшая медсестра ужасно раздражали Лизу тем, что пытались заставить ее пойти в школу медсестер для повышения квалификации. Отчасти Лиза этого хотела, но по непонятным ей самой причинам что-то внутри нее сопротивлялось этому решению. Она чувствовала, что сбита с толку и попала в ловушку. Однажды в свободный день Лиза пошла навестить свою любимую старую учительницу из школы медсестер. Она рассказала ей о том, что с ней происходило, и учительница сказала: “Прежде чем решать, пойдешь ты на занятия или нет, я хочу предложить тебе попытаться сделать кое-что еще”. Затем старая медсестра наклонилась к Лизе и сказала ей кое-что по секрету. Лиза взяла отпуск на три дня и куда-то исчезла. Это очень взволновало ее семью и друзей, потому что никто не знал, где Лиза. Когда она вернулась, то казалась повеселевшей и на той же неделе записалась в школу медсестер для повышения квалификации. Это непонятная история, я даже не знаю, в чем состоял секрет. Бывают же такие совпадения, что вы, моя новая пациентка, тоже медсестра, а я как раз на прошлой неделе встретил свою старую приятельницу медсестру, и она мне рассказала об этих странных событиях с ней. Я полагаю, что это на самом деле ничего не значит. Что же, давайте теперь приступим к работе”.

Метафора — хороший способ обращения к бессознательной психике, правому полушарию мозга. Мы всегда обращаемся к образам старого мудрого учителя, творца, старой бабушки, древней, покрытой пылью книги и т.д., представляя себе бессознательное человека, и рассказываем какую-нибудь историю, где персонаж,



с которым пациент будет идентифицироваться, получает некую новую информацию из этого источника и может использовать ее для решения своей проблемы. Конечно, поскольку в этих случаях мы не предлагаем никакой определенной стратегии, то на вопрос пациента, в чем состоял секрет или что сказала старая книга, мы просто пожмем плечами и ответим: “Я не знаю — мне этого не рассказали”.

Вот еще одна история, которая может быть полезна в ряде клинических ситуаций. Повторяем, эта история не внушает специфических стратегий для изменений, а предоставляет это собственно-му бессознательному пациента.

“Знаете, прошлой ночью я видел интересный сон. Я проснулся в незнакомой комнате, в чужой, но чем-то знакомой постели. Я прошел несколько пролетов вниз по лестнице и добрался до подвала. Когда в подвале я осмотрелся, то увидел, что вертикальные опоры, идущие от пола к потолку, были заметно изогнуты и обветшали. Я увидел электропровода, свисавшие с балок, и помню, что это были какие-то обрывки. Водопроводные трубы проржавели и нуждались в ремонте. Когда я вышел из подвала, несколько рабочих спускались туда по лестнице. Электрик нес разные провода и выключатели, розетки, рубильники, схемы и предохранители. У плотника я заметил ящик с инструментами. Еще я увидел водопроводчика. Я вышел наружу, обошел вокруг дома и, когда подошел к фасаду, заметил, что там идет карнавал или ярмарка. На улице были установлены балаганы, вокруг толпилось множество людей. Я прошелся по улице, и повсюду гуляли люди. Я улыбался, но заметил, что мне в ответ не улыбаются. Люди собирались небольшими компаниями и веселились. Я почувствовал свое одиночество, отчужденность, и мне было неудобно. Я почувствовал сильную обиду. Я пошел обратно, опять обошел вокруг дома. Когда я спускался по ступенькам подвала, рабочие уходили. Я вошел внутрь и увидел, какую чудесную работу они выполнили. Опоры, поднимавшиеся от фундамента к потолку, были вырублены заново, я увидел, что они гораздо мощнее и тверже прежних. Я увидел новую проводку и новый силовой щиток. Я уви-

дел также новое электрическое оборудование, выключатели и розетки. Я увидел новый сверкающий водопровод и легко мог представить себе, как хорошо по нему течет вода. Внезапно мне стало лучше, я вышел из подвала вверх по ступенькам, обошел вокруг дома, там продолжалась ярмарка. Я вновь прошелся по улице и в самом деле почувствовал себя хорошо. Люди проходили мимо, я улыбался им, и если даже на мою улыбку не отвечали, меня это не задевало. Я вернулся обратно и вошел на этот раз через парадный вход, прошел несколько маршей вверх по лестнице, снова лег в постель и позволил себе погрузиться в приятный расслабляющий сон”.

Нас часто спрашивают, что мы можем посоветовать, чтобы слушатели могли начать выполнять такого рода работу, прогнозируя ее эффективность. Вот несколько советов.

Истории составляют, руководствуясь принципами параллелизма и изоморфизма, имеется в виду, что важные элементы рассказанной истории должны по форме совпадать с фактами жизни пациента. Это относится к основным обстоятельствам, возрасту, полу, семейным отношениям, возможно, к роду занятий и т.д., чтобы рассказ позволял подстраиваться к конкретной ситуации пациента. Например, существует несколько метафор семьи: капитан корабля, первый помощник и команда; директор школы, его заместитель и учителя; тренер команды, его помощник и игроки.

Затем непременно используйте возможности своего собственного правого полушария, его творческий потенциал. Войдите в транс и создайте в воображении образ или картину, символически изображающую пациента и его ситуацию. Например, курильщик может напоминать машину, работающую неэффективно, да к тому же между шестеренками появляется повышенное трение и механизм дымит. Наконец, приходит мастер и поворачивает особый винт так, как нужно, после этого машина работает производительно, дым и вонь исчезают. Унылый и одинокий алкоголик может напоминать вам покинутого щенка, который любит играть с другими собаками по соседству, но просто не знает, как это устроить. Наконец, приходит старый мудрый сенбернар и выручает щенка. Возможно, старый мудрый сенбернар шепнул какой-то важный секрет щенку на ухо. Или он мог сказать щенку, как именно подружиться с другими собаками.

Мы также посоветовали бы начинающим специалистам найти нескольких друзей или коллег, которые применяют или интересуются применением этих подходов. Иногда бывает трудно сочинять истории самостоятельно, профессиональная группа поддержки, собирающаяся каждые несколько недель, чтобы разрабатывать метафоры и истории для трудных случаев, может оказать неоценимую помощь, особенно начинающим. Мозговой штурм в такой группе специалистов с разными личностными качествами очень интересен и подпитывает творческое горение.

Последний небольшой совет: не забывайте следить за тем, чтобы все ваше поведение было конгруэнтным, тогда эти истории будут работать. Мы понимаем, что для многих специалистов рискованно работать не так, как их обучали. Многие опасаются, что эти истории или другие косвенные техники могут быть замечены пациентом. Вся наша практика подтверждает обратное, однако мы знаем, что каждый должен верить своему собственному опыту, а не нашим словам. Мы можем сказать только следующее: для того чтобы знать, какими возможностями и силой воздействия обладают эти техники, необходимо испытать их. Мы часто говорим пациентам: “Единственный способ сделать это состоит в том, чтобы это делать!” Сидеть анализируя, оттачивая методы и строя гипотезы о том, к чему это может привести, недостаточно для подтверждения эффективности этих техник — вам будет не хватать необходимых для этого сенсорных данных. Повторяем: чтобы эти техники работали, их надо проводить энергично, эффективно, конгруэнтно, с уверенностью, что они обязательно дадут результаты.

Ирония заключается в том, что специалисту важно помочь пациенту забыть сообщения, переданные косвенным образом. Поскольку “соль” косвенного воздействия в том, что оно адресовано правому полушарию или бессознательной психике, важным результатом проделанной работы, которого вы могли бы желать, является такое состояние пациента после сеанса, при котором он сознательно анализирует использованные техники или рассказанные истории, пытаясь осознать сообщение. Вот почему в наведение транса мы включаем много сообщений, способствующих забыванию.

“Знаете, Фрэнк, память — забавная вещь. В нашей культуре она высоко ценится: как медик, я думаю, что мы ее даже переоцениваем. Я знаю, что у вас, Фрэнк, хорошая память. Вы не забыли прийти сегодня сюда, и я тоже

не забыл этого — вот почему мы здесь встретились: это не было случайностью. Я знаю, Фрэнк, стоит мне спросить, что у вас было вчера на обед, и вы легко сможете ответить мне. Но подумайте, как трудно, почти невозможно для вас было бы рассказать мне, что было у вас на обед месяц назад. Вы забыли это. Однако верите вы или нет, но эта память внутри вас. И если вам когда-нибудь понадобится вспомнить, вы это сможете сделать. Но эта работа по вспоминанию того, что вы ели на обед месяц назад, заняла бы всю вашу сознательную психику и не дала бы вам заниматься другой важной работой. Вы будете счастливы, Фрэнк, узнав, что все это относится и к той работе, которой нам предстоит заниматься в этом кабинете. Что бы вам ни понадобилось вспомнить из нашей работы, каким бы образом вам ни понадобилось вспомнить это, подробно или в общих чертах, смутно или совершенно определенно, вы это сможете. Когда здесь говорят то, о чем вам не нужно помнить, что просто закупорило бы ваш разум подобно попыткам вспомнить, что вы ели за обедом месяц назад, вам не нужно стараться помнить это. Вы забудете это. И это одна из приятных особенностей работы, которую мы делаем вместе с вами”.

В дополнение к включению сообщений, способствующих забыванию, с которыми большинство гипнотерапевтов должны быть знакомы, важно помнить, что никогда не следует прорабатывать с пациентом этот материал на сознательном уровне. Вам необходимо верить в свои методы и терпеливо подождать неделю или две, чтобы увидеть, каким будет результат. Мы видели, как студенты, начинающие заниматься косвенными воздействиями, рассказывали прекрасные истории и использовали элегантные косвенные техники, а потом теряли веру в них и немедленно объясняли пациентам их значение. При этом косвенные воздействия становились для пациентов ничем иным, как только параллельным примером к сознательной работе. Сопровитляйтесь искушению объяснять все, что вы делаете, своим пациентам. Верьте в вашу собственную работу и расширяйте ваши творческие возможности, экспериментируя с некоторыми из предлагаемых техник.

## 5. ПРЯМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Авторы, пишущие на темы современного гипноза, неизменно оказываются в затруднительном положении, когда проводят сравнение прямых и косвенных воздействий, причем большинство современных практикующих гипнотерапевтов решительно склоняются в сторону косвенных воздействий (Уарко, 1983).

На ранних стадиях развития гипнотерапии процедура гипнотического воздействия состояла из стандартного наведения транса и следовавшего за ним прямого внушения посредством таких фраз, как “вид сигареты вызывает у вас тошноту”. Большинство людей, обращавшихся к помощи гипнотерапии, были убеждены, что эта техника и есть тот метод, который “легко и быстро” позволит добиться желаемого результата (соблюдение диеты, отказ от курения и употребления алкоголя). Ответственность за это разделяют не только непрофессиональные гипнотизеры и средства массовой информации, но и некоторые профессионалы. Они содействовали появлению ожиданий, что гипнотерапия, заключающаяся в наведении транса с последующими прямыми внушениями, приведет к быстрым и устойчивым поведенческим изменениям. В самом деле, достаточно много людей обнаруживают существенные изменения во время публичных гипнотических сеансов в конференц-залах мотелей и гостиниц, чтобы вызвать доверие к этим гипнотизерам (однако, стоит только взглянуть на очереди покупающих лотерейные билеты, чтобы понять, что для многих людей не требуется много подтверждений, если ставки высоки).

Многие студенты, изучившие методы наведения транса, ждут от нас конкретных постгипнотических внушений для решения разнообразных проблем, в том числе в связи с переяданием, курением и алкоголизмом. Мудрость Эриксона проявилась в его понимании естественного сопротивления взрослых людей прямым внушениям со стороны других взрослых. Многие из нас испытывали подобное в ситуациях с детьми, которые также не желали “делать то, что им сказали”. Эриксоновский косвенный неавторитарный естественный подход был большим шагом вперед в области гипноза (Lankton and Lankton, 1983).

Однако подчеркивание особого значения косвенного воздействия привело к некоторой путанице и, к сожалению, к дискредитации прямого воздействия. Важно уметь подстраиваться к пациентам, и если они лучше реагируют на прямые внушения, нужно использовать прямое воздействие. Те, кто изучают техники Эриксона, часто бывают удивлены, когда впервые видят его работу. Например, в видеозаписи “Искусство Милтона Эриксона” (“*The Artistry of Milton H. Erickson, M.D.*”, Lustig, 1975) Эриксон дает своей пациентке Монд следующие указания: “...Закройте глаза и почувствуйте этот дискомфорт, зная, что вы можете управлять им, открыв глаза. А теперь *сначала* хорошенько *ощутите* чувство самого большого дискомфорта, которое вы когда-либо испытывали; закройте глаза и *ощущайте* это...” (*Монд закрывает глаза.*) Те, кто наблюдают работу Эриксона впервые, обычно не ожидают от него использования столь прямых внушений. Однако его воздействия могут быть поняты в контексте уже установленного сотрудничества, которое и составляет природу гипнотерапии. Эти прямые внушения и указания давались Монд с целью преподать ей стратегию обращения с теми событиями в жизни, которые представляют для нее трудность, закрывая и затем вновь открывая глаза.

Мы разделяем оговорки Эриксона, касающиеся пригодности прямого гипнотического внушения для устранения симптомов, когда вероятность успеха невелика и неудача в непосредственном устранении симптома может подвергнуть нежелательному сомнению полезность гипнотерапии вообще (Erickson, 1978). Несмотря на это, прямое воздействие занимает свое место в современном лечебном гипнозе. Противопоставление прямого воздействия косвенному, когда одно объявляется положительным, а другое отрицательным, одно — желательным, а другое — нежелательным, безусловно, ведет в западню старого дихотомического мышления, нашедшего свое характерное выражение в разделении души и тела или в противопоставлении врожденного и приобретенного. Мы считаем более полезным рассматривать техники воздействия как некоторый континуум, то есть в каждом данном случае конкретная техника — прямая или косвенная — может оказаться полезной или бесполезной, в зависимости от особенностей индивидуума и ситуации. По мере того, как мы отказываемся от дихотомической, дискретной категоризации в пользу более гибкого подхода, возрастает особая роль указаний. Указания представляют собой форму прямого воздействия, которое работает как на сознательном, так

и на бессознательном уровнях. *Конечная цель наших действий — эффективность.* Все, что нами делается, предполагает достижение этой цели. Эффективная терапевтическая программа может включать прямые и/или косвенные подходы. Догматическая приверженность тому или иному подходу наносит вред пациентам.

Итак, мы ввели понятие прямого воздействия и утверждаем, что оно является полезной составной частью современного лечебного гипноза. Далее в этой главе мы сначала уделим внимание формам прямого воздействия, а затем дадим описание их специального подраздела — указаний. *Общее свойство прямых воздействий заключается в том, что все они предназначены для понимания на сознательном уровне.*

## **Использование имен**

Успешное гипнотическое воздействие зависит от степени взаимопонимания, более того, сотрудничество составляет основу гипнотических отношений. В начале клинической работы, стремясь установить отношения более полного сотрудничества, мы говорим на первом сеансе: “Здравствуйте, я Джерри Баш. Как мне обращаться к вам — Рут или миссис Луис?” Пациентка отвечает либо: “Называйте меня Рут”, либо: “Лучше называйте меня миссис Луис”. Она может ответить иначе: “Друзья называют меня Рути, мне это больше нравится”.

В этом коротком обмене репликами возникает несколько важных моментов. Не прибегая к употреблению профессионального звания (“Я доктор Х”), мы даем пациентам возможность выбрать форму обращения к нам либо по имени, либо официально, потому что они, конечно, знают наши звания. (Интересно, что на практике, имея возможность выбирать, большая часть пациентов прибегает к профессиональному обращению.)

Обсуждение с пациентом вопроса о том, как к нему лучше обращаться, может показаться слишком очевидным и недостойным упоминания эпизодом. Но, по нашему мнению, проявляя таким естественным образом уважение к пациенту, вы закладываете основу ваших дальнейших отношений, необходимых при всякой психотерапевтической работе, особенно при гипнотерапии. Персонализация гипнотерапии с помощью частого упоминания имени

пациента имеет решающее значение для эффективной подстройки как при наведении транса, так и при утилизации.

Неопубликованное исследование, проведенное в университете штата Айова, дает интересную информацию об этом. Исследователи выясняли различия в оценках терапевтической эффективности специалистами и неспециалистами. Шесть новичков студентов-психологов (представлявших неспециалистов) и шесть членов Психологической ассоциации штата Айова просматривали и оценивали 36 видеозаписей, на которых интервью шестерых пациентов проводили пять квалифицированных психотерапевтов и один психолог-выпускник, проходивший практику, которого включили ради шутки. Пациент высказывал утверждение, а терапевт кратко его комментировал.

Исследование не выявило различий в оценках экспертов обеих групп. Более тщательный анализ показал, что не только не было различий, но и что обе группы значительно выше оценили одного из терапевтов. Им оказался студент-практикант. Заинтригованные исследователи провели контекст-анализ, чтобы понять, почему и новички-студенты, и практикующие психологи оценили столь высоко студента-практиканта. Единственным важным различием оказалось то, что практикант в каждой своей реплике всегда проносил имя пациента один, а то и два раза.

## **Языковые нюансы**

Ранее мы обсуждали некоторые выводы относительно дифференциации полушарий, полученные в исследованиях на расщепленном мозге (Springer and Deutsch, 1981). Здесь было бы полезно рассмотреть метафоры левого и правого полушарий, руководствуясь которыми мы можем понять, как лингвистически оформлять наши воздействия. Никто не написал об этом более выразительно, чем Пол Вацлавик в своей книге “Язык изменений” (“The Language of Change”, 1978). В VI главе, озаглавленной “Языковые паттерны правого полушария”, Вацлавик обсуждает определяющие особенности языка правого полушария, который он называет образным языком:

“Наконец, следует упомянуть еще одно существенное свойство образного языка. Как уже было отмечено, его



структура сравнительно примитивна. Он не имеет высокоразвитого логического синтаксиса дискретной коммуникации (языка левого полушария, или естественного языка), и прежде всего понятия “отрицания” — то есть таких слов, как *нет*, *никакой*, *никто*, *никогда*, *нигде* и т.д., которые необходимы для прямого выражения понятий несуществования, отсутствия, неприложимости и т.п. Как объяснено в другом месте... трудно, если не невозможно представить отсутствие события в виде картины. Предложение “*Мужчина сажает дерево*” можно легко превратить в простой рисунок, в отличие от противоположного (“*Мужчина не сажает дерево*”). Каким бы возможным способом передать нельзя. Решая эту задачу графически, можно получить приемлемый результат, например изобразить *мужчину рядом с вырытой ямой и лежащим сажением* или *мужчину и упавшее дерево* или что-то еще в том же роде. Поэтому опытные гипнотерапевты избегают отрицаний и заменяют их там, где это возможно, утвердительными формулировками”.

В основном, язык правого полушария очень примитивен по сравнению с языком левого полушария и отражает первичные процессы; поэтому он не содержит отрицаний, времен, наклонений (повелительного или сослагательного) и выражается с помощью метафор, зрительных образов и аналогий. Используя представления о дифференциации полушарий и модель транса как переживания преимущественно правого полушария, мы стараемся пользоваться отрицаниями как мешающими терапии. Пусть те, кто сомневается в этом, рассмотрят известный пример: “Не думайте, пожалуйста, сейчас о фиолетовом поросенке”. Возникает зрительный образ фиолетового поросенка, поскольку образность — функция правого полушария, а частица “не” при этом выпадает. Однако при необходимости мы употребляем слово “нет”. Вспомните, что в главе 3, посвященной *якорению*, мы просили пациентку представить, что она говорит “нет” и испытывает положительные чувства, отказываясь от еды. Конечно, человек может представить себя говорящим “нет”. С другой стороны, мы используем определенные преимущества того, что отрицания выпадают, так же, как это делал Милтон Эриксон, когда говорил колеблющемуся паци-

енту: “Пожалуйста, пока еще не входите в транс”. Заметьте, что добавление слов “пока еще” модифицирует и маскирует указание о том, что транс неизбежен. Человек, не склонный входить в транс, сознательной частью психики воспринимает только сообщение, которое подстроено под его нежелание входить в транс. Таким образом, гипнотерапевту при построении формулировок следует руководствоваться идеей, что представления левого и правого полушарий непременно должны находиться в гармонии. Например, лучше сказать: “Ешьте только полезную пищу в соответствующих количествах”, чем: “Не ешьте слишком много”.

Многие наши пациенты чрезмерно упрекают себя за неудачи и свою неспособность контролировать симптомы. Они не только действительно ненавидят себя за тучность, но и чувствуют себя слабыми из-за того, что им не удается сбросить вес. На самом деле в нашем исследовании языковых паттернов правого полушария выявляются скрытые механизмы, в которых утверждение, высказанное себе: “Я не должен есть”, становится постоянно воздействующим приказом, выдвигающим на передний план представление правого полушария о еде. Чтобы прервать это связанное с едой навязчивое состояние, пациент должен есть, и затем цикл повторяется (Fisch, Weakland and Segal, 1982).

Слово “пытаться” следует использовать с большой осторожностью при наведении транса. Поскольку этот процесс зависит от коммуникации, как с правым, так и с левым полушариями, мы предпочитаем не употреблять слово “пытаться”, смысловой оттенок которого содержит допущение, что успеха может не быть.

*Терапевт:* Вы хотите бросить курить. К каким способам вы уже прибегали?

*Пациент:* Я пытался резко ограничить количество сигарет, но это было ужасно, я совсем изнервничался. Я пробовал способ, в котором пользуются фильтрами и уменьшают выкуренную долю сигареты, а остальное выбрасывают. Потом я переключился на сигареты с низким содержанием никотина, но обнаружил, что таких сигарет курю больше.

*Терапевт:* Похоже, что вы испытали трудности и не получили вознаграждения. Когда я вас слушаю, мне становится ясно, как важно для вас знать, что еще ничьи легкие не стали здоровее от *попыток* бросить курить, и я думаю, вам будет приятно узнать, что гипноз поможет вам приобрести здоровые привычки.

С другой стороны, употребление слова “пытаться” может быть очень полезным, если терапевт хочет достичь обратного эффекта. Например, если гипнотерапевт хочет, чтобы пациент закрыл глаза, причем желательно сообщить это косвенным образом, он может сказать: “Когда вы сидите здесь и слушаете мой голос, пожалуйста, попытайтесь не закрывать глаза... попытайтесь держать глаза открытыми, пока можете”.

Многие гипнотические внушения используют сложноподчиненные предложения с условной конструкцией “когда..., тогда”. Например, такова структура постгипнотического внушения: “...И когда вы скажете “нет” этому пирожному, тогда вы испытаете положительные чувства по отношению к себе самому” (см. главу 3). Еще один пример: “И когда ваши глаза закрываются, тогда вы можете мысленно перенестись в ваше любимое место...”

Заметьте, что несомненная положительность и неизбежность передаются словом “когда”; это слово мы неизменно употребляем вместо слова “если”. Например, обсуждая достижение цели, мы можем сказать: “И когда вы бросите курить, вас, возможно, будет интересовать, что можно сделать, чтобы лучше себя чувствовать физически и психологически”.

## Ярлыки

Одним из краеугольных камней нашего подхода является классический шестишаговый рефрейминг (см. главу 6). Этот процесс дает пациенту возможность генерировать альтернативные поведенческие паттерны, которые могут быть заменой дисфункциональных паттернов, определенных как симптомы. Теоретическое представление, лежащее в основе рефрейминга, состоит в том, что симптом, расцениваемый пациентом как признак заболевания или слабости, имеет некоторую функцию. Мы с уважением относимся к позитивной функции симптома или привычки и используем ее для создания альтернативной, более приемлемой реальности. Рефрейминг принимает то же самое (симптоматическое) поведение и помещает его в новый контекст (*frame* — рамку), тем самым давая способ истолкования и принятия симптома, позволяющий появиться изменениям. Когда симптом квалифицирован не как симптом, прерываются привычные паттерны пациента, после чего прекращается его борьба с самим собой из-за симптома.

Имеется еще одно значение термина “рефрейминг”, для которого, во избежание путаницы, можно использовать слово *переобозначение (relabeling)*. Оно описывает такие коммуникации, которые стремятся вызвать изменения и позволяют человеку спонтанно почувствовать себя иначе с помощью изменения *значения* чего-то с ним связанного. Например, если пациент жалуется на свою чрезмерную зависимость от мнений других людей, то его поведение может быть переобозначено как чувствительность в межличностных отношениях (отношение к другой категории).

Часто бывает полезным заменить новыми названиями слова, которые у определенных пациентов связаны с отрицательными дополнительными значениями. Например, у многих пациентов имеется своего рода “аллергия” на слово “упражнение”. В то время, как подчеркивание важности для них упражнений было бы дисфункциональным, обсуждение *увеличения ежедневной активности* как части программы по контролю за весом могло бы быть полезным. Подобным образом мы обнаружили, что многие пациенты лучше реагируют на замечание о “здоровых пищевых паттернах”, чем на страшное слово “диета”.

## **Вызванные вопросы**

Представьте себе, что ваш пациент, Джон, с трудом включается в режим упражнений своей программы по контролю за весом. Пользуясь техникой, описанной в главе 4, вы, дождавшись, когда Джон появится у вас в кабинете в начале следующего сеанса, несколько рассеянно приносите извинения, набираете номер телефона и просите вашего регистратора. Вы спрашиваете: “Когда назначена Пэт? (пауза) А, хорошо. Я хотел бы, чтобы мне напомнили сказать ей об этом новом режиме упражнений. Я полагаю, ей это будет очень полезно”. Если вы работаете без регистратора, может быть полезен телефон метеобюро. Разговор с пациентом будет немного другим: “Я хотел бы сделать короткий звонок, извините, пожалуйста”. Набрав номер, скажите: “Отдел физиологии, пожалуйста. Я хотел бы говорить с доктором Джонсом”. Сделав соответствующую паузу, вы продолжите: “Доктор Джонс, у телефона доктор Смит. Я хочу поблагодарить Вас за предписанную Вами программу упражнений. Один из моих пациентов с проблемами избыточного веса, который не мог найти подходящую

программу, уже сообщил мне о некотором успехе при выполнении Вашей программы”.

Вам уже известно, что именно в этом Джон испытывает трудности, кроме того, он уже сказал вам, что ему давали множество непрошенных и бесполезных советов. Использование этого приема — просто уловка, с помощью которой можно дать ему возможность и мотивацию *спросить вас* об информации, чтобы прервать паттерн отказа от спонтанно предлагаемых советов.

Если Джон “возьмет наживку”, вы можете в ответ на его вопрос — непременно доброжелательно — сказать, например, так: “Я не уверен, что вам это подошло бы. Вы же говорили мне, какие трудности испытывали в прошлом с упражнениями”. Или нечто подобное, что заставит Джона усилить просьбы. Представляя Джону программу и выражая сомнения в том, что она ему подойдет, но также выражая ему свою симпатию (правило конгруэнтности запрещает проявлять здесь сарказм), вы подталкиваете Джона доказать, что вы ошибаетесь, и принять программу упражнений.

## Параллельные меры

Параллельные истории — это простые примеры, структура которых подобна или идентична структуре проблемной ситуации пациента, однако достаточно отдаленная, чтобы пациент мог слушать, не испытывая потребности защищаться. Основное различие между этой техникой прямого воздействия и ранее обсуждавшейся техникой косвенного воздействия состоит в том, что здесь связь пациенту указывается в явном виде. Вот один такой пример.

“Знаете, Лесли, свое детство я провел в Нью-Йорке по соседству с парком Бронкса. Я бывало играл со своей подружкой Дженет на скалах около зоопарка. Мы играли осторожно и с некоторой опаской, потому что утесы были такие высокие и опасные. Это было одно из самых захватывающих наших совместных занятий и, вероятно, самое рискованное. Наши родители тщательно следили за нами и запрещали нам бегать слишком быстро, боясь, что мы упадем. Когда моя семья уехала из города, я с трепетом вспоминал наши смелые проделки на скалах. Спустя годы мне случилось побывать в тех краях и побро-

дить по местам, где я рос. Я был удивлен, увидев, какими небольшими были “утесы”. Они оказались чуть выше двух метров. Знаете, Лесли, я заметил, что много раз в жизни мы сталкиваемся со сложными задачами, превышающими наши возможности, только для того, чтобы впоследствии, когда наш кругозор расширится, обнаружить, что они, оказывается, гораздо меньше известного нам другого препятствия. И то же самое может относиться к вам и вашей проблеме с алкоголем”.

Эту историю можно рассказывать в любое время, независимо от того, находится пациент в состоянии транса или нет, а также использовать в качестве части процедуры наведения транса. Другой пример параллельной истории, подходящей для терапии вредных привычек — история о друге-враге, рассказанная в главе 4.

Еще один пример параллельной истории предназначен для людей, страдающих перееданием. Поскольку многие левополушарные процессы у детей еще не очень хорошо развиты, мы считаем, что в течение первых нескольких лет жизни дети много времени проводят в состоянии транса. Поэтому можно рассматривать следующий рассказ как средство снятия детского “гипноза”. Параллельный пример может быть эффективным методом для развенчания незыблемых представлений.

“Когда вы были маленьким, ваши родители рассказывали вам много такого, что вы, будучи ребенком, принимали на веру, потому что у вас не было причин в них сомневаться. Во всяком случае, ребенка убеждают, что родители всегда правы. Но когда вы стали старше, то узнали, что у родителей нет ответов на все вопросы, хотя бы в некоторых областях. Я не знаю, относилось ли это к любви и сексу или к тому, как назначить свидание, или к текущим событиям или политике, но, подобно большинству людей, вы обнаружили, что иногда они не в курсе дела. Разве не было бы интересно узнать, что они были не правы, когда говорили вам, что надо доедать все, что положено на тарелку. На самом деле еда, которую вы уже съели к концу застолья, может повредить вам. А та, что осталась на вашей тарелке, не превратится в избыточный вес”.

## Идентификация с другим

Подход Милтона Эриксона к решению проблем, вероятно, был основан на его понимании гипноза как инструмента для установления связи между человеком и его внутренними ресурсами. Иногда мы обнаруживаем, что некоторые пациенты, по всей видимости, не осознают и не могут применять свои ресурсы и свой жизненный опыт, жалуясь, что не способны делать то, о чем их просят. Реже мы встречаем пациентов, которые вели особенно бедную событиями жизнь и которым недостает личного опыта, позволяющего опереться на него. Это может проявиться, когда нужно выполнить домашнее задание или когда пациент сталкивается с задачей, которую он считает особенно трудной.

“Мне кажется, я не смогу возражать моей матери”, — ответил Ральф, когда ему сказали, что нужно отказываться от ее приглашений в гости, где подавалась обильная еда, которая привела к его проблемам с избыточным весом.

Поскольку в течение нескольких сеансов между терапевтом и пациентом уже были установлены прочные взаимоотношения, психотерапевт ответил: “Вы правы. Вы не можете возражать своей матери, даже несмотря на то, что говорили мне, каким важным шагом для вас было бы установление контроля над своим весом. Вы знаете, что я мог бы сделать это легко и спокойно, поэтому почему бы вам не вообразить, что вы — это я. В конце концов, вы знаете обо мне больше, чем осознаете. Я хотел бы, если вы не возражаете, чтобы вы закрыли на минуту глаза, сделали несколько глубоких вдохов и затем подумали о том, как и что мне следовало бы сказать. Хорошо. И вам, наверно, интересно, как ваша мать отреагирует, и вы сможете заметить, как она будет сбита с толку, если вы это сделаете подходящим образом и со знанием дела”.

В этот критический момент следует смоделировать какие-либо подходящие утверждения, терапевтические и невозбуждающие, которые мог бы сделать Ральф. “Может быть, я сказал бы: “Я ценю твои приглашения и знаю, что ты хочешь накормить и поддержать меня. Я

постараюсь приходить домой чаще, когда ты будешь готовить еду, которая мне подходит. Но если ты опять станешь готовить слишком много и требовать, чтобы я все это съедал, то у меня просто не будет иного выбора, как только не приходить. Видишь, от того, что ты делаешь, зависит, насколько часто я буду приходить”.

Пациент может найти кого-нибудь другого, с кем он стал бы идентифицироваться. Это может быть реальный человек или вымышленный персонаж. Для терапевта важно разобраться вместе с пациентом в том, что этот предполагаемый человек стал бы говорить в обсуждаемой ситуации, чтобы быть уверенным, что эти слова останутся терапевтическими и не вызовут ненужного возбуждения. Повторяем, основная задача терапевта при этом состоит в том, чтобы помочь пациенту подробно представить себе, как вел бы себя предполагаемый человек в данной ситуации, и затем дать ему инструкции, идти и сделать как решили.

## **Прямые внушения образов**

Иногда мы считаем полезным, в особенности для усиления мотивации, давать пациентам прямые внушения представлять себе определенные образы.

Например, когда пациентка выражает озабоченность тем, как окружающие воспринимают ее внешность, мы даем ей указание вообразить себя следующим летом на знакомом пляже в модном купальном костюме, когда она достигнет своей цели похудеть. Мы просим ее обратить особое внимание на положительные реакции окружающих на пляже.

Можно также попросить пациента представить свое отражение в зеркале в настоящий момент. Затем просить его повернуть зеркало вокруг и волшебным образом увидеть себя похудевшим до нужного веса и осознать, как хорошо он себя из-за этого чувствует.

О применении в гипнотерапии внушений, вызывающих отвращение, написано много. Когда только возможно, мы предпочитаем использовать позитивные образы, а не негативные, отталкивающие. Мы убедились, что большая часть пациентов реагируют более благоприятно, когда им говорят о том, какие хорошие чув-



ства они будут испытывать, когда станут владеть ситуацией, нежели когда их просят вообразить негативные стимулы, например, изображение черепа и скрещенных костей на пачке сигарет. Конечно, как обсуждалось в главе 2, мы всегда готовы к тому, чтобы подстраиваться к нуждам и представлениям пациента. Некоторые из них по разным причинам лучше реагируют на внушения, вызывающие отвращение, поэтому важно, чтобы психотерапевт обладал достаточной гибкостью для того, чтобы использовать такие внушения в соответствующих случаях.

Примером такой утилизации может служить случай с ветераном войны, которого один из авторов лечил от курения. Пациент сказал: “Вы должны как следует напугать меня, крепко ударить, чтобы подействовало”. Во время сеанса пациенту было дано внушение, чтобы он увидел сигарету в виде пули и запомнил эту картину. Спустя год, при катамнестическом обследовании, пациент сообщил, что он воздерживается от курения и что больше всего ему помогло внушение образа сигареты как пули.

## Указания

Указания представляют собой уникальный вид прямого воздействия. Они непохожи на большинство техник, описанных ранее в этой главе, цель которых — помочь изменить установки или мотивировать пациента; указания — это конкретные инструкции терапевта, требующие определенного поведения, их цель — способствовать появлению нужного результата терапии. П. Вацлавик (1985) сформулировал основное различие между большинством методов психотерапии и эриксоновской гипнотерапией. Он утверждает, что первые характеризуются *описательным* языком (язык понимания), а последний — языком *предписаний*. Вацлавик описывает как “гипнотерапию без транс” использование таких “лингвистических структур, которые фактически оказывают гипнотическое воздействие без использования транс”. Весь гипноз он характеризует словами “сделайте это”. Мы полагаем, что указания сами по себе могут выполнять ту же функцию, что и гипноз. В подобном же духе Хейли утверждает, что фундаментальная природа гипноза состоит в том, что индивиду дают указание делать что-то, в то же время он не должен вообще ничего делать: “Ваша рука ос-

тается лежать у вас на коленях, вы не будете двигать ею, но сама по себе она начнет подниматься и коснется вашего лица...” (Haley, 1963).

Ранее мы весьма упрощенным образом провели различия между прямым и косвенным воздействием, отметив очевидные недостатки подобных дихотомических различий (одна из ловушек аналитической модели левого полушария). Выходя за ограниченные рамки *либо* прямого, *либо* косвенного, мы приобретаем способность воспринять обширную “исключенную середину”. В результате мы можем рассмотреть представление о том, что *как* прямое, *так и* косвенное воздействие осуществляются одновременно (Stolzenberg, 1984). К этой привлекательной середине относится группа воздействий, называемых указаниями. На теоретическом уровне указания — это утверждения или инструкции пациенту, в которых прямо говорится, чтобы он делал то или иное. Чтобы пациент следовал этим инструкциям, терапевт должен давать рациональное обоснование, которое укладывается в рамки представлений пациента и имеет для него смысл. Однако косвенное воздействие состоит в том, что указание конструируется таким образом, чтобы пациент не осознал, что исполнение указания повлечет за собой изменение поведения. Это выводит его из общего безвыходного состояния. Когда пациент последует указанию, рамки его представлений изменятся и новые возможности станут доступными.

Пациенты проводят у психотерапевта один час в неделю, а остальные 111 часов тратят на свои повседневные дела. (Заметьте, мы предполагаем, что восемь часов в сутки отдано сну; страдающий бессонницей имеет в своем распоряжении даже больше времени, затраченного не на терапию.) Поэтому в дополнение к воздействиям, гипнотическим или другим, применяемым в кабинете психотерапевта, мы всегда даем домашние задания, выполняемые между визитами к терапевту, так как стремимся получить изменения поведения пациента в жизни, а не только на терапевтических сеансах в течение одного часа в неделю.

Используемые нами указания можно разделить на пять основных категорий: 1) информационные указания, 2) указания, направленные на выявление или мобилизацию потенциала пациента, а также на определение степени контроля терапевта за ситуацией, 3) метафорические указания, 4) указания по самогипнозу, 5) указания, блокирующие предпринимавшиеся решения.

## *Информационные указания*

Этот тип указаний более всего подходит для людей с избыточным весом, возникшим в результате переедания. Цель состоит в том, чтобы изменить их пищевые привычки (эти указания реже используются в случаях курения и пьянства, когда цель обычно состоит в полном отказе от привычки). Практика показывает, что часто люди не осознают свои настоящие пищевые привычки. По этой причине мы настоятельно рекомендуем, чтобы во время первого интервью врач получил подробное описание обстоятельств каждого приема пищи или легкой закуски. Оно должно включать время дня, место, наличие или отсутствие других участников, отрезок времени, потраченный на еду, точное описание съеденного и информацию о том, был ли пациент занят чем-нибудь еще помимо еды, например, чтением, письмом, смотрел ли телевизор, слушал музыку или разговаривал. У многих людей дисфункциональные пищевые привычки были связаны с тем, что еда становилась неосознаваемой деятельностью. Когда вы следуете этой методике опроса, можно выяснить, что пациент живет один, много смотрит телевизор и каждые 10 минут что-нибудь жует. Если дело обстоит таким образом, нужно дать некоторые указания, которые направлены на изменение самого поведения. Такие указания, очевидно, относятся к информационному виду, но их можно дать таким образом, чтобы обеспечить согласие. Например, можно сказать следующее.

“Сильвия, получается так, будто вы много едите автоматически. Я обеспокоен тем, что вы не даете своему организму ощутить физиологические процессы, которые возникают во время еды. В этом может заключаться причина того, что вам трудно определить момент, когда вы уже съели достаточно. Поэтому я хотел бы, чтобы вы проверили эту гипотезу. Во-первых, во время еды выключайте телевизор, во-вторых, нарежьте еду небольшими кусочками, и в-третьих, жуйте каждый кусочек восемь раз, смакуя вкус и качество еды, а затем медленно глотайте. Я хотел бы, чтобы вы особое внимание обращали на ощущение сытости и прекращали есть, когда почувствуете приятное насыщение”.

Вы, вероятно, уже заметили, что указание предлагает способ контроля на уровне телесных ощущений и повышения осведомленности о них. Если бы индивид следовал таким указаниям, данным исключительно в виде информации, не было бы необходимости так много об этом говорить. Однако, как показывает наш опыт, люди с избыточным весом получают такую массу советов, касающихся еды, что вряд ли смогут последовать подобным прямым указаниям. Если врач уверен, что пациент будет сотрудничать, то, безусловно, нет причин избегать использования прямых внушений.

### ***Указания для отбора и мотивации***

В главе 8 мы будем обсуждать, что врачу важно отказаться от лечения пациентов, которые не мотивированы к изменениям, а приходят к вам в результате давления (советов) семьи или друзей. Обычно легко установить, хочет ли человек получить помощь, потому что такие пациенты будут выказывать искреннее желание освободиться от своих симптомов. Указания можно использовать в качестве инструмента для отбора. С помощью этого метода терапевт может определить, контролирует ли он ситуацию, и таким образом убедиться в согласии пациента следовать дальнейшим указаниям.

Например, к одному из нас обратилась женщина с жалобами на излишний вес и депрессию. В начальной беседе женщина говорила, что она бессильна и неспособна ничего изменить в своей жизни. Для того чтобы определить, будет ли предстоящая терапия ориентирована больше на действия, чем на разговоры, было использовано указание. Терапевт узнал, что эта женщина с помощью разных диет потеряла, но затем вновь набрала 18 кг. В конце беседы ей было предложено идти домой и сбросить 5 кг. И было сказано, что когда она это выполнит, то должна будет позвонить и записаться на прием, тогда и начнется терапия.

Для такого указания было две причины. Во-первых, к концу начальной беседы терапевт все еще не понял источников мотивации пациентки. Друзья “подталкивали” ее, чтобы она обратилась за помощью, и ее личност-

ный стиль, определенный как пассивно-зависимый/пассивно-агрессивный, возможно, потребовал, чтобы она “сделала попытку и испытала неудачу”. Во-вторых, эта пациентка боролась за контроль, но в неподходящих ситуациях. Например, пациентка ссылалась на сложности, когда договаривалась о времени первого приема, хотя она не работала и, казалось, была свободна в любой день. С другой стороны, пациентка не контролировала ситуации, когда для нее же самой была в этом необходимость (например, за приемом пищи).

Это указание позволило терапевту установить контроль за терапевтической ситуацией, вынуждая пациентку следовать его указаниям еще до начала терапии. Оно также заставляло пациентку усиливать контроль за своими пищевыми привычками. Женщина была очень рассержена ситуацией и не взяла на себя обязательства следовать указанию или прийти на терапию. Она позвонила через десять дней и сообщила, что похудела уже на 4,5 кг и ей доставало “нескольких граммов” до условленных 5 кг. Когда она попросила ее принять, ей сказали, что условием было точно 5 кг и нужно только несколько дней, пока она не сбросит их полностью и не будет готова снова позвонить.

В этом примере терапевт допустил бы серьезную ошибку, согласившись принять пациентку, если она потеряла меньше 5 кг. Пациентка получила бы подтверждение, что условия лечения могут зависеть от нее, а ее вес не является необходимым условием. Терапевт должен контролировать процесс лечения, открыто или завуалированно. “Дружба” с пациентом редко приводит к быстрым терапевтическим изменениям.

При обсуждении указаний вновь возникает вопрос о манипуляции. Мы полагаем полезным уделять основное внимание тому, что пациенты обращаются к терапевту, потому что хотят добиться перемен, хотя и не знают, как это сделать. Если бы они могли измениться самостоятельно, то не искали бы помощи. Значит, роль терапевта заключается в том, чтобы способствовать изменениям, и в основе его действий должна быть идея о том, как это лучше сделать для конкретного человека в конкретных обстоятельствах. Мы понимаем, что со словом “манипуляция” связаны негативные

представления; возможно, более приемлемо слово “убеждение”. Так или иначе, мы предпочитаем воздействовать эффективно. Между прочим, следует заметить, что в описанном случае терапевт, имея дело с женщиной в депрессии, которая утверждала, что она бессильна и не может что-либо изменить, противостоял ей в столь же жесткой позиции, от которой не хотел отказаться, даже если для условленного уровня не хватало всего нескольких граммов веса. Таким образом терапевт продемонстрировал женщине свою убежденность в том, что у нее есть ресурсы, которые можно мобилизовать. Простое предварительное условие, что женщина должна потерять определенный вес, подразумевает, что изменение возможно, и фактически ее собственная оценка ситуации как тупиковой не вполне правильна.

Указания — это существенная часть нашей терапии. Они обычно даются в конце сеанса как домашнее задание. Как правило, мы выражаем уверенность, что пациенты смогут выполнить домашнее задание; при этом добавляем, что если они не справятся с заданием, то мы возьмем плату за их визит, но принимать их не станем и назначим следующий прием, только когда задание будет выполнено. В соответствии с этим каждый сеанс начинается с проверки домашнего задания. Это также служит выявлению тех лиц, которые более заинтересованы в разговорах о проблеме и ее понимании, чем в действиях, связанных с ее решением. Мы обычно отсылаем таких пациентов к другому психотерапевту.

Как упоминалось ранее, пациент должен следовать указанию, но ему нужно дать некоторые логические основания для того, чтобы он это делал. Часто, давая указания, мы пользуемся гипнозом в качестве мотивационной “морковки”. Например, пациент в описанном ниже примере нуждается в изменении своих пищевых привычек, но терапевт видит, что гипноз для этого не требуется; все, что ему нужно, это получить указания относительно здоровых привычек.

Лез пришел на терапию, имея вес 135 кг. Он сказал, что испробовал диету Беверли Хиллз, диету Аткинса и диету Притикина. Он терял по 45 кг, пока соблюдал каждую из них, но впоследствии снова набирал вес. Он обратился к нам, потому что надеялся с помощью гипноза решить свои проблемы. Отвечая на наши вопросы о пищевых привычках, Лез сказал, что он ел один раз в день, всегда сидя перед телевизором или читая, или де-

лая и то и другое одновременно. Формально в другое время он не ел. Часто он ел, находясь рядом с запасами продуктов, а такая возможность возникала нередко, поскольку он работал в ресторане.

Лезу сказали, что гипноз был бы очень ему полезен, но он еще не готов к нему. Чтобы гипноз принес пользу, сказали мы, он должен резко изменить свои привычки, касающиеся еды. Затем ему дали информацию, подобную той, что описана в разделе об информационных указаниях: он должен питаться регулярно несколько раз в день, не должен при этом ни смотреть телевизор, ни читать газету, ему следовало сосредоточивать внимание на сенсорных ощущениях, связанных с едой. Когда он привыкнет к регулярному питанию (не обязательно меняя количество съеденной пищи), тогда он будет готов к гипнозу.

К тому времени, как Лез изменил свои пищевые привычки, большинство необходимых терапевтических изменений уже произошло. Однако в таких случаях для подстройки к представлениям пациента о том, что гипноз необходим для успешной терапии избыточного веса, мы проводим несколько сеансов гипноза, как описано в различных частях этой книги. Это подкрепляет работу, уже проделанную пациентом, и позволяет ему продолжать вести себя так же и после окончания терапии. Конечно, мы никогда не говорим пациенту, что большая часть работы сделана без гипноза, скорее, мы используем его убеждение, что можем ему помочь, потому что мы “хорошие гипнотерапевты”.

## ***Метафорические указания***

Метафорические указания особенно интересны и дают определенные возможности для творчества терапевта. Одно дело сказать пациенту, что он должен навести порядок в своей жизни, и совсем другое — дать ему указание идти домой и очистить свой подвал и чердак.

Женщина обратилась по поводу серьезных проблем, связанных с перееданием. При проведении первоначальной оценки ситуации стало очевидно, что она ведет хао-

тическую жизнь. После того, как стало понятно, что дисфункциональное питание происходит по большей части дома, терапевт спросил пациентку, размораживала ли она недавно свой холодильник и наводила ли в нем порядок. Когда пациентка ответила “нет”, ей дали следующее указание, используя разумные обоснования, которые были подходящими в ее случае:

“Рут, чтобы вы подготовились к решению задачи изменения своих пищевых привычек, я хотел бы, чтобы вы потратили некоторое время, самостоятельно наведя порядок и очистив свой холодильник. Занимаясь этим, некоторые люди начинают сверху и продвигаются вниз, другие начинают снизу и заканчивают наверху. Еще кто-то сначала разбирается в продуктах на дверце и затем принимается за полки в том порядке, который для себя выбирает. Есть такие, что просто вынимают предметы в случайной последовательности. Некоторые продукты, которые вы вынете, окажутся испорченными, и их нужно будет выбросить. Другие продукты окажутся хорошими, и еще, вероятно, будут продукты, хорошие сами по себе, но у которых нужно будет сменить упаковку”.

Цель такого указания, конечно, состоит в том, чтобы пациент начал заниматься чем-нибудь, в чем он увидит реальную подготовку к достижению своей цели. В то же время указание метафорически поощряет человека навести порядок не только в холодильнике.

### ***Указания по самогипнозу***

Мы предпочитаем представлять гипнотерапию пациентам, развивая широко распространенное мнение о том, что гипноз включает в себя “психический контроль” со стороны гипнотерапевта. Поэтому мы объясняем пациентам, что транс — это естественная способность, которой мы все наделены, и что в функции терапевта входит обучить их применять самогипноз, который будет им полезен для самостоятельного разрешения проблем. Поэтому мы должны научить пациентов это делать, и хотя у нас есть опыт такого обучения, мы не можем выполнить работу за пациента. Поэтому в договоре о лечении наши пациенты с самого нача-



ла выражают согласие заниматься самогипнозом дома между визитами к терапевту. В связи с этим первые сеансы часто проводятся в форме “обучения трансу”. Мы объясняем пациентам, что будем учить их такому способу вхождения в состояние транса, который им подойдет и позволит находиться в трансе большую часть сеанса. Мы сообщаем, что будем говорить с ними, и то, что мы скажем, не особенно важно, это просто “гипнотический шум, подобный стуку дождевых капель”, фоновый шум, который поможет им оставаться в трансе, и смогут они или нет осознавать то, что мы будем говорить, не имеет значения. Это дает нам полезную возможность использовать терапевтические метафоры, потому что в любом случае нам приходится заполнять время “гипнотическим шумом”.

После того, как найден подходящий для пациента метод наведения транса, в конце первого транса мы внушаем, что для того, чтобы он вошел в транс в дальнейшем во время занятий самогипнозом дома, ему нужно будет всего лишь просто повторить все, что было в кабинете.

При использовании такого подхода самогипноз становится чем-то обыденным, прозаичным. На первых порах мы обнаруживали, что многие пациенты считают, будто их не научили “настоящему” самогипнозу, потому что они предполагали, что в самогипнозе (как и на сеансах гипноза), следует ввести себя в транс и затем говорить себе, что они не должны хотеть есть — или отдавать какие-то другие негативные приказы. Гипнотерапевту важно уделять время разъяснению, касающемуся диссоциации сознательного и бессознательного, что является сутью гипнотической работы. В основном все мы пытаемся находить выход из проблем, пользуясь сознательными процессами — логическим и аналитическим подходами к трудностям. Если они работают, то, конечно, проблема разрешается. Однако сознательная психика часто бывает ограничена предубеждениями. В процессе гипноза каждый из нас получает возможность войти в контакт со своим бессознательным — хранилищем обычно недоступных ресурсов. Гипноз (и самогипноз, конечно) — это деятельность, которая позволяет сознательной психике заниматься тем, что ей нужно, пока бессознательная психика начинает работать над проблемой. Поэтому процедура самогипноза требует 10—15 минут в день или через день, которые вы тратите на то, чтобы привести себя в определенное состояние и войти в транс, чтобы дать возможность бессознательной психике работать над про-

блемной областью. Для того чтобы это делалось эффективно, мы инструктируем пациентов следующим образом.

“Фрэнк, чтобы продолжать работу над этой проблемой с Икс, для вас важно заниматься самогипнозом, как мы это уже обсуждали. Я хотел бы, чтобы вы расположились в каком-то месте, где вам не помешают, и сознательно напомнили себе, что вы собираетесь войти в транс, для того чтобы позволить своему бессознательному помочь вам в решении этой проблемы. Теперь я хотел бы, чтобы вы... *(в этот момент вы даете пациенту подробное описание, повторяя этапы транса, которые вы практикуете именно с этим конкретным пациентом)*. Просто пребывание в трансе даст вашему бессознательному возможность как-то помочь вам. Важно знать, что ваша сознательная психика может быть занята любым видом деятельности. Это может быть проявление внимания к различным образам, смутным или отчетливым, или переключение внимания с образа на образ. У вас могут появляться мысли, и вы можете интересоваться, правильно ли вы поступаете. С другой стороны, вы можете прислушиваться к окружающим звукам или, может быть, не будете отдавать себе отчета в том, что происходит вокруг. Однако очень интересно то, что действительно не имеет значения, чем занято ваше сознание, потому что одно лишь ваше решение самому себе войти в транс уже даст вашему бессознательному возможность делать то, что оно умеет делать наилучшим образом. По истечении этих пяти или десяти минут вы обнаружите, что вышли из транса и, как я предполагаю, вероятно, почувствуете себя посвежевшим и спокойным, и я определенно ожидаю, что вы будете удовлетворены тем, что потратили время и получили возможность пережить такой важный опыт”.

Даже если мы уделяем курильщикам только один сеанс, мы все же указываем им стратегию применения самогипноза. Мы говорим пациентам следующее.

“В этот начальный период времени, когда вы пытаетесь закрепить изменения в своем поведении, связанные

с отказом от курения, иногда некий внутренний голос может подстрекать вас: “Хорошо бы закурить сигарету”, “Одна не повредит” и т.д. Пока этот голос продолжает звучать, вы уязвимы. Пока вы выпускаете его внутрь себя, даже только изредка, он никогда не перестанет говорить вам: “Неплохо бы закурить сигарету”, и вы в конце концов снова закурите. Решающее значение имеет то, что вы совсем отказываетесь от курения, и поэтому цель на следующие несколько недель — найти стратегию обращения с этим внутренним голосом. Самогипноз — подходящий для вас способ ответа ему. Когда голос начинает говорить вам: “Хорошо бы...”, я предложил бы вам способ успокоить его тем, чтобы использовать его как сигнал для занятий самогипнозом и таким образом удлинить промежутки времени без сигарет”.

### ***Указания, блокирующие предшествующие решения***

Этот класс указаний является попыткой оказать прямое терапевтическое воздействие, обращаясь к очень интересному представлению, развитому в последние 20 лет в Институте психических исследований (Mental Research Institute) в Пало Альто, согласно которому поведение людей, имеющих проблемы, поддерживается теми самыми решениями, которые они принимают в поисках выхода (решения проблемы). Это представление хорошо разработано в трудах и широко представлено в двух томах книги “Изменение...” (“Change...”, Watzlawick, Weakland, and Fisch, 1974) и “Тактика изменения” (“The Tactics of Change”, Fisch, Weakland, and Segal, 1982). Основная предпосылка состоит в том, что люди допускают логическую ошибку в понимании проблемы, и эта ошибка создает петлю обратной связи (повторяющийся цикл) и поддерживает существование проблемы. Поэтому для того, чтобы разрешить проблему пациента, терапевт должен в некоторых случаях заблокировать принимавшиеся прежде решения. Поскольку поведение пациента, связанное с решением проблем, является логичным, часто довольно трудно остановить его действия и заменить их какими-то другими. Поэтому необходимо давать указание таким

образом, чтобы оно было логичным в рамках представлений пациента, но приводило бы к желательному разрыву замкнутого круга.

В книге “Тактика изменения” (“The Tactics of Change”) Фиш и другие описывают женщину, имевшую проблему с перееданием. Обычно она пыталась справиться со своей проблемой, говоря себе: “Я не буду есть, я не хочу есть, я не буду переедать, я не буду есть это” и т.д. Как обсуждалось в начале этой главы, правое полушарие воспринимает это как утверждения, из них выпадает отрицание “не”. Следовательно, пациентка постоянно повторяет своему правому полушарию: “Я буду есть, я хочу есть, я буду есть это” и т.д. В результате женщина думает только о еде, а для того, чтобы разрушить навязчивый паттерн, она должна уступать и есть. Это останавливает навязчивые мысли о еде, по крайней мере, на короткое время. Однако в этот момент возникает чувство вины, и цикл запускается вновь. Следующий пример показывает, как прервать этот цикл.

Вайолет имела 30 кг лишнего веса. В ходе начальной беседы выяснилось, что она переедает в 4 часа дня во время перерыва в работе. Она описала это, употребив выражение “саботировать себя”. Вайолет сказала, что это единственный момент в течение дня, когда возникает “саботаж”, проявляющийся в поедании шоколадок и другой нездоровой пищи. Ее спросили, что происходит, когда она занимается саботажем, то есть знает ли она, почему саботирует себя. Она ответила, что не знает. Терапевт поинтересовался вслух, испытывает ли она чувство вины после саботирования и из-за того, что по причине этого непреодолимого чувства не может осознать, что в первую очередь вызывает саботаж. Она подтвердила, что это так.

Располагая этой информацией, терапевт дал ей указание, которое могло показаться несколько странным и не относящимся к делу, но он полагал, что оно может помочь. Он сказал: “Для того чтобы нам взять под контроль ваш саботаж, я хотел бы, чтобы вы получили больше информации о том, почему вы саботируете. Я хотел бы, чтобы вы преднамеренно занимались саботажем во время завтрака и обеда и получили новое представление об этом. Скажите мне, что вам нужно делать, чтобы са-

ботировать?” Она ответила: “Я стала бы класть много масла на гренку или булочку, в обед стала бы есть с овощами сливочный или сырный соус”. Она смотрела удивленно, но согласилась последовать указанию, потому что хотела понять, почему она саботирует.

Через неделю она рассказала, что хотя задание было странным и не имело смысла, она его все же выполнила. Что интересно, саботирование в 4 часа дня прекратилось само собой.

Скрытой целью терапевта было прекратить борьбу пациентки в 4 часа. Указание было предназначено для достижения этой цели посредством пресечения навязчивых мыслей пациентки. Однако указание было подано таким образом, что пациентка приняла его, потому что оно учитывало ее представления о том, как происходят терапевтические изменения (а именно, при понимании причин проблемы). Позвольте подчеркнуть, что терапевт не обсуждал стратегию или результаты с пациенткой. Наш опыт показывает, что когда возникает изменение в поведении, большинство пациентов забывают первоначально намеченные цели.

Многие читатели будут интерпретировать это воздействие как “предписание симптома”. Действительно, хорошо подтверждена эффективность этого метода получения поведенческих изменений. В “интеракционистской” модели, разработанной сотрудниками Института психических исследований (Mental Research Institute), успех воздействия следует описывать, выражая то, что пациентка перестала бороться с собой по поводу еды в 4 часа дня, то есть она больше не напоминала себе, что не должна есть в это время. Другое объяснение состоит в том, что предписание симптома позволяет пациенту приобрести контроль над ситуацией, намеренно делая то, что в прошлом было вынужденным. Вынужденная природа поведения является частью того, что превращает поведение в “симптом”.

Эта глава иллюстрирует, что успешное применение гипноза в терапии вредных привычек включает также негипнотические воздействия. Но указания, как изложено в этой главе, формулируются таким же языком предписаний, как и гипноз, и поэтому их можно назвать “гипнотерапией без транса”.

## 6. РЕФРЕЙМИНГ

Ядром современного гипнотического подхода к терапии вредных привычек является техника, называемая рефреймингом. Предполагается, что нездоровые поведенческие паттерны имеют побочные выгоды — приносят в том или ином виде удовлетворение обладателю вредной привычки — и при лечении их принимают в расчет. Чтобы лучше понять, что такое рефрейминг, мы приглашаем вас поработать прямо сейчас над своими собственными нездоровыми привычками или паттернами компульсивного поведения, руководствуясь следующими инструкциями по рефреймингу.

Сделайте несколько глубоких вдохов, устройтесь удобно и потратьте некоторое время, чтобы определить, какой поведенческий паттерн вы хотите изменить. Давайте назовем его паттерном X. Это может быть что-либо, что вы хотите прекратить делать или делать как-то иначе, например курить, или же что-либо, что вы хотите начать делать, например, писать диссертацию, но вас что-то останавливает.

Теперь, когда вы определили X, следующий этап рефрейминга заключается в том, чтобы установить коммуникацию с той “частью” вас, которая в прошлом была ответственна за X. Мы обнаружили, что чаще всего ею оказывается бессознательная часть психики индивида. Если это так, мы попросим теперь эту часть сообщить о себе вашему сознанию каким-то надежным способом. Пожалуйста, потратьте немного времени и войдите внутрь вашей собственной психики — куда бы вам ни пришлось войти — и осознайте ту часть своей психики, которая в прошлом была ответственна за X\*. Мы не знаем точно, какие переживания вы испытаете при этом. Это может быть знако-

---

\*Это осознание так же, как и выполнение последующих инструкций данного раздела, упрощается в состоянии гипнотического транса. Поэтому всякий сведущий в самогипнозе читатель может по своему желанию на это время войти в транс.

мое переживание, а может быть и совершенно уникальное. Возможно, вы увидите что-то в своем воображении, но также возможно, что это вообще не будет зрительным образом. Увидеть вы можете, например, цвет, или предмет, или лицо. Ваше переживание этой внутренней части может быть слуховым, например, вы услышите голос, может быть, даже свой собственный или чей-то еще, или просто какой-нибудь звук. Ваше переживание той вашей внутренней части, которая была в прошлом ответственна за X, может быть и каким-либо ощущением. Пожалуйста, войдите сейчас в вашу психику и познакомьтесь с этой ее частью. Мы почтительно просим, чтобы эта часть вашей психики позволила вашему сознанию пережить ее как каким-нибудь безопасным способом.

Многие читатели могут не испытать никакого конкретного переживания, которое можно было бы идентифицировать как осознание той части своей психики, которая была ответственна за X. Даже если это так, продолжайте, пожалуйста, предполагая, что ваше бессознательное могло просто не захотеть, чтобы вы почувствовали то, что мы предлагали, и что это нормально. Если же вы испытали переживание, связанное с частью вашей психики, ответственной за X, мы хотим поблагодарить эту часть за содействие и предполагаем, что у вас тоже появилось желание ее поблагодарить.

Мы хотели бы сообщить этой части вашей психики, которая в прошлом была ответственна за X, что очень ее ценим. Очевидно, она очень могущественная, так как несмотря на то, что в прошлом вы хотели изменить X, вы не могли сделать этого. Поэтому мы понимаем, что эта часть, ответственная за X, изменит X только тогда, когда будет готова сделать это.

Мы хотели бы теперь высказать предположение, что в некоторых отношениях X приносила вам пользу или вознаграждала вас в прошлом. Мы понимаем, что фактически практика или поведение, связанные с X, вызывали негативные, нездоровые последствия для вас, но предлагаем, чтобы вы сейчас *истолковали* X иначе: *намерением X было помочь вам или быть выгодным для вас.*

Теперь потратьте некоторое время, войдите в вашу психику и осознайте, какие вознаграждения или выгоды X приносило вам. Помогало ли вам X получить что-то, чего желала или о чем мечтала некоторая часть внутри вас (например, привлечь внимание вашей семьи)? Помогало ли X избежать чего-то неприятного или болезненного для вас (например, интимности)? Повторяем, мы просим вас предположить, что X продолжается до сих пор, потому что оказывает вам помощь и имеет выгоды для вас стороны. Поэтому, пожалуйста, осознайте, если это не слишком вредит вашей безопасности и спокойствию, как X помогло вам.

Теперь, имея в виду выгоды, даваемые вам X, мы хотели бы высказать предположение, что вам доступны альтернативные паттерны поведения, переживания или восприятия, которые могут оказывать вам ту же помощь или приносить те же выгоды, какие в прошлом вы получали с помощью X. Но эти новые поведенческие паттерны могут быть более здоровыми и, возможно, приносить вам даже большее удовлетворение. Потратьте, пожалуйста, еще некоторое время и снова войдите в вашу психику. Обратитесь теперь к творческим ресурсам вашей психики и разрешите им создать для вас альтернативные паттерны поведения, которые могут заместить X; они будут приносить вам те же вознаграждения и пользу, что и X, но будут более здоровыми.

Теперь, когда вы создали альтернативные поведенческие паттерны, следующим этапом рефрейминга будет *экологическая проверка*. Это означает, что вы проверите новые альтернативные варианты с помощью той части вашей психики, которая отвечала за X в прошлом, чтобы убедиться, что эта часть вашей психики, как и все остальные ее части, будут спокойны и удовлетворены новыми альтернативами. Войдите опять в вашу психику и убедитесь, что часть, ответственная за X, и другие части вашей психики видят, слышат и ощущают, что новые альтернативы хорошие.

Если от какой-то части психики вы получаете отрицательную реакцию или в каком-то отношении переживае-



те инконгруэнтность (несогласованность) в связи с вашими новыми альтернативами, тогда вам необходимо вернуться к одному из прошлых этапов рефрейминга, например, вам может понадобиться вернуться назад и позволить вашим творческим силам создать еще одну или несколько новых альтернатив. Или же вам придется вернуться назад еще дальше, чтобы определить и учесть некоторые выгоды, которые вы не учли прежде.

Если новые альтернативы прошли проверку, то наступает следующий этап рефрейминга, называемый *подстройкой к будущему*. Пожалуйста, углубитесь в вашу психику и представьте себя в будущем в нескольких местах в разные моменты времени, когда и где в аналогичных ситуациях в прошлом проявлялся ваш X. Вообразите, что вместо этого вы теперь используете новые поведенческие паттерны — или знаете, что вам они доступны, — о которых вы сейчас узнали. Представьте себя в этих будущих ситуациях с новыми альтернативами. Если вы испытываете значительные трудности, вам, может быть, нужно создать более подходящие альтернативы. После того, как вы успешно представили себе будущие ситуации с использованием в них альтернативных поведенческих паттернов, вы завершили процесс рефрейминга.

Нам хотелось бы думать, что вы цените происшедшую коммуникацию с вашим бессознательным. Мы, авторы, очень высоко оцениваем любую оздоравливающую работу, которую вы, возможно, сейчас выполнили, и благодарим вас за коммуникацию, которая только что у нас с вами произошла. Мы понимаем также, что вы, возможно, *не осознаете* проделанную вами работу. Однако мы обнаружили, что просто при чтении о рефрейминге часто приходят в движение здоровые бессознательные процессы. Мы открыли также, что когда человек работает над проблемой X, также прорабатываются проблемы Y и Z.

Слова, которые вы только что прочитали, очень похожи на те, которые мы используем при коммуникации с нашими пациентами во время рефрейминга. В реальной клинической ситуации мы,

конечно, должны так модифицировать нашу коммуникацию, чтобы подстраиваться или устанавливать контакт с конкретным пациентом. Рефрейминг при этом может занимать от нескольких минут в одном лечебном сеансе до десятков часов на протяжении многих месяцев. Например, иногда пациент может нуждаться в помощи и поддержке в течение нескольких сеансов, для того чтобы осознать все выгоды вредной привычки.

Вот шесть основных шагов (этапов) рефрейминга:

1) Определите привычку или компульсивный поведенческий паттерн X, который следует изменить.

2) Установите коммуникацию с той частью психики пациента, которая ответственна за X.

3) Предложите пациенту отделить поведение X от позитивной цели (принести пользу или выгоду пациенту), которая имеется у части, ответственной за X.

4) Предложите пациенту создать (генерировать) новые паттерны поведения, которые дадут выявленную выгоду.

5) Проведите “экологическую проверку”. Приемлемы ли альтернативные поведенческие паттерны для всех частей психики пациента?

6) Проведите подстройку к будущему, то есть проверьте устойчивость альтернативных поведенческих паттернов в ситуациях, когда проявлялся X.

Перечисленные процессы, легче и эффективней проходят в состоянии гипнотического транса. Транс усиливает внутреннее осознание и поэтому помогает пациенту осознать внутренние “части”, ответственные за вредные привычки, и выгоды, даваемые вредной привычкой. Транс — это мост к бессознательным ресурсам и потенциалам, и благодаря этому он помогает пациенту в конструировании более здоровых альтернатив. Из-за того, что транс упрощает работу воображения и разрушает субъективные барьеры прошлого и будущего, упрощается и этап подстройки к будущему. Проводя рефрейминг, мы не нашли связи между глубиной транса и успешным результатом. В самом деле, мы работали со многими пациентами, не проявлявшими существенных признаков транса во время рефрейминга, но которым эта процедура очень помогла.

Рефрейминг учитывает побочные выгоды, предоставляемые каждой вредной привычкой. Многие медики и гипнотерапевты нередко просто полагаются на изложенные пациентами вредные аспекты привычек, не принимая в расчет их побочные выгоды. При этом специалисты забывают, что пациент уже слышал такие лекции тысячи раз и повторение только создает дополнительное сопротивление изменениям.

Достоинство рефрейминга состоит в уважении к пациенту и его поведению. Когда в беседе с пациентом признают, что вредная привычка в действительности в чем-то *помогала* ему, уменьшается вероятность сопротивления. Вместо того, чтобы бороться с пациентом, чем уже занималось много других людей, специалист с помощью рефрейминга может объединиться с пациентом или с его сопротивлением. Пациенты часто находят этот подход неожиданным и свежим, открывающим новые пути к здоровью и росту. Еще один элегантный аспект рефрейминга заключается в том, что *большая часть работы приходится на долю пациента*, а не специалиста. Рефрейминг использует внутренние силы и ресурсы пациента для создания альтернативных поведенческих паттернов. Пациенты это ценят и лучше осознают себя, а после завершения работы ощущают себя более сильными.

Остальная часть этой главы посвящена разработке каждого шага рефрейминга и описанию других его форм, отличающихся от шестишаговой техники.

## **Определение привычки, которую нужно изменить**

В большинстве клинических ситуаций этот первый шаг выполняется без затруднений. Пациент хочет бросить курить, или прекратить передаться, или злоупотреблять алкоголем. Однако часто пациент хочет одновременно работать над двумя или более вредными привычками (это особенно часто относится к курению и переданию и реже — к злоупотреблению алкоголем и курению). Мы настоятельно рекомендуем не работать одновременно над изменением двух вредных привычек. Прежде всего выгоды от разных привычек часто бывают различными, и в работе возникает путаница. Кроме того, часто пациенту бывает довольно трудно отказаться или

изменить даже *один* привычный паттерн поведения, если он надежно служил долгое время (в большинстве случаев много лет). Мы считаем нежелательной одновременную работу над отказом от двух вредных привычек или их модификацией, потому что это значительно снижает вероятность успеха терапии.

Если пациент обращается с просьбой о работе над двумя вредными привычками, следует сначала помочь ему определить, какую из привычек легче изменить или ослабить, и работать с ней. После того, как у пациента в течение нескольких месяцев успешно функционируют новые, более здоровые поведенческие паттерны, пришедшие на смену первой проработанной привычке, можно подвергнуть рефреймингу вторую вредную привычку. К этому времени пациент должен чувствовать себя более сильным и уверенным в себе, а также в вашей компетентности, и шансы на успех возрастают. Как упоминалось выше, у нас было много пациентов, “спонтанно” изменивших или отбросивших другие вредные привычки в результате того, что они прошли рефрейминг одной идентифицированной вредной привычки. В таких случаях мы предполагаем, что у пациента произошел *бессознательный* рефрейминг других плохих привычек. Это может произойти во время первого рефрейминга (тогда пациент на приеме для обследования отдаленных результатов сообщает, как был приятно удивлен, обнаружив, что проработал не только X, но и Y), или же это может случиться позднее. Специалист может способствовать возрастанию вероятности того, что у пациента произойдет рефрейминг других вредных привычек, высказывая предположение, что это может случиться.

Одно предостережение: не удивляйтесь, если на последующем приеме пациент сообщит о значительных изменениях привычки Y, даже если внимание было сконцентрировано на X. Это встречается довольно часто. Наша гипотеза состоит в том, что в подобных случаях проявляется сопротивление пациента терапевту, и происходит бессознательный рефрейминг другой привычки, а не той, с которой работают. Чтобы утилизировать такую полярную реакцию, рекомендуем, работая с особенно резистентными пациентами, имеющими две вредные привычки, настаивать на том, чтобы сначала прорабатывать *не ту* привычку, над которой пациент хотел бы работать в первую очередь. Это часто приводит к “резистентной” реакции, выражающейся в успешной работе над наиболее неотложной привычкой.

## **Установление коммуникации с ответственной “частью” бессознательного**

На первых порах этот шаг рефрейминга кажется довольно таинственным или магическим. Однако представление о существовании какой-то части бессознательного, ответственной за деструктивную привычку, соответствует опыту большинства пациентов и обычно с готовностью принимается ими. Например, пациенты часто сообщают, что несмотря на то, что они хотели расстаться с вредной привычкой, “что-то” мешало им сделать это. Многие пациенты говорят: “За это в ответе моя бессознательная часть” или: “Это не моя вина, это мое бессознательное”. Вместо того, чтобы бороться с такими пациентами и требовать от них принять на себя больше ответственности за самих себя, мы предпочитаем положительно утилизировать их энергию.

Просьба, обращенная к пациенту, связаться с частью бессознательного, которая ответственна за привычку, преследует также несколько других очень полезных целей. Для большинства пациентов, приходящих на лечение к гипнотерапевту, коммуникация с бессознательным является подстройкой к их ожиданиям чего-то необычного. К тому же, если опыт, связанный с вредной привычкой, стал более осознанным, то сама эта возросшая осознанность часто дает пациенту возможность повышения контроля. Наконец, опыт коммуникации с бессознательной частью может предоставить важные клинические проявления, которые могут быть утилизированы для того, чтобы помочь пациенту (смотрите исследование случая Р.М. в конце этой главы).

Сложная модификация второго шага рефрейминга может возникнуть после того, как пациент осознал часть, ответственную за привычку. В этот момент терапевт может попросить эту часть дать пациенту сигнал “да” или “нет”, что создаст обратную связь для пациента и гипнотерапевта во время сеанса. Например, эти сигналы можно использовать, чтобы убедиться в точности предполагаемых выгод, даваемых привычкой, или получить сигнал, подтверждающий приемлемость альтернативы. Иногда терапевт может просто предложить, чтобы интенсивность сигнала возрастала в безопасных пределах, означая “да”, и уменьшалась, означая “нет”. Гипнотерапевт может использовать и свои собственные творческие возможности, чтобы помочь установить эти сигналы. Например,

если пациент, переживая ранее не осознаваемую часть, видит в своем воображении некое лицо, терапевт может предложить, чтобы лицо улыбалось или кивало, что означало бы “да”, или хмурилось, или отрицательно двигалось влево-вправо, что означало бы “нет”.

Еще одна модификация второго шага рефрейминга состоит в том, чтобы вообще обойти сознание пациента и просить ту часть его бессознательного, которая ответственна за вредную привычку, связаться непосредственно с *вами*, терапевтом. В таких случаях используют *идеомоторную реакцию* пациента. Например, гипнотерапевт может установить бессознательные сигналы “да” и “нет”, предложив, чтобы один из пальцев пациента самопроизвольно и медленно поднимался в знак согласия, а другой палец поднимался в знак отрицания. Некоторые терапевты могут предпочитать использовать идеомоторные сигналы при рефрейминге, чтобы предотвратить возможность всякой сознательной контаминации или манипуляции пациентом.

Мы обнаружили, что не всегда необходимо, чтобы пациент осознал часть бессознательного, ответственную за привычку, или чтобы сигналы этой части были установлены пациентом или вами. Некоторые пациенты не обнаруживают никакого осознания во время транса, и иногда идеомоторные сигналы не устанавливаются. В таких случаях терапевту предлагается просто перейти к следующему шагу рефрейминга. В некоторых случаях, когда мы намеренно полностью пропускали этот шаг рефрейминга (например, если чувствовали, что данная процедура не являлась подстройкой к конкретному пациенту), мы, тем не менее, получали положительные результаты. В таких случаях мы все же предполагаем, что были услышаны этой частью бессознательного пациента, поэтому продолжаем выражать наше уважение к ней и просить, чтобы она ответила на наши попытки установить с ней связь.

### **Предположение о выгодах, приносимых вредной привычкой**

Понимание того, что вредная привычка приносит пользу или выгоды пациенту, помещает в новый контекст всю ситуацию и для пациента, и для терапевта. Врач больше не вступает в борьбу с пациентом или, точнее, с его сопротивлением. Вместо этого

специалист и пациент совместно могут развивать понимание того, что вредная привычка оказала пациенту помощь и заслуживает уважения.

На этом шаге рефрейминга мы высказываем предположение о том, что вредная привычка давала определенные выгоды пациенту. Практика показала, что дальнейшая работа протекает более гладко, если представление о выгоде принимается прежде всего пациентом, поэтому мы переходим к последующему этапу лишь после того, как убедились, что пациент разделяет это представление. Часто мы просто просим пациента в состоянии транса кивнуть головой, если он согласен с этой идеей.

Многие люди охотно принимают это представление. Но некоторые пациенты могут смущаться или теряться, и терапевт может счесть необходимым повторить это сообщение. Иногда нужно спросить пациента, хочет ли он принять представление о пользе или выгодных сторонах вредной привычки временно или желает “притвориться” или “вообразить”, что выгоды имеются, прежде чем уточнять, что они собой представляют.

Некоторые пациенты испытывают затруднения при определении выгодных сторон вредной привычки. Тогда терапевт может помочь, предоставляя перечень возможных выгод на рассмотрение пациента, чтобы он назвал те из них, с которыми согласен. Наблюдение невербальных реакций пациента в такие моменты может оказаться особенно полезным для правильного определения соответствующих выгод. Исследование случая Н.С. в конце данной главы служит иллюстрацией применения стратегии коммуникации с предоставлением множественного выбора на этом этапе рефрейминга.

Выгоды, предоставляемые деструктивными привычками, могут быть столь же уникальными, как и сами люди. Однако мы выяснили, что, поскольку люди имеют между собой много общего, постольку и некоторые выгоды, предоставляемые привычками, встречаются наиболее часто. Вот почему крайне важно знать конкретную привычку, по поводу которой проводится терапия. Некоторые распространенные выгоды сведены в таблицу. Чаще всего здесь упоминаются две особенно часто встречающиеся выгоды: облегчение стресса и пассивно-агрессивное поведение или упрямство.

### Некоторые распространенные выгоды, предоставляемые вредными привычками

Курение	Переедание/ Избыточный вес	Алкоголизм
облегчение стресса/ самоуспокаивающее воздействие;	облегчение стресса/ самоуспокаивающее воздействие;	облегчение стресса/ самоуспокаивающее воздействие;
упрямство/ независимость;	удовольствие/ подарок;	удовольствие/ подарок;
удовольствие/ подарок;	упрямство/ независимость;	надежный “друг”/ “компаньон”;
надежный “друг”/ “компаньон”;	надежный “друг”/ “компаньон”;	средство избежать интимных взаимоотношений;
подражание идеалу;	средство избежать интимных взаимоотношений;	социализация/ вхождение в группу
средство меньше есть и не полнеть;	средство избежать сексуальности (своих собственных сексуальных импульсов или импульсов других);	оправдание несдержанности или безответственного поведения;
стимуляция (воздействие никотина);	подражание идеалу;	облегчение скуки;
глубокое дыхание;	облегчение скуки;	подражание идеалу
социализация/ вхождение в группу	социализация/ вхождение в группу	

### ***Облегчение стресса***

Вследствие целого ряда особенностей, связанных с прошлым, наследственностью или и с тем и с другим, многие люди приобретают зависимость от еды, сигарет или алкоголя в качестве способов облегчения стресса или напряжения. Определение типа или источника стресса, переживаемого пациентом, и того, как именно вредная привычка помогает в трудных ситуациях, позволяет



гипнотерапевту помочь пациенту создать подходящие альтернативы. Например, у одной из наших пациенток с избыточным весом стресс был связан с чувством одиночества, и еда помогала ей чувствовать себя лучше, потому что в представлениях пациентки еда была связана с людьми (пациенты часто используют трапезу как средство быть среди людей). Она вступила в клуб сослуживцев и в университетский женский клуб для более успешной социализации. У другого пациента источником стресса был страх “утратить контроль” и выглядеть глупо, если он рассердится. Этот пациент понял, что сигарета давала ему возможность сделать паузу и вернуть себе самообладание, если ситуация становилась напряженной. Сигарета помогала в прямом и переносном смысле “держать рот на замке”. Пациент узнал — и это стало альтернативой, — что ему не нужна сигарета, чтобы сделать паузу, потому что он убедился, что может вести себя более свободно, чем считал возможным прежде, без отрицательных последствий. Администратор алкогольного бизнеса использовал выпивку, чтобы успокоиться, когда чувствовал себя измотанным работой. Он обнаружил, что самогипноз является альтернативой, более полезной для здоровья и дающей лучший результат.

Поскольку вредные привычки часто используются для того, чтобы справиться со стрессом, часть нашей обычной процедуры отбора пациентов направлена на то, чтобы определить, не находится ли потенциальный пациент в состоянии *экстраординарного стресса*. Мы обычно не беремся за такие случаи. (Наши рекомендации по отбору приводятся в главе 8.) Взамен мы настоятельно рекомендуем этому человеку подождать, пока уровень стресса снизится, или обратиться за консультацией по поводу стресса. Значительный стресс — обычное явление после жизненных кризисов или больших изменений (например, разъезда или развода, смерти любимого человека, смены работы), и поэтому перед началом терапии вредной привычки часто бывает полезен период выживания, во время которого происходит обычная адаптация после таких событий. Но мы должны принимать пациентов и в периоды адаптации, если вредная привычка опасна для жизни пациента (например, курение при тяжелой эмфиземе или сверхизбыточный вес при серьезном сердечно-сосудистом заболевании). Пациенты с такой высокой степенью риска обычно имеют сильную мотивацию к отказу от вредной привычки.

## ***Пассивно-агрессивное поведение / упрямство***

Если вы хотите расстаться с вредной привычкой, то трудности часто возникают из-за того, что кто-то еще советует вам: “Лучше откажись от этого”. Никому не нравится “сдаваться”. Фактически все пациенты с вредными привычками переживают такой конфликт. Когда средства массовой информации развертывают кампанию (скажем, кампанию против курения Американского онкологического общества), это куда ни шло. Но если любимый человек или друзья настаивают на прекращении курения, пьянства или на необходимости диеты, пациент часто упрямо “занимает оборону”, в чем, в частности, проявляется динамика борьбы за власть, присутствующая во всех межличностных отношениях. Для многих людей важная выгода вредной привычки заключается в пассивном выражении агрессии против “гонителя”, по отношению к которому они в ином случае чувствуют бессилие. Настойчивость других людей лишь подливает масло в огонь, увеличивая вознаграждение от вредной привычки.

Поскольку это широко распространенная динамика, часть нашей отборочной процедуры посвящена выяснению, не “досаждают” ли и не “надоедают” ли кто-то пациенту, настаивая, чтобы он бросил свою привычку, и не сердится ли кто-то на него из-за вредного пристрастия. Несмотря на то, что часто бывает именно так, мы все же беремся работать с большинством таких пациентов, если у них есть признаки мотивации бросить вредную привычку. Однако, если все говорит о том, что пациент обращается за помощью, в основном, чтобы “кого-то порадовать”, мы обычно его отсеиваем.

## **Создание альтернативных паттернов**

Этот шаг рефрейминга основан на нашем твердом убеждении, что всегда имеются альтернативные реальности (способы видеть, слышать, чувствовать или вести себя в мире). Проводя процедуру рефрейминга, мы указываем, что существуют другие поведенческие паттерны, способные дать нашим пациентам любые выгоды, которые они получали от своих вредных привычек, и эти новые паттерны будут более здоровыми и дадут большее удовлетворение. Кроме того, мы полагаем, что большинство людей располагают необходимыми ресурсами, чтобы сконструировать новые поведенче-

ские паттерны. Такие ресурсы доступны бессознательной психике пациента, в которой (гипотетически) хранится каждый бит информации, полученной пациентом, — а это очень большое количество информации! Ее, безусловно, достаточно, чтобы создать любые поведенческие паттерны, которые могут понадобиться пациенту. В этот момент хорошо бы подчеркнуть, что новые паттерны поведения включают в себя не только паттерны явного действия (такие, как выполнение упражнений вместо курения), но и новые способы переживания или восприятия (например, понимание того, что польза, получаемая в течение многих лет, больше уже не требуется).

Когда вы предлагаете пациенту создать альтернативные паттерны, обязательно подчеркните, что новые паттерны будут более безопасными и здоровыми. Это воспрепятствует созданию других негативных или нездоровых привычек вместо прежней. Например, среди курильщиков широко распространено мнение, часто основанное на прошлом опыте, что если они бросят курить, то станут переедать и наберут лишний вес. Однако у наших пациентов такие случаи редки. На самом деле, как мы отмечали выше, многие пациенты, бросившие курить, будут и в еде придерживаться более здоровых паттернов, потому что они чувствуют в себе силы больше не курить, и применяют (бессознательно) процесс рефрейминга к пищевым паттернам.

Некоторые пациенты могут испытывать трудности в конструировании более здоровых поведенческих паттернов. В таких ситуациях вы можете пользоваться следующими стратегиями.

1) Предложите на рассмотрение пациента множественный выбор возможных альтернатив. В таких случаях особенно важно наблюдать невербальные сигналы или реакции для определения подходящих альтернатив.

2) Дайте пациенту указание работать (сознательно и бессознательно) над конструированием альтернатив между терапевтическими сеансами.

3) Предложите пациенту идентифицироваться с кем-нибудь другим, кого он любит или кем восхищается. Тогда пациент сможет создавать такие альтернативы, какие использует или использовал бы для получения требуемой выгоды человек, с которым он идентифицируется.

4) В качестве модификации стратегии, упомянутой в пункте 2, дайте пациенту указание наблюдать между сеансами терапии, ка-

кие поведенческие паттерны используют другие люди для получения похожих выгод.

Некоторым пациентам требуется постоянная поддержка терапевта, чтобы переживать или использовать альтернативные паттерны. Выражать гнев, вместо того чтобы проглатывать его (а потом успокаивать себя едой, сигаретами или алкоголем), — альтернатива, которая может вселять ужас в некоторых пациентов. Выражать желание любви, привязанности, близости с помощью возрастающей правдивости и открытости (вместо того, чтобы вознаграждать себя обильной едой или заглушать эмоциональную боль алкоголем) может быть не менее страшной альтернативой. Некоторые пациенты нуждаются в поддержке, чтобы исследовать различные альтернативные поведенческие паттерны и методом проб и ошибок найти, наконец, наиболее успешные из них.

## **Экологическая проверка новых альтернатив**

После того, как пациент создал более здоровые альтернативы, обеспечивающие требуемые выгоды, полезно провести проверку этих альтернатив, особенно той частью психики, которая была ответственна за вредную привычку. Фактически такие проверки часто происходят *в то время, как* бессознательное генерирует альтернативы. В результате некоторые психотерапевты могут иногда пропускать этот шаг рефрейминга. Однако, когда устанавливается прямая коммуникация с той частью бессознательной психики пациента, которая была ответственна за вредную привычку, мы чувствуем, что было бы проявлением неуважения игнорировать эту часть индивида. Экологическую проверку проводят, обращаясь к этой части психики пациента с просьбой дать сигнал ему и вам, если новые альтернативы удобны. Кроме того, просят все остальные части психики также проверить, подходят ли им эти альтернативы. Мы часто просим пациента потратить некоторое время, чтобы убедиться в том, что альтернативы *выглядят, звучат и чувствуются* удобными и подходящими\*. Экологическая проверка (в основном проверка на конгруэнтность) проводится, чтобы выяснить, согласуются ли альтернативные поведенческие паттерны со всеми важными системами или с окружающей средой пациента.

---

\*Визуальная, аудиальная и кинестетическая — это три главные репрезентативные системы переживания. Представление о репрезентативных системах и их использовании более подробно обсуждалось в главе 2.

Как всегда, важно наблюдать невербальное или бессознательное поведение пациента, когда вы проводите экологическую проверку. Мы полагаем, что бессознательное не лжет и не вносит искажений, как это часто делает сознательная психика. Поэтому, если пациент сообщает, что альтернативные паттерны годятся, а его невербальное поведение (напряжения тела или идеомоторный сигнал “нет”) говорят об обратном, то, очевидно, следует исследовать неконгруэнтность.

Если все свидетельствует о том, что альтернативные паттерны не прошли проверку, то терапевт должен дать пациенту возможность осознать более подходящие альтернативы или выяснить ранее не обнаруженные выгоды.

## **Подстройка к будущему**

Завершающий шаг рефрейминга состоит в том, что пациента просят представить себе применение вновь созданных поведенческих паттернов в соответствующих ситуациях в будущем. Это должны быть ключевые ситуации, связанные с требуемыми выгодами. Они обычно похожи на прошлые ситуации, в которых проявлялась вредная привычка. При проведении этого шага терапевт должен предложить пациенту вообразить соответствующие ситуации в будущем, одну за другой, как можно более подробно, и представить себе, как он будет применять более здоровые поведенческие альтернативы.

Подстройка к будущему преследует две цели: 1) дальнейшую и более полную проверку вновь сконструированных альтернативных поведенческих паттернов и 2) мысленную репетицию применения новых альтернатив, которая упростит их использование на практике.

Гипнотерапевт может помочь на этом шаге, напоминая пациенту о соответствующих ситуациях, которые в прошлом приводили в действие вредную привычку. Ценность этого процесса может возрастать при хорошем знании обычных ключевых ситуаций (например, разговор по телефону, вождение автомобиля или утренний кофе для курильщиков и праздничные вечеринки для алкоголиков), а также конкретных условий и ситуаций, о которых обычно узнают во время вводной беседы с пациентом.

Во время подстройки к будущему мы обычно применяем технику якорения, описанную в главе 3. Сначала мы устанавливаем якорь, создавая связь между стимулом, в качестве которого обычно используем нажатие на плечо, и переживанием ощущения силы. Затем даем пациенту инструкцию вообразить себя в различные моменты близкого будущего, соответствующие тем моментам *в прошлом*, когда он давал волю своей вредной привычке. Однако теперь пациент представляет себе, что он реализует альтернативу, которую сконструировал в процессе рефрейминга. Когда пациент сигнализирует (и обозначает своим поведением), что переживает это, запускают якорь силы. Таким образом, пациент чувствует себя сильным, когда он представляет себе, что ведет себя по-новому, и это усиливает предшествующий рефрейминг.

### **Проведение рефрейминга с помощью метафор и историй**

Интересный и элегантный метод проведения рефрейминга, иллюстрирующий эриксоновское применение косвенных внушений, заключается в использовании метафор и рассказывании историй (см. главу 4). Например, случай с С.Б., одинокой женщиной 31 года, ростом 155 см, весившей 96 кг. Эта пациентка рассказала, что у нее был нормальный вес в детстве и отрочестве, но она начала быстро полнеть, когда ей было 16 лет; с этого возраста она страдала ожирением. Женщина призналась, что непосредственно перед тем, как начала набирать вес, она стала жертвой изнасилования, что вызвало у нее гнев и испуг. Терапевт предположил, что важная скрытая выгода тучности С.Б. заключалась в том, что она делала ее непривлекательной и таким образом защищала от сексуальных посягательств. К тому же тучность помогала С.Б. чувствовать себя в большей безопасности. Когда С.Б. находилась в трансе, терапевт, вместо применения шестишагового рефрейминга, рассказал ей приведенную ниже историю. Причиной изменения стратегии было желание избежать возможного дискомфорта, который мог бы возникнуть у нее при более прямом подходе к конкретной ситуации.

“Знаете, на днях я встретил свою приятельницу Сьюзен, и она рассказала мне интересную историю. Много

лет она жила неподалеку от прекрасной рощи и постоянно ходила гулять по одной из ее тропинок. Гуляя, Сьюзен любовалась красотой рощи, слушала пение птиц и ощущала мягкую землю у себя под ногами. Тропинка вела на прекрасную поляну, и Сьюзен нравилось отдыхать там. В этом уединенном месте она чувствовала себя спокойнее и сильнее. Однажды, когда она возвращалась с поляны, маленький зверек выскочил из кустов прямо под ноги Сьюзен и укусил ее. Это перепугало и рассердило ее, она побежала прочь из рощи. Она вбежала в дом, закрыла двери, задвинула шторы и оставалась сидеть так, пока ей не пришлось пойти на работу и выполнять свои обязанности. Теперь, выходя из дома, Сьюзен могла чувствовать себя спокойной, только если укутывалась во много слоев одежды. Она надевала несколько юбок и свитеров и тяжелое толстое пальто, даже если на улице было тепло. Она надевала брюки, перчатки, ботинки и даже шляпу. Она ходила в таком смешном виде, чувствуя тяжесть и неудобство всей этой многослойной одежды. Но, по крайней мере, Сьюзен чувствовала себя в безопасности.

Однажды, когда Сьюзен шла по своей старой тропинке в роще и с тоской смотрела по сторонам — ведь ей хотелось снова иметь возможность ходить на прогулки, — она столкнулась с мудрым стариком, жившим по соседству, который спросил, что с ней случилось. Сьюзен объяснила, что произошло, когда она встретила в роще зверька, как она испугалась и что теперь она может чувствовать себя спокойно, только надевая много слоев одежды.

Сосед сказал: “Послушайте, в роще много разных животных, некоторые неопасные, другие опасные. Я хочу посоветовать вам пользоваться теми сведениями, которые у вас уже есть, и приобрести новые необходимые вам знания, чтобы понимать, на что надо смотреть, к чему прислушиваться, что ощущать и чувствовать, чтобы вы могли отличать опасных животных от неопасных. Узнайте, как вам защитить себя, если это когда-нибудь понадобится. Например, вы можете просто громко закричать и затопать ногами, и многие животные убегут.

Научитесь тому, что вам необходимо. А потом рискните выйти, надев одним слоем одежды меньше. Походите так и, если вы почувствуете себя спокойно и в безопасности, снимите еще что-нибудь лишнее из одежды. Я хочу посоветовать вам также пойти по другой тропинке в роще, потому что здесь их много. Пойдите по новой тропинке и, если вы чувствуете себя спокойно и тропинка окажется красивой, идите дальше. Если нет, поверните и выберите другую тропинку, и идите по ней дальше и дальше, пока она удобна и достаточно безопасна. И когда вы при этом почувствуете себя спокойно и в безопасности, снимите с себя лишний слой одежды и идите дальше и дальше в рощу. Продолжайте идти, пока не найдете тропинку, которая приведет вас на поляну — потому что многие тропинки ведут на поляну — это успокоит вас и придаст силы”. А потом старый мудрый сосед наклонился к Сьюзен и прошептал ей на ухо секрет, очень мудрый секрет\*.

Сьюзен ушла, запомнив то, что сказал старик, и на другой день вышла из дома, надев одним свитером меньше. Скоро она нашла новую тропинку, но та ей не понравилась, поэтому она отыскала другую и пошла все дальше и дальше в рощу, снимая слой лишней одежды, только когда чувствовала себя спокойно и в безопасности. Она стала читать все больше и больше книг о животных, узнавая, какие из них не опасны, а какие опасны, и что делать, если ей когда-нибудь понадобится защищаться от опасного животного. В конце концов она стала гулять по красивой тропинке, надевая только необходимую одежду, в зависимости от обстоятельств. Эта тропинка привела ее на прекрасную поляну, которая успокоила ее и дала сил, и дела у нее пошли хорошо”.

На следующем лечебном сеансе, несколько недель спустя, С.Б. весила на 5 кг меньше. На том сеансе она выразила желание работать над проблемами сензитивности, которые, как она считала, были связаны с ее изнасилованием. В последующие месяцы она потеряла более 30 кг.

---

\*Это упоминание о мудром секрете активизирует ресурсы и потенциалы бессознательного, приводя к здоровым изменениям (см. главу 5).



Другой пациент стал понимать, что важной выгодой от его курения было проявление упрямства: он не хотел уступить настойчивым требованиям членов семьи бросить курить. Для него курить означало быть независимым и делать то, что ему хотелось. При прохождении шестিশагового рефрейминга ему была рассказана следующая история.

“Знаете, Джим, то, чем мы занимаемся здесь, напоминает мне кое-что случившееся со мной. В 1971 году я закончил учебу и сдал все экзамены для получения степени доктора философии. Я начал работать полный рабочий день, зная, что для моих исследований у меня есть вечера и уик-энды. Тема диссертации была сложная, но все-таки кое-что мне известное я мог делать. Раз в два месяца я ездил домой навещать родителей. Я помню, что как только я входил в дом, мать спрашивала меня о моей диссертации. Она говорила: “Чарли, как дела с твоей работой?” И я помню, что испытывал раздражение. В другой раз я приехал домой, и мама спросила: “Как продвигается исследование?” И я чувствовал себя действительно расстроенным из-за этого. Как-то раз я приехал домой, мама снова спросила меня об этом и сказала: “Знаешь, ты не должен никуда ездить, пока не сделаешь эту работу”. И я помню, что перестал ею заниматься. Я чувствовал себя просто в тупике.

Прошло довольно много времени, собственно говоря, несколько лет. Была весна 1973 года, и я решил, что в самом деле пора с этим что-то сделать. Я всегда ощущал какое-то беспокойство, зная, что должен работать над своей диссертацией. Это было тяжелое бремя, я чувствовал какую-то вину. Я решил после обеда заняться этой проблемой, вошел в транс и почувствовал, что некая часть внутри меня в самом деле рассержена. Другая часть внутри меня спросила: “На что же ты сердишься?” Ответ был таков: “Потому что люди мне досаждают”. Помню, что я сказал: “Я хочу быть независимым. Я не хочу уступать другим людям или их требованиям”. А затем часть внутри меня ответила: “Ну, ты можешь быть независимым, но разве ты независим, если так сильно реагиру-

ешь на требования твоей матери? Если ты хочешь написать свою диссертацию, то делай ее для себя и не топчись на месте”.

Тогда я стал осознавать еще одну часть своей психики, которая была испугана, и спросил ее: “Чего ты боишься?” Мой ответ заключался в том, что я боялся быть доктором, меня пугала ответственность, которая с этим связана. Я опасался, что больше не смогу оставаться “беззаботным Чарли”. Я сказал этой части внутри меня: “Слушай, делай эту диссертацию, а быть или не быть доктором — выбор останется за тобой. Ты можешь стать доктором, и это будет полезно. Ты сможешь оставаться беззаботным Чарли, когда тебе будет нужно или захочется этого”. Я вспоминаю, что успокоился и вскоре закончил диссертацию.

## **Клинические описания**

### ***Н.С. (потеря веса)***

Н.С. — женщина 31 года, школьная учительница, замужем 10 лет, детей нет, муж — инженер-электрик. О своем браке она сказала, что он “имел свои подъемы и спады”. Рост 160 см, вес 72 кг, хотела сесть на диету и похудеть на 16 кг. Когда Н.С. выходила замуж, она весила 56 кг, но постепенно набрала вес, и в последние 5—6 лет ее вес колебался от 67 до 75 кг. Пробовала различные диеты с небольшим успехом. Сообщила, что ее муж часто говорил ей, что у нее избыточный вес, и это вызывало ее раздражение. Но при этом она казалась достаточно мотивированной для того, чтобы сесть на диету.

Во время рефрейминга Н.С. переживала ту свою часть, которая была ответственна за переедание, как “тяжелое чувство страха где-то в животе”, но не могла сказать, что ее пугает. После того, как она приняла представление о том, что переедание или избыточный вес имеет свои выгодные стороны, она не могла определить, что это были за выгоды. Чтобы ей помочь, терапевт представил ей набор возможных вознаграждений следующим образом.

“Я действительно не знаю, какие выгоды или вознаграждения вы имеете от переедания и вашей полноты, но я могу вспомнить, что говорили другие пациенты. Женщина, которая была позавчера, поняла, что для нее еда — это способ успокоиться и получить удовольствие, когда ей одиноко, что с ней случается часто. Еще одна женщина, у которой неудачное замужество, поняла, что боится потерять вес, потому что это первый шаг к возможному расставанию с мужем для того, чтобы найти себе более подходящего супруга, и она хочет избежать тяжести разъезда и развода. Она боится одиночества, если придется в самом деле расстаться с мужем. *(Н.С. заметно сжалась, и на глазах у нее появились слезы, когда это было сказано.)* Один мужчина несколько недель назад понял, что еда была средством от скуки, которую он часто испытывал. Молодая женщина обнаружила месяц назад, что не может сидеть на диете, потому что сердится и обижается на отца, требующего, чтобы она похудела”. *(На лице Н.С. появилась гримаса, когда она услышала это.)*

Упомянув еще несколько вариантов возможных выгод, врач осторожно сфокусировал внимание на двух вариантах, на которые Н.С. реагировала, и пациентка осознала, что эти варианты имеют отношение к ее ситуации. С помощью врача Н.С. искала более здоровые альтернативы перееданию и полноте, которые дали бы ей ту безопасность, в которой она нуждалась. Она решила пойти на риск и начать худеть с пониманием того, что это может “открыть для нее двери”, но идти ли в них — выбор остается за Н.С.

После этого сеанса Н.С. стала более напористой и честной с мужем, вместо того чтобы оказывать пассивное сопротивление, не уступая его требованиям похудеть. Эти альтернативные паттерны помогли Н.С. чувствовать себя более сильной и более конструктивно относиться к проблемам, возникающим в ее браке. Когда пишутся эти строки, она и ее муж обратились в семейную консультацию, и она достигла своей цели, похудев на 16 кг.

## *Р.М. (курение)*

Р.М. — мужчина 44 лет, женат, курит сигареты с 16 лет. У него стабильный брак, двое детей, 11 и 14 лет, он партнер в брокерской фирме. Р.М. несколько раз бросал курить, но каждый раз выдерживал не более нескольких дней. Утверждает, что хочет бросить курить по причинам, связанным со здоровьем, но чувствует необходимость в помощи. Жена Р.М. не курит и поддерживает его попытки бросить курение. Р.М. употребляет алкогольные напитки в небольших количествах, практически здоров. Родители Р.М. умерли от болезней, связанных с курением, оба — на шестом десятке.

Когда при проведении рефрейминга Р.М. попросили осознать, какая часть его бессознательного отвечает за курение, он испытал ощущение тепла и покоя, которое напомнило ему, как он мальчиком ездил на заднем сиденье родительского автомобиля. Он вспомнил медленно распространяющийся по автомобилю запах сигареты. Родители пациента часто брали его с собой в поездки за город, и воспоминания были очень приятными.

По мере продолжения рефрейминга Р.М. осознал, что главными выгодами при курении были: 1) успокаивающее воздействие, когда он чувствовал напряжение или был расстроен и 2) возникающее при курении чувство тепла и покоя, которое ассоциировалось у него с родителями. В качестве альтернатив курению Р.М. решил использовать глубокое дыхание и самогипноз, чтобы снять накопившееся напряжение и уделять постоянно время положительным чувствам и воспоминаниям, связанным с родителями.

Однако на шаге экологической проверки рефрейминга Р.М. испытал некоторую напряженность. Исследуя ее, он понял, что испытывал вину в связи с перспективой больше не курить и, вполне возможно, прожить дольше любимых родителей. В этот момент Р.М. спокойно принял предложение терапевта представить себе облик родителей и мысленно поговорить с ними о своем чувстве вины и получить их “разрешение” бросить курить и жить столько, сколько он сможет. После этого Р.М. успокоился и не курит уже в течение двух лет.

Этот пример показывает важность получения сведений о членах семьи пациента, которые, возможно, послужили моделью нездоровой привычки. Часто бывает необходимо устранить мощное воздействие такого образца с помощью стратегий, подобных использованной в данном примере.

### ***Х.Л. (алкоголизм)***

Х.Л., 45 лет, мастер в типографии. Разведен. Был условно осужден за вождение автомобиля в нетрезвом состоянии и рисковал потерять работу за прогулы и опоздания. На первом приеме признался, что пил последние несколько дней. Он был в депрессии и просил о помощи. Х.Л. согласился лечь в госпиталь для алкогольной детоксикации. Ему посоветовали информировать своего работодателя, что он обратился за помощью. Когда он это сделал, то получил “последний шанс” вернуться на рабочее место, когда физически сможет. В первый день после выписки из больницы он был направлен на сеанс лечебного гипноза.

Х.Л. сообщил о том, что испытывает подавленность и испуг, когда его попросили связаться с той частью внутри него, которая была ответственна за его пьянство. При продолжении рефрейминга были установлены следующие выгоды. 1) Алкоголь ослаблял его депрессию (большую обиду и гнев, связанные с его разводом, а также тревогу и напряжение, вызванную требованиями начальства хорошо работать). 2) В состоянии опьянения Х.Л. становился активным и энергичным на людях, что придавало ему сил. Он наслаждался общением в барах и со своими друзьями-собутельниками. Но в основном был робким и тихим человеком.

Х.Л. создал следующие альтернативы для получения тех же выгод, которые ему давал алкоголь. Во-первых, он вступил в общество Анонимных алкоголиков и начал посещать собрания три или четыре раза в неделю. Атмосфера дружбы и принятия помогла Х.Л. почувствовать себя спокойно, и его потребность в социализации начала удов-

летворяться. Х.Л. также проходил психотерапевтическое лечение, и многие проблемы, оставшиеся после его развода, нашли разрешение. Затем он научился принимать присущую ему сдержанность, но также быть напористым там, когда это необходимо. Наконец, что справедливо во многих случаях, Х.Л. обнаружил, что его проблемы на работе разрешились, когда он стал постоянно приходить туда трезвым и исследовал свои эмоциональные затруднения.

В случае Х.Л. процессу рефрейминга было уделено несколько часов на протяжении всего гипнотерапевтического курса. Х.Л. согласился не пить во время лечения, и его трезвое состояние сохранялось и после завершения лечения. Он продолжал быть активным в обществе Анонимных алкоголиков. К моменту написания этой книги он не пил уже в течение трех лет.

Рефрейминг, помогающий пациенту увидеть свой мир более позитивно и использовать более здоровые поведенческие паттерны, — составная часть многих психотерапевтических подходов. Безусловно, каждый терапевт, работающий с вредными привычками, должен быть хорошо осведомлен о стратегиях, необходимых для проведения рефрейминга.

## 7. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

Какие представления о вредных привычках имеете *вы* как врач, стремящийся заниматься терапией этих расстройств?

Когда употребление алкоголя превращается в проблему?

Как должен врач участвовать в лечении наркотических зависимостей?

Когда нужно направить пациента на консультацию для получения метаболического и/или эндокринологического заключения?

Здесь мы излагаем наши представления о подходах к этим проблемам, в противовес некоторым стандартным положениям (с которыми пытливый читатель может познакомиться самостоятельно).

### Некоторые определения

Мы начнем с нескольких недавних определений из книги Фредерика Хофмана “Руководство по наркотической и алкогольной зависимости. Биомедицинские аспекты” (“A Handbook on Drug and Alcohol Abuse: The Biomedical Aspects”, 1983).

1. Физиологическая зависимость. Если регулярно принимать определенные лекарственные препараты в соответствующих количествах, то развивается состояние, известное как физиологическая зависимость. Вещества, создающие физиологическую зависимость, — это наркотики и воздействующие на центральную нервную систему депрессанты, к которым относятся такие транквилизаторы, как мепробамат (Miltown).

Неясно, как долго можно принимать подобные средства без возникновения физиологической зависимости, наличие которой ни наркоман, ни наблюдатель никаким

способом не могут установить. Наличие физиологической зависимости можно определить только в случае резкого прекращения приема наркотика или значительного уменьшения дозы, после чего самопроизвольно развивается физиологическое заболевание. Оно называется синдромом отмены, или абстинентным синдромом.

2. Психологическая зависимость. Проявление, присущее всем формам хронической наркотической зависимости (термины психологическая или психическая зависимость являются синонимами, их используют для описания отношения наркомана к приему наркотиков и их воздействию). “Воздействие, производимое наркотиком, или состояния, возникающие в связи с его применением, необходимы для поддержания оптимального самочувствия”.

Степень или интенсивность психологической зависимости не может быть точно измерена и обычно характеризуется такими словами, как слабая, умеренная или значительная. У большинства принимающих наркотические средства в конце концов развивается значительная психологическая зависимость, тогда как у людей с зависимостью от ненаркотических лекарственных препаратов ее степень может варьироваться от очень слабой до значительной. При наркотической физиологической зависимости можно частично удерживаться от компульсивного применения (см. далее) наркотиков из боязни возникновения абстинентного синдрома.

В общеизвестном медико-фармакологическом пособии Гудмена и Джилмена “Фармакологические основы терапии” (“The Pharmacological Basis of Therapeutics”, 1980) Джером Джефф обсуждает понятия и компульсивного применения наркотиков, и физиологической зависимости. Он дает определение *компульсивного применения наркотиков* как паттерна зависимости от наркотика, который изменяет душевное состояние или “характеризуется пониженной гибкостью поведения по отношению к конкретному наркотическому веществу”. Средство принимают, несмотря на отсутствие медицинских показаний. Следует четко представлять, что в этом описании не приводится физиологическое основание для такого представления. Важная часть этого определения состоит в том,



что употребление наркотика считается наносящим вред наркоману или обществу. Например, отношение к табакокурению в последние 10—15 лет претерпело изменения, и привычка, прежде не вызывавшая вопросов, теперь стала осуждаться, так как медицинские данные повысили осознание обществом опасности курения. Терпимое отношение исчезло, поскольку стали неоспоримыми доказательства вредного влияния табакокурения на возникновение легочных и сердечно-сосудистых заболеваний.

Джефф определяет физиологическую зависимость как дальнейшее развитие компульсивного применения наркотиков, когда наркотик играет все более заметную роль в жизни пациента. Она представляет собой поведенческий паттерн применения наркотиков, когда это применение носит непреодолимый характер и его скрывают, а также сильно выражено стремление к повторному применению наркотика после отмены. И в том, и в другом случае (компульсивного применения наркотиков или установления физиологической зависимости) Джефф подчеркивает психологическую составляющую.

Еще один важный термин — *толерантность*, которую часто смешивают с физиологической зависимостью. Толерантность обычно возникает в отношении тех средств, которые вызывают физиологическую зависимость, хотя не ограничивается только этими средствами. Толерантность проявляется в уменьшении интенсивности воздействия, возникающем при периодическом приеме средства в течение некоторого времени, поскольку организм адаптируется к нему. Для достижения такого же эффекта должна быть увеличена доза или прерван прием до тех пор, пока толерантность не пройдет.

Сложная взаимосвязь между физиологической и психологической зависимостями отражена в результатах некоторых интересных экспериментов по обусловливанию при подкреплении. Если крысе вводят морфин, сопровождая прием звонком, возникает классическое обусловливание; впоследствии животное будет проявлять физиологические реакции на морфин при включении только лишь звонка. Кроме того, в этих случаях прием наркотического вещества-антагониста будет запускать синдром отмены.

Джефф поясняет:

“Такое обусловливание помогает объяснить, как ритуалы и сопутствующие обстоятельства могут действовать в

качестве вторичных подкрепляющих стимулов и как просто прием нейтральной таблетки или использование шприца с иглой без наркотика могут вызвать чувства (включая симптомы абстиненции), ранее вызывавшиеся таблеткой или инъекцией наркотика. То факт, что дистресс абстиненции может обуславливаться окружающей обстановкой, в которой он возникает, по сути, объясняет, почему бывшие наркоманы, оказавшись вновь в обстановке, где применяли наркотик, могут испытывать ощущения, очень похожие на симптомы абстиненции, включая возникшее страстное желание наркотика. У алкоголиков могут возникать подобные состояния, особенно когда они видят спиртное или чувствуют его запах... Наиболее тяжелый синдром абстиненции и наиболее сильную тягу к опиатам вызывают обстоятельства, ассоциирующиеся с доступностью и применением наркотиков, а не те, которые ассоциируются с абстиненцией”.

Социальные факторы очень важны при закреплении вредных привычек. Люди выпивают с друзьями, вместе курят, едят или разговаривают о еде. Даже когда люди предаются нездоровым привычкам в одиночку, в их поведении имеется межличностный аспект. Например, человек может обедаться, потому что он одинок, или пьянствовать, когда он обманут любимым.

Можно ясно видеть социальные аспекты нездоровой привычки на примере курения. Мы часто узнаем, что многие люди начинают курить в подростковом возрасте для утверждения своей независимости и идентификации с группой сверстников. Положительный эффект принадлежности к компании частично объясняет, почему начинающие курильщики упорно курят, несмотря на очень неприятные ощущения: никотин часто вызывает приступы тошноты при нескольких первых попытках курения.

Например, мы не знаем никакого вида пищи, который вызывал бы физиологическую зависимость, подобную описанной выше. Но если пациент говорит, что он испытывает симптомы абстиненции при отказе от сладкого, и при дальнейшем опросе становится ясным, что его надо понимать буквально, а не метафорически, мы сочтем, что наши методы особенно полезны при работе именно с такими “зависимостями”. Мы настоятельно рекомендуем вам удержаться от соблазна сослаться на литературные

источники, утверждающие совершенно определенно, что “в тщательно проведенных исследованиях никогда не было получено подтверждений тому, что сладости (или любая иная пища) вызывают физиологическую зависимость”. Лучше примите утверждение вашего пациента как подарок.

Одна пациентка, Джен, пыталась похудеть. В течение десяти дней она сидела на строгой диете, затем обедалась сладким, сводя на нет то, чего добилась. Во время первой беседы она рассказала о своей сильной зависимости от сладкого. Поэтому ей сказали следующее.

“Я рад, что вы понимаете, что ваша проблема имеет физиологическую основу. Очевидно, вы можете понять, почему строгие предписания диеты были неэффективными: когда вы исключали сладкое из вашего рациона, ваш организм очень сильно реагировал и вам приходилось обедаться, чтобы восстановить хорошее физиологическое состояние. Мне ясно, что вы искренне хотите похудеть, и поэтому, я думаю, вы легко усвоите, что быстрая потеря веса вредна для вашего здоровья, так как она происходит за счет вашего физиологического благополучия. Значит, вам нужно продолжать есть сладкое, но таким образом, чтобы отучиться от него; как — мы обсудим. Конечно, вы будете терять вес медленно, не более 10 кг в неделю в течение первых двух недель. Но я полагаю, что даже этого слишком много”.

Заметьте, что эта коммуникация вместе с предписанием есть сладкое, которое должно следовать дальше, является примером “предписания симптома”, которое само по себе может способствовать важным изменениям, даже без транса. Полное описание смотрите в главе 5.

### **Руководящая идея: пациенты не читают учебники по фармакологии**

Тонкие различия, проведенные в определениях, обсуждавшихся выше (которые в среде исследователей представляются истинными), в клинической практике не играют существенной роли, по-

скольку они могут не отражать убеждения и представления ваших пациентов (пока, конечно, они *действительно не* читают книги по фармакологии). Единственный способ узнать представления пациентов — это слушать их.

Эффективность клинической практики резко повышается, когда терапевты выясняют представления и убеждения пациентов и сначала принимают их, а не спорят с ними и не говорят, что пациенты “неправильно” понимают то, как обстоят дела. Когда подстройка к представлениям пациентов произошла, их можно вести к другим, более полезным представлениям.

Пол Вацлавик отметил, что большинство терапевтов, вместо того чтобы учиться языку пациентов, пытаются обучить пациентов новому языку терапии (это может быть психоанализ, экзистенциальный подход, гештальт, транзактный анализ и т.д.) и затем требуют, чтобы пациент переводил свое повседневное поведение (для которого у пациента есть свой собственный, весьма достаточный язык, хотя, быть может, идиосинкразический) на язык терминов. Напоминаем, что одним из отличительных признаков работы Эриксона была его способность говорить на языке пациента.

О большом практическом значении представлений пациентов свидетельствует еще и то, что, хотя физиологическая зависимость от никотина существует и это подтверждено научными данными (Goodman et al., 1980), множество курильщиков бросили курить путем постепенного ограничения без появления симптомов абстиненции. Поэтому врачу особенно важно выяснить представления пациента.

## **Некоторые замечания об алкоголе, никотине и еде**

### ***Алкоголь***

Алкоголь, по фармакологической классификации, является депрессантом центральной нервной системы. У некоторых индивидов единичная небольшая доза (60—120 г) виски вызывает положительный эффект при решении интеллектуальных задач. Неясно, однако, происходит ли это вследствие непосредственной стимуляции центральной нервной системы или из-за ослабления эмоционального контроля. У пьющего человека можно наблюдать проявление

ние физиологического воздействия при приеме умеренных или значительных доз наркотического вещества. При умеренном приеме алкоголя наблюдаются следующие поведенческие проявления:

Обычная сдержанность речи и поведения ослаблены (“ослабление торможения”), может развиваться эйфория, часто возрастает самоуверенность, снижены также нервно-мышечная координация (что проявляется в речи, походке и координации движений рук), острота зрения и чувствительность к боли, а также снимается усталость. Кроме того, увеличивается время реакции, ослабевает память, проявляется неадекватность самооценки и ухудшается способность к концентрации... (Hofmann, 1983, с. 101).

Имеются большие индивидуальные различия в дозе алкоголя, после которой возникают такие проявления.

При низких концентрациях алкоголя в крови (50 мг/100 мл или ниже) 10% от числа пьющих имеют признаки интоксикации (по определению обученных наблюдателей, использующих такие критерии, как неразборчивая речь, явное ослабление торможения и затруднение движений). При уровнях концентрации, которые считаются значительными, как с медицинской, так и с юридической точки зрения (например, 101—150 мг/100 мл), не более 64% пьющих имеют признаки интоксикации. Только при концентрациях, превышающих 200 мг/100 мл, все пьющие имеют признаки интоксикации (Hofmann, 1983, стр. 102).

Постоянный прием алкоголя приводит к толерантности проявлений центральной нервной системы, например, алкоголик с концентрацией алкоголя в крови 300 мг/100 мл может казаться имеющим незначительную интоксикацию” (Hofmann, 1983, с. 102). Экспериментальные данные свидетельствуют о больших индивидуальных различиях в толерантности к алкоголю и о том, что нет метода, с помощью которого можно было бы предсказать, как у индивида будет происходить трансформация алкоголя в ходе обмена веществ и, что еще важнее, к каким проявлениям приведет определенная доза.

Синдром алкогольной абстиненции (похмелье) может возникнуть через несколько часов умеренной интоксикации. Еще одно проявление абстиненции, возникающее при значительной алкогольной интоксикации, продолжающейся в течение нескольких дней, — приступы дрожи. Наиболее травматическое проявление абстиненции — “алкогольный делирий, возникающий... только после дозы 400—500 мл алкоголя в день на протяжении 48 дней или более. Тем не менее можно сказать, что и характер, и интенсивность синдрома алкогольной абстиненции, по-видимому, обычно зависят от степени и продолжительности хронической интоксикации, предшествующей абстиненции или резкому прекращению приема алкоголя” (Hofmann, 1983, стр. 110).

Подробное изложение других вредных воздействий алкоголя на системы органов и описания хронических состояний, являющихся последствиями длительной интоксикации (таких как периферическая невропатия, амблиопия, энцефалопатия Вернике), заинтересованный читатель найдет в общеизвестных пособиях (см., например, Hofmann, 1983, стр. 113 и далее).

Каждый пациент, направляемый на гипнотерапию алкогольной зависимости, должен пройти полное медицинское обследование. Если будет установлена хроническая алкогольная интоксикация, то пациент должен подвергнуться детоксикации, обычно в стационаре, прежде чем начнется гипнотерапия. Имеются данные о том, что в благоприятной обстановке стационара большинство пациентов-алкоголиков могут перенести детоксикацию без дополнительной лекарственной терапии (Whitfield et al., 1978). Часто пациент, имеющий проблемы с употреблением алкогольных напитков, не нуждается в детоксикации, несмотря на отдельные, даже значительные эпизоды острой интоксикации. В любом случае индивиду полезно получить оценку физиологического воздействия алкоголя, какая бы она ни была. Это может послужить усилению мотивации для терапии, если во время медицинского обследования обнаружатся какие-то отклонения от нормы. С другой стороны, пациент с низкой мотивацией, подталкиваемый на лечение членами семьи, может отказаться от него, когда потребуются пройти детоксикацию и медицинское обследование. Это сохранит много времени и сил терапевта.

Позвольте немного сказать об антабусе. Когда это средство применяют с верой, оно вызывает у индивида очень сильную реакцию

на совсем небольшие дозы алкоголя. Вообще мы предпочитаем не применять этот метод, потому что он указывает на то, что пациент не имеет ресурсов оставаться трезвым без какого-либо лекарственного средства, а это противоречит принципам, лежащим в основе нашего метода. Более того, мы вообще избегаем терапии, которая создает отвращение к алкоголю, а использование антабуса вызывает очень сильную тошноту. К тому же его применение требует тесного взаимодействия со специалистом, предписывающим его, и это может ограничить гибкость подхода гипнотерапевта. Однако в таких случаях, когда мы проводим терапию алкоголиков, принимающих антабус, цель лечения — помочь пациенту регулярно принимать препарат, пока не будет принято решение о его отмене, потому что пациент способен оставаться трезвым без его помощи.

Представление о том, что алкоголизм является заболеванием, широко распространено как среди специалистов, так и в обществе. Но существует хорошо аргументированный альтернативный взгляд, согласно которому алкогольное проявление — это в основном социальный феномен. В отмеченном премией социологическом исследовании Конрада и Шнейдера “Отклоняющееся поведение и отношение его к сфере медицины. От негативности к болезни” (“Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness”, 1980) авторы описывают тенденцию нашего общества относить к заболеваниям отклоняющееся поведение. Они отмечают, что болезнь под названием “алкоголизм” во многих отношениях не удовлетворяет строгим медицинским критериям. Эта “болезнь” описывается не в терминах своих физиологических проявлений, но скорее в аспекте ее влияния на функционирование в обществе. Действительно, большинство алкоголиков, по-видимому, не имеют физиологической зависимости, то есть они не испытывают симптомов абстиненции вслед за прекращением приема алкоголя. Конрад и Шнейдер не отрицают значения употребления алкоголя в нашем обществе. Они просто указывают на то, что имеется бросающаяся в глаза несообразность нашего определения алкоголизма как болезни. Они находят, что описание отклоняющегося поведения в медицинских терминах было попыткой подхода к важной проблеме, но утверждают, что использование медицинской модели может быть совершенно неприемлемым, если применение алкоголя и злоупотребление им не представляют собой заболевания (Conrad and Schneider, 1980).

## *Никотин*

В физиологическом отношении никотин является стимулятором центральной нервной системы. Он также вызывает мышечную релаксацию, облегчает запоминание, снижает аппетит и чувствительность. Никотин попадает в мозг через восемь секунд после вдыхания дыма.

К некоторым воздействиям никотина развивается толерантность, но влияние на сердечно-сосудистую систему (повышение кровяного давления и частота пульса) все еще заметно у хронических курильщиков после 1—2 сигарет. Это влияние сильнее проявляется после первой сигареты, выкуренной за день (Gilman et al., 1980).

Проявления синдрома абстиненции после отказа от курения значительно различаются. По-видимому, “фактически отсутствует информация, при каком уровне воздействия никотина должна возникать физиологическая зависимость”. Признаки и симптомы, приписываемые абстиненции, включают “тошноту, головную боль, запор, понос, повышенный аппетит. Сонливость, утомляемость, расстройство сна (бессонница), раздражительность (враждебность) и трудности концентрации внимания также часто встречаются” (Gilman et al., 1980, стр. 559). Учебники по фармакологии продолжают этот список все дальше и дальше, и будет грубой ошибкой запоминать этот перечень и передавать его пациентам: сила, свойственная словам терапевта, может вызвать губительные последствия, когда “информирование с целью разделения ответственности” обернется самореализующимся пророчеством.

Однако есть несколько полезных фактов. По-видимому, резкое прекращение курения предпочтительнее постепенного уменьшения числа сигарет, что может только продлить период дискомфорта. Некоторые заядлые курильщики могут корректировать свою манеру курения, чтобы поддерживать постоянной дозу вдыхаемого никотина: если сигареты имеют более высокое содержание никотина, они уменьшают количество выкуриваемых сигарет и изменяют интенсивность затяжек. У таких пациентов переход на марку с низким содержанием никотина может привести только к увеличению количества выкуриваемых сигарет. В литературе встречается утверждение, что среди людей, которые обращаются за помощью, чтобы бросить курить, только 20—40% спустя год воздерживаются от курения (Gilman et al., 1980). Данные, которыми мы располага-



ем, показывают долю успеха около 80% воздерживающихся от курения в течение первых четырех месяцев после проведения терапии. Это отражает не только достоинства нашей техники (особенно рефрейминга, см. главу 6), но также и точность нашего отбора пациентов для терапии (см. главу 8).

Жевательная резинка “Никоретт”, недавно появившаяся на американском рынке, заслуживает особого упоминания. Это лечебное средство содержит никотин в резиновом комплексе. Предпочитая следовать сигналам, получаемым от пациентов, мы не обсуждаем это средство, пока они не заговорят о серьезных проблемах, связанных с воздержанием от курения, или о прежних неудавшихся попытках бросить курение, или не зададут вопрос о применении заменителя. В таких случаях мы спросим, чувствуют ли они, что были наркоманами и им нужна эта поддержка, и ответим в соответствии с их представлениями.

## *Еда*

Многие пациенты с избыточным весом втайне надеются, что их проблемы связаны с физическим состоянием (нарушением деятельности желез внутренней секреции или гормональными проблемами), поскольку тогда они не несли бы ответственность за свою полноту. Гипнотерапевт повышает эффективность своей работы, если оценивает силу убеждений пациента в этой сфере, направляя его к специалисту для обследования, если это еще не было сделано раньше. Мы считаем, что пациент, который все еще хватается за возможность медицинской причины полноты, недостаточно мотивирован, чтобы приложить необходимую энергию и активно действовать, изменяя старые поведенческие паттерны.

Некоторые знания о питании являются необходимым условием для пересмотра вредных пищевых привычек. Справедливости ради следует отметить, что многие обращающиеся за помощью в прошлом прибегали к диетам. Однако многие применяли экзотические диеты, вполне успешно обеспечивающие быструю потерю веса (и обеспечивающие гонорар автору в результате быстрой продажи книги), но неприемлемы для того, чтобы их придерживаться длительное время. Многим пациентам нужно полностью пересмотреть пищевые привычки. Исчерпывающий диетический план, предлагаемый “Вейт Вотчерс” (Weight Watchers) — это пример тщательной программы организации диеты.

Поскольку слово “диета” означает и сбалансированный рацион питания, и строгое ограничение, например, жидкая белковая диета, врач должен обязательно убедиться, что пациент понимает основные требования к хорошему питанию. Коротко говоря, оно включает белки, жиры и углеводы в соотношении 2:3:5 (Goodheart and Skills, 1980). Чаще всего лучшая стратегия питания заключается в регулировании приема пищи в течение дня. Для уменьшения переедания предпочтительнее принимать пищу несколько раз в день (не обязательно три раза) понемногу по сравнению с одной обильной трапезой за день. Единственный прием пищи связывается в представлении пациента с тем, что он сразу должен получить всю энергию на целый день. Мы полагаем, что пациентам труднее всего изменить свои привычки, связанные с питанием, когда они голодны после длительного периода воздержания. Напомним совет: избегайте покупать продукты на голодный желудок: “Глаза больше желудка”. Поэтому, если человек ест один раз в день, еда, вероятно, привлекает к себе много внимания, и ее ждут с нетерпением. Такое навязчивое притягивание внимания является помехой для нашей цели сделать еду более автоматической, хотя не обязательно менее приятной частью дня. Когда едят регулярно, в установленные часы, еда становится не столь важным делом.

Мы настоятельно рекомендуем вам обратиться к опытному специалисту по лечебному питанию. Он сможет обеспечить вас соответствующим руководством, которое позволит определить, насколько правильны представления пациента. Оценивая пищевые привычки пациента и его знания о питании, можно выявить разительные пробелы. Обращение к специалисту будет в этом случае кстати.

Некоторые пациенты могут искаженно сообщать о своих пищевых привычках — сознательно, если стыдятся своих плохих привычек или неосознанно, потому что верят, что “знают”, в чем состоит правильное питание. В таком случае вы, вероятно, узнаете, что их потери веса меньше ожидаемых. Дальнейшее расследование даст необходимую информацию, а специалист по питанию может помочь пациенту быть честным с самим собой и с терапевтом.

Изменения в питании (снижение калорийности) и повышение расхода энергии (физическая активность) — два взаимодополняющих процесса, которые ведут к снижению веса. Мы настоятельно рекомендуем регулярную физическую активность, однако часто избегаем слова “упражнение”, которое неприятно большинству

полных людей. Многие считают, что нужно работать до седьмого пота, чтобы сжечь лишние килограммы. Такое представление далеко от истины. Немало людей бывают приятно удивлены, узнав, что прогулка длиной в милю требует таких же затрат энергии, а значит, приводит к той же потере веса, что и бег на дистанцию в одну милю. Преимущества бега состоит только в более эффективном использовании времени и в том, что он тренирует сердечно-сосудистую систему. Все более популярным среди пациентов с избыточным весом, возражающих против программы энергичных упражнений, становится девиз “более активного образа жизни”. Часто бывает полезно поощрять этих сопротивляющихся пациентов к использованию повседневных ситуаций с пользой для здоровья — например, подниматься и спускаться по лестнице, не пользуясь лифтом, или припарковывать автомобиль в дальнем конце стоянки около магазина и пешком идти до входа. Некоторые наши пациенты принимают такие рекомендации более охотно, чем программу легкоатлетических упражнений. По мере того, как изменения становятся частью образа жизни, они превращаются в новые полезные для здоровья паттерны, которые выполняются автоматически.

Многие люди с избыточным весом хотели бы найти метод, благодаря которому жир может быстро “растаять”. Нам кажется, что это из области чудес, и мы, конечно, не рассчитываем, что при таких ожиданиях они придут к гипнотерапевту. Однако большинство людей относятся к гипнозу как к магии, а врач должен быть всегда внимательным к ожиданиям пациентов. Мы часто обращаемся к этому вопросу, обсуждая с пациенткой побудительные причины обращения к нам. Мы говорим, что наша цель — содействовать управляемой, длительной потере веса и, поскольку это занимает определенный период времени, было бы необоснованно ожидать быстрого похудения.

Врач должен проявить внимание к стадиям, которые возникают в процессе сбрасывания веса вследствие существенных изменений в диете. В начале применения новой диеты возникает значительная потеря веса, которая в основном заключается в потере воды. Пациент, вначале окрыленный этим обстоятельством, может совсем прийти в уныние, когда достигнет “плато”, которое часто появляется в процессе лечения, и длится иногда неделями, иногда месяцами. Часть “плато” может быть связана с временным удерживанием воды или другими сопутствующими медицинскими

условиями. Метаболизм организма также замедляется по мере того, как уменьшается количество пищи. Мы полагаем, что обоснованный прогноз потери веса стабильно составляет несколько килограммов в неделю.

Врач, работающий с пациентами с вредными привычками, непременно должен подвергнуть проверке свои собственные представления о проблемах, терапией которых он занят, особенно касающиеся понятий физиологической зависимости и зависимости от обстоятельств. Безусловно, полезно ознакомиться с текущей литературой в этой области, особенно по проблемам, связанным с алкоголем и никотином. Но принципы эриксоновской гипнотерапии составляют надежное руководство для терапевта по обращению с собственными представлениями пациента, которые нужно понять и подстроиться к ним, чтобы вызвать желаемые изменения.

## 8. СЛАГАЕМЫЕ УСПЕХА

Итак, мы рассмотрели существенные понятия и техники современного гипноза в приложении к терапии вредных привычек. Давайте соединим теперь все вместе. Положительные результаты терапии далеко не всегда определяются только основательными знаниями и умением применять отдельные понятия и техники. В этой главе мы обсудим типичную структуру лечебного процесса вредных привычек и его организацию. Описание клинических случаев, приведенное в следующей главе, нагляднее объяснит организацию терапевтического процесса. В этой главе представлены также некоторые важные параметры, которые необходимо учитывать для успеха терапии.

### Структура терапевтического процесса

Терапия пациентов с вредными привычками всегда зависит от характеристик пациента и носит индивидуальный характер. При групповой терапии невозможно подстроиться к индивидуальности каждого в отдельности и использовать ее, поэтому результаты будут не такими успешными. Однако групповая терапия может быть использована в качестве меры оказания поддержки, доступной по затратам, после того, как при индивидуальной терапии пациенту оказана помощь в формировании более здоровых поведенческих паттернов.

Несмотря на то, что терапия ориентируется на особенности пациента, обычно она имеет следующую структуру.

#### *А. Первоначальная коммуникация*

1. Плата за лечение и отбор
2. Генерирование потенциалов для терапии

#### *Б. Формальная терапия*

1. Сбор данных и подстройка
2. Формальная гипнотическая коммуникация (рефрейминг, якорение, визуализация и прямые и косвенные воздействия)

3. Самогипноз и другие указания
- В. *Последующие стратегии*
1. Самогипноз
  2. Использование других ресурсов

## **Первоначальная коммуникация**

Первоначальная коммуникация с пациентом обычно происходит по телефону. Эти разговоры очень важны, поэтому мы рекомендуем, чтобы *врач сам разговаривал с пациентом*. Если это невозможно, то разговаривать должен хорошо обученный ассистент, знающий, как поступать в таких ситуациях.

Общение по телефону предоставляет возможность для первоначальной подстройки к будущим пациентам и установления позитивных потенциалов терапии. Например, иногда мы рассказываем будущему пациенту о нашей ориентации, используемой при рефрейминге. Вот пример.

“Я редко использую внушения, вызывающие отвращение, например, что сладости приобретут для вас вкус чего-то, что вы ненавидите. Напротив, я с большим уважением отношусь к тем удовольствиям или выгодам, которые вам доставляет чрезмерная еда. Мой подход состоит в том, чтобы помочь вам найти альтернативы, более полезные для здоровья и, быть может, способные дать вам больше удовлетворения”.

Такой подход во всех случаях воспринимается хорошо.

Часто будущие пациенты “ходят вокруг да около” или хотят только получить информацию. Такие пациенты очень ценят беседу непосредственно с врачом, что также значительно повышает вероятность их записи на прием, причем они смогут увериться в том, что не будут сочтены неподходящими для терапии. Пациенты, желающие получить только информацию, часто задают конкретные вопросы, требующие знаний и умений врача.

Проблема, часто возникающая во время разговора по телефону, состоит в том, что пациент имеет неправильные представления о гипнозе и трансе и поэтому испытывает тревогу. Нам приходится разъяснять и демистифицировать гипноз при телефонном

контакте и убеждать потенциального пациента, что в начале терапии будет специально уделено время, чтобы дать полные разъяснения относительно гипноза и транса.

Многим потенциальным пациентам мы объясняем, что, хотя гипноз является одним из наших основных способов воздействия и очень эффективен в подобных случаях, но только после первого сеанса мы сможем судить, насколько он применим в данном случае. Это дает терапевту необходимую гибкость для использования других стратегий.

Общая информация относительно оплаты или лечения может быть дана кому-то другому, но *о приеме должен попросить сам будущий пациент*. Иногда мы назначаем пробный прием при разговоре с членами семьи или с другом, но пациент должен позвонить и подтвердить свою заинтересованность. Только в этом случае мы можем выяснять данные, необходимые для отбора. Если с просьбой о приеме обращается не пациент, а кто-то другой, это является очень серьезным показателем сопротивления пациента и ставит под большое сомнение вероятность удачи терапии. Исключения здесь должны быть сделаны только для детей младше 12 лет или для новых пациентов.

## Оплата

Выплата гонорара служит двум целям, имеющим отношение к лечению: 1) отсеив людей, недостаточно мотивированных для лечения, 2) мотивация пациента может увеличиться, когда деньги заплачены. По этим причинам (а также потому, что нам нравится хорошо зарабатывать) наши гонорары относительно высоки. Это особенно верно в отношении курильщиков, которые платят до 300 долларов за одноразовый двухчасовой прием. В эту цену включается одночасовой вспомогательный прием в дальнейшем, если потребуется. Однако мы не говорим об этом пациенту, потому что это внушило бы ему мысли о необходимости дальнейшей терапии, которая обычно бывает не нужна. Поскольку объяснение отсутствует, так как оно оказало бы антитерапевтическое воздействие, плата может казаться искусственно завышенной, но если пациент воспользуется дополнительным приемом, то в результате он заплатит только немногим больше нашей часовой ставки. Еще одна причина не говорить пациенту о возможности дополнительного приема, если

он не смог отказаться от курения полностью, состоит в том, что отсутствие платы за этот сеанс снимает часть раздражения пациента и способствует отношениям сотрудничества во время сеанса. Если рассмотреть затраты на нездоровую привычку: физиологические, психологические и социальные — наши гонорары не столь высоки. Средний курильщик потратит эту сумму на сигареты за 4—5 месяцев.

Курильщики должны внести задаток 150 долларов до того, как назначен прием. Остальная часть вносится в день приема. Один из авторов берет всю сумму заранее. До того, как был установлен такой порядок, многие пациенты не приходили на назначенный прием, часто даже не сообщив об отказе. Задаток является обязательством пациента прийти на прием. Мы говорим пациентам, принятым на лечение, чтобы они подумали об этом, и когда будут готовы принять на себя обязательство, прислали чек по почте.

Для менее платежеспособных пациентов у нас есть система скидок. Однако частью процесса социализации в нашем капиталистическом обществе является положение о том, что “вы ничего не получаете бесплатно”. Поэтому пациенты, которым предлагается бесплатное лечение, имеют очень низкие ожидания. По этой причине, а также для усиления мотивации, мы считаем важным, чтобы все пациенты, по крайней мере, какую-то часть платили из своего кармана.

## **Скрининг**

Поскольку наши методики в основном краткосрочные (одноразовый двух—трехчасовой прием для большинства курильщиков, в среднем от пяти до семи часовых сеансов для большинства пациентов с избыточным весом и от семи до десяти часовых сеансов для алкоголиков), во время телефонного разговора мы тщательно отсеиваем неподходящих для терапии пациентов. Хотя неудачи при терапии неизбежны, но они нам не нравятся и скрининг (отбор потенциальных пациентов) — хороший способ увеличить вероятность успеха. Мы отсеиваем около 20% людей, позвонивших нам, но во многих случаях предполагаем, что они опять обратятся впоследствии. Наш опыт показывает, что почти всегда позвонивший ценит нашу честность и профессионализм; многие из них звонят, когда появляются более подходящие для лечения условия.



Помните, что чем лучше вы проводите отбор, тем более успешными будут ваши результаты. И ничто не может лучше характеризовать вас как профессионала, чем бывший курильщик или стройный человек, который прежде страдал ожирением, или выздоровевший и трезвый бывший алкоголик. Не менее важно наше стремление сделать все возможное, чтобы не дать пациенту испытать еще одну неудачу.

Далее обсуждаются те параметры, которые, по нашему мнению, следует принимать во внимание при отборе. Поскольку процедура отбора включает сбор информации о человеке по телефону, мы всегда говорим позвонившему, чтобы он сообщил нам, если какие-либо данные хочет сохранить в тайне. Собранные данные используются не только для отбора кандидатов, но также и при планировании начальных терапевтических стратегий для принятых пациентов.

### ***1) Текущий жизненный стресс***

Сигареты, еду или алкоголь обычно используют, чтобы справиться со стрессом. Поэтому, если позвонивший недавно пережил или в настоящее время переживает экстраординарный стресс (например, смерть любимого человека, раздел или развод, смену места работы, экзамены в колледже), часто разумно предложить подождать, пока стресс уменьшится. Исключения могут составить случаи тяжелых алкоголиков или других пациентов с серьезными медицинскими показаниями. Очень часто пьянство вызывает многие проблемы, обостряет стресс, и пьяница находится в замкнутом круге, пока не бросит пить.

### ***2) Причины обращения за помощью в настоящий момент***

Мы часто спрашиваем позвонившего: “Почему сейчас? Почему не полгода назад? Почему не на будущий год?” Ответы на эти вопросы много говорят о мотивации собеседника. Мы также спрашиваем: “Настаивает ли кто-то на вашем лечении, подталкивает ли вас?” Остерегайтесь обращающихся за лечением в первую очередь для того, чтобы порадовать кого-то! Такие ситуации почти навер-

няка приводят к неудаче терапии. Из-за сопротивления, которое возникнет (помните, пассивное упрямство или необходимость в утверждении собственной независимости — распространенная выгода, получаемая от вредной привычки). Очень часто позвонивший говорит, что близкие или друзья беспокоятся, и это приемлемо, если мотивация потенциального пациента тоже высока. Кстати, мы не ожидаем, что пациент будет на 100% мотивирован расстаться с вредной привычкой. Если бы это было так, человек отказался бы от своей привычки по определению. Многие обратившиеся за помощью признаются, что они не полностью мотивированы или сознают какую-то свою “часть”, которая любит сигареты, сладкое или выпивку. Конечно, что это за “часть” человека, мы чаще всего узнаем во время специального сеанса гипнотерапии.

Очень часто позвонивший мотивирован искать помощи вследствие кризиса, связанного с вредной привычкой. Это может быть недавно поставленный медицинский диагноз (например, эмфизема, гипертония, болезнь печени) или психосоциальный кризис (например, агрессивное поведение, или происшествие на дороге в пьяном виде). Эти факторы, как правило, способствуют мотивации пациента. Действительно, наша клиническая стратегия временами включает “стимулирование кризиса” (например, жене советуют оставить мужа-алкоголика), чтобы создать мотив для изменений в поведении или для лечения. Остерегайтесь пациента, который обращается к терапии только из опасения, что могут написать письмо судье или нанимателю, и собирается бросить лечиться, как только ситуация разрядится! Помните, что вы не можете спасти всех. Прилагайте свою энергию там, где изменения возможны.

### ***3) Эмоциональные трудности в прошлом или настоящем***

Во время отбора мы оцениваем любые эмоциональные трудности в прошлом или настоящем. Эту информацию обычно можно получить, спросив потенциального пациента, не лечился ли он прежде и не лечится ли в настоящее время по поводу основных психических заболеваний. При этом мы стремимся отсеять людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями (например,

шизофренией и маниакально-депрессивным психозом) из-за высокой вероятности того, что они с помощью вредной привычки справляются с серьезным эмоциональным дистрессом (самотранквилизация).

Иногда мы принимаем пациентов, которые консультируются или проходят психотерапию у кого-то еще и рассматривают нашу терапию как корректирующее воздействие. Нередко обнаруживается, что другие проблемы исчезают или значительно отступают, когда такие пациенты используют свои внутренние силы и ресурсы для того, чтобы прекратить курить, переестать или злоупотреблять алкоголем. Принимая на лечение пациента, который одновременно консультируется у другого специалиста, мы просим пациента информировать об этом консультанта или терапевта и иногда сами сначала беседуем с терапевтом, чтобы получить полезные сведения.

#### ***4) История лечения, проводившегося в прошлом***

Марк Твен когда-то сказал: “Я очень хорошо умею бросать курить. Я это делал тысячу раз”. Твен имел бы очень низкие шансы попасть на терапию по поводу курения. Будьте осмотрительны относительно мотивации будущего пациента, который много раз бросал курить, сидел на диете или участвовал в антиалкогольной программе, особенно если эти попытки предпринимались недавно и период воздержания был недолгим. Эти пациенты потерпят очередную неудачу, стараясь занести вас и гипнотерапию в свой “перечень попыток”, состоящий из фамилий врачей, к которым он обращался за помощью, и терапевтических техник, которые перепробовал. Потом такие пациенты могут сказать себе и другим: “Я даже попробовал гипноз, и он тоже не помогает”.

С другой стороны, положительным признаком является недавняя попытка прекратить или изменить вредную привычку, которая поддерживалась довольно длительное время, особенно если пациент действовал без вмешательства или поддержки терапевта.

Во время нашего первого контакта с пациентом мы разъясняем, что гипноз не магия, но скорее эффективная клиническая процедура. Он лучше воздействует на таких людей, которые в состоянии выполнить часть работы самостоятельно, но по некоторым причинам просто не могут, по-видимому, преодолеть основные трудности. Мы рассказываем пациентам, что лучших результатов

добиваются люди, которые 80% работы могут сделать самостоятельно — например, те, кто может соблюдать диету в течение дня, но вечером, когда они смотрят телевизор, у них возникают проблемы, или курильщики, которые несколько раз бросали курить на неделю-другую, но затем уступали своим желаниям. Эти пациенты имеют шансы на успех. Если будущий пациент даже не пытался самостоятельно изменить свое поведение, прогноз плохой.

Если потенциальный пациент в прошлом потерпел неудачу при гипнотерапии, мы стараемся получить подробные сведения о примененной технике, чтобы в дальнейшем избегать подобных приемов. Мы охотнее принимаем таких пациентов, если применялся групповой гипноз или воздействия, основанные на внушениях, вызывающих отвращение, поскольку такой метод резко контрастирует с нашим стилем.

### ***5) Степень употребления алкогольных напитков курильщиками***

У многих курильщиков алкоголь является мощным якорем для курения. К тому же, использование алкоголя снижает торможение у людей, пытающихся бросить курить. Поэтому мы тщательно собираем данные относительно употребления алкоголя при опросе людей, обратившихся за помощью по поводу курения. Следует помнить, что на неконкретный вопрос последует неопределенный ответ (например, “в компании”, “иногда”). Мы спрашиваем позвонившего, когда он в последний раз пил алкогольные напитки и много ли, затем в предпоследний раз, затем перед этим и т.д. И как правило, отказываемся проводить терапию с курильщиками, которые много пьют, пока они не откажутся от пьянства. Кроме того, мы настаиваем, чтобы пациент, бросивший пить, вел трезвую жизнь, по крайней мере, в течение года, прежде чем проводить терапию по поводу других вредных привычек.

### ***6) Тяжесть привычки в настоящее время***

Вопросы, касающиеся тяжести проблемы в настоящий момент, мы задаем в основном обратившимся за помощью по поводу потери веса. Мы отказываем в терапии людям, имеющим избыточный вес менее 5 кг, по нескольким причинам. Во-первых, не хотим

подкреплять их неоправданную или навязчивую озабоченность своим весом. Во-вторых, вероятность успеха терапии у таких людей значительно ниже, чем у людей с большим избытком веса. Однако иногда мы предлагаем позвонившему, который кажется озабоченным своим весом, пройти терапию по поводу этой навязчивости. Последняя группа включает людей, чередующих кутежи и строгую диету, и тех, кто после обильной еды принимает слабительное (страдающие булимией).

Алкоголизм — сложное явление, которому трудно дать точное определение. Типология алкоголиков по Желлинеку, насчитывающая 5 типов, все еще иногда приводится\*, но многие люди, знакомые с этим явлением, согласятся, что в поведении алкоголиков имеются большие различия. Мы полагаем, что лучше всего определить алкоголизм как употребление спиртных напитков, которое пациент не может контролировать, даже если он пьет периодически, особенно если это вызвано сопутствующей дисфункцией или связано с ней. Дисфункция может быть физиологической (например, хронический гастрит или болезнь печени), психосоциальной (например, плохие межличностные отношения или проблемы на работе) или юридической (задержание в связи с вождением автомобиля в нетрезвом виде, дорожные происшествия).

К нам редко обращаются за помощью курильщики, которые курят меньше 15 сигарет в день. Обычно таким курильщикам мы предлагаем сделать попытку бросить курить самостоятельно. Если обратившийся к нам выкуривает четыре пачки сигарет в день или больше, мы часто предъявляем требование довести норму до двух пачек или меньше и тогда позвонить нам. Мы полагаем, что тяжелые курильщики с высокой мотивацией могут сделать это самостоятельно.

---

\*Пять типов алкоголизма по Желлинеку: альфа, бета, гамма, дельта и эpsilon. Альфа-алкоголики имеют психологическую, но не физиологическую зависимость от алкоголя. Бета-алкоголики страдают от недостаточности питания, связанной с употреблением алкоголя. Гамма-алкоголики (по мысли Желлинека, преобладающий тип в американском обществе) определяются феноменом потери контроля — они способны воздерживаться от выпивки при случае, но теряют контроль, если начали пить. Дельта-алкоголики — это алкоголики, которые поддерживают у себя стабильное состояние опьянения: постоянную концентрацию алкоголя в крови в течение дня. Наконец, эpsilon-алкоголики периодически выпивают, они подвержены непредсказуемым кутежам в конце дня, недели или месяца.

## ***7) Продолжительность привычки***

Поскольку огромное большинство курильщиков пристрастились к сигаретам еще подростками или когда им было двадцать с небольшим, эта характеристика коррелирует с возрастом. И, как это бывает с большинством привычек, чем дольше человек полагался на сигареты или чем он становился старше, тем труднее ему было расстаться с привычкой. У курильщиков старшего возраста противовесом фактору долговременности курения является угроза возникновения серьезных проблем, связанных со здоровьем, или их постоянное наличие (например, эмфизема или сердечно-сосудистые симптомы), что может создать у них существенную мотивацию к лечению. Учитывая это, при работе с пациентами старшего возраста мы обычно планируем больше сеансов, а не проводим, как в типичных случаях, одноразовую терапию.

Люди, у которых рано сложились плохие пищевые привычки и с детства наблюдался избыточный вес — чрезвычайно трудные пациенты. От терапевта обычно требуется большое мастерство и оказание поддержки таким пациентам, чтобы помочь им обращаться с собой и окружающим миром так, как это делают люди с нормальным весом. Эти пациенты, а также те, кто имел избыточный вес в подростковом возрасте или ранее, стремятся поддерживать свою схему тела, как у полного человека, даже если они худеют и выглядят более худыми или стройными, чем окружающие. Их искаженное восприятие снижает достаточно хорошо помогающее другим подкрепление, которым является потеря веса, и это может препятствовать прогрессу.

Длительная алкогольная зависимость, как правило, затрудняет терапию. Трудно с точностью определить, где кончается социальное или контролируемое употребление алкоголя и начинаются проблемы алкоголизма; поэтому часто бывает невозможно подсчитать, как долго длится алкогольная зависимость. Терапия пациентов, которые много лет без периодов трезвости и контролируемого приема алкоголя постоянно были тяжелыми алкоголиками, может быть чрезвычайно трудной, и рецидив вероятен. Однако следует помнить, что у большинства алкоголиков обычный путь выздоровления, подразумевающего длительное поддержание трезвости, включает в себя ряд рецидивов. Терапевт должен знать также о “телескопической” тенденции развития женского алкоголизма; то есть у многих женщин алкогольное поведение развивается гораздо

быстрее, чем у большинства мужчин, иногда за несколько, а не за много лет.

## **8) Другие данные**

Сюда включаются возраст, работа, семейное положение, наличие детей и данные о домашних условиях (включая наличие у них каких-либо вредных привычек). Такие данные обычно не столь полезны при отборе пациентов, как другие характеристики, описанные ранее. Однако данные этой категории иногда склоняют чашу весов в ту или иную сторону, когда решается вопрос, проводить с пациентом терапию или нет. Например, эти данные указывают на источники поддержки возможного пациента; вообще говоря, чем больше имеется ресурсов, тем выше вероятность успеха терапии. Алкоголик, у которого есть семья и работа, — лучший кандидат для терапии, чем одинокий безработный алкоголик. Администратор, находящийся на работе в состоянии сильного стресса, — худший кандидат для терапии по поводу курения, чем няня, работающая неполный день, беззаботная и вполне довольная своей жизнью.

## **Утилизация всех возможностей для потенциальной терапии**

В начальных главах мы представили читателю много различных способов эффективного общения с пациентами и благодаря этому повышения вероятности успеха терапии. Мы делаем все от нас зависящее для того, чтобы все наши коммуникации с пациентами были целенаправленными, с начала и до конца лечения. Как описано в главе 4, даже когда наши пациенты ожидают в приемной, мы ищем способы помочь им, например, разговаривая с кем-нибудь другим непосредственно или по телефону, чтобы они слышали разговор. После начальной терапии по поводу избыточного веса, проводя пациента до дверей, мы обращаем к нему шуточное, но бьющее в цель замечание: “Я ожидаю, что вас будет немого меньше, когда я вас увижу в следующий раз”. Мы даже используем автоответчик для генерирования позитивных потенциалов терапии, а один из нас недавно использовал сообщение: “Я толь-

ко что вернулся из отпуска, поэтому готов хорошо поработать с вами”.

Мощную форму коммуникации и важную обучающую стратегию представляет собой *моделирование*. Мы думаем, что неконгруэнтной коммуникацией и бедным моделированием станет наличие пепельниц в рабочем помещении любого врача. Конечно, это еще более нелепо, если вы занимаетесь терапией курильщиков. То же самое справедливо, если вы имеете излишек веса и помогаете худеть другим. Наша любимая поговорка: “Не следует затыкать дыры в чужом доме, если в своем крыша течет”. Мы понимаем, что это спорное утверждение, и больше всего возражений поступит от врачей с вредными привычками.

## **Характерные аспекты терапии**

### ***Курильщики***

Терапия большинства курильщиков проводится в течение одного двухчасового сеанса. В отличие от питания, которое необходимо, чтобы жить, курить не нужно никогда. После указания, что один сеанс гипноза может полностью устранить привычку, сила воздействия терапии возрастает из-за усилившихся ожиданий пациента. Поэтому мы обеспечиваем как можно больше позитивных ресурсов терапии до сеанса (по телефону и с помощью переписки), проводя этот единственный сеанс как очень важное для пациента событие. Мы делаем все возможное, чтобы помочь человеку *никогда* больше не курить. Несмотря на то, что нами предлагается модель терапии, проводимой за один сеанс, мы придерживаемся гибкого подхода. Иногда по медицинским показаниям проводим терапию в течение нескольких сеансов.

Когда пациент приходит на сеанс, мы обычно проводим некоторый ритуал прощания с сигаретами. Один из авторов просит в самом деле принести с собой “последнюю сигарету”, и пациенту предоставляется выбор: курить (это единственный случай, когда кому-то разрешается курить в кабинете) или выбросить ее. Другие авторы просто спрашивают у пациента, есть ли с собой сигареты, и, если есть, предлагают выбросить их.

Следующие 30—60 минут уделяются выяснению истории и других относящихся к делу данных. При этом затрагиваются вопро-



сы, большей частью те же самые или похожие на те, что были заданы во время процедуры отбора (они уже были описаны в этой главе), но более основательно. Мы всегда спрашиваем, как курение началось и в какой обстановке обычно извлекается пачка сигарет. Расспрашиваем о членах семьи, которые курили или курят сейчас, даже о дедушках и бабушках и о взаимоотношениях с ними. Спрашиваем о том, что тягостно, и о том, что смешно, и вообще делаем все возможное, чтобы лучше узнать пациента. В процессе сбора данных всеми способами подстраиваемся к пациенту и используем возможности для эффективной коммуникации. Например, можем спонтанно рассказывать истории (терапевтические метафоры), реагируя на то, что говорит пациент, и всегда упоминаем о курении пациента в прошедшем времени (например, “Расскажите, пожалуйста, о ситуациях, которые в прошлом побуждали вас курить”).

Собрав данные и подстроившись к пациенту, рассказываем пациенту о гипнозе и трансе (см. главу 1) и отвечаем на любые его вопросы на эту тему. Помните, что пациенты часто погружаются в транс, когда вы рассказываете о нем, и может оказаться полезным сказать им об этом вовремя.

После проведения разъяснений о гипнозе и трансе мы начинаем формальную работу. Часто просим пациента сесть на “транс-овый стул”; затем начинаем структурное наведение (например, просим считать числа на воображаемой грифельной доске, или пристально смотреть на что-либо и медленно смыкать веки, или представлять себе подъем в лифте этаж за этажом) в той форме, которая подходит пациенту по нашей клинической оценке. Например, человеку с плохим визуальным воображением больше подходит кинестетическое наведение, такое как воображаемый подъем в лифте, чем считывание чисел с воображаемой доски. Структурное наведение дает пациенту образец наведения для самогипноза в дальнейшем. Далее мы используем эриксоновское разговорное наведение (см. Erickson, Rossi and Rossi, 1976), чтобы углубить транс и обеспечить потенциалы для нового обучения. Дальнейшая терапия состоит из рефрейминга, якорения, визуализации, косвенных и прямых внушений. Наконец, формальный сеанс гипноза обычно заканчивается указаниями и внушениями использовать самогипноз и, если терапия проводится за один сеанс, — указанием позвонить через неделю, чтобы сказать, “как *хорошо* идут дела”.

## *Пациенты с избыточным весом*

Терапия этих пациентов занимает в среднем от пяти до семи одночасовых сеансов. Но первый сеанс продолжается иногда полтора часа. Как говорилось выше, курильщик может совершенно отказаться от курения и, конечно, быть более здоровым. Но поскольку каждый человек должен есть, пациенты с избыточным весом обычно нуждаются в поддержке во время становления более здоровых поведенческих паттернов. Второй сеанс с такими пациентами почти всегда проводится приблизительно через неделю после первого. Последующие сеансы проводятся еженедельно или с интервалом в две—три недели, в зависимости от необходимости пациента в структурировании и поддержке.

Иногда возникают значительные эмоциональные конфликты, связанные с потерей веса, и гипнотерапевты должны быть к этому готовы. Например, многие пациенты с избыточным весом боятся, что придется иметь дело с некоторыми интимными проблемами межличностных отношений, которые, как они думают, им больше угрожают, если они похудеют и станут более привлекательными физически. У некоторых пациентов с избыточным весом процесс рефрейминга может потребовать нескольких месяцев, когда они экспериментируют с альтернативами переяданию или тучности. Часто этот процесс требует информирования и поддержки со стороны терапевта.

Пациентам говорят заранее, чтобы они пришли на первый сеанс, соблюдая здоровую диету, “которая будет работать на вас”, и с планом упражнений для занятий по 30 минут или более в день три—пять раз в неделю. Наша практика показывает, что многие пациенты знают о диетах больше нашего. Они уже “пробовали” много разных диет и решили для себя, какие из них лучше. У каждого из авторов есть специалист по питанию, к которому он может направлять пациентов для консультации, но это случается редко. Медики в лечебных учреждениях и учебных заведениях, возможно, найдут нужным познакомиться с некоторыми диетами, чтобы предложить их пациентам.

Большая часть первого сеанса уходит на выяснение истории и других относящихся к делу данных пациента и на подстройку к нему. Затем мы спрашиваем о диете и комплексе упражнений, которые выбраны пациентом, и обязательно вносим в них необходимые коррективы. Настоятельно рекомендуем заниматься по

30—60 минут в день три—пять раз в неделю (иногда шесть раз в неделю). Количество занятий в неделю обычно определяется состоянием здоровья, возрастом пациента и нашей врачебной интуицией относительно того, насколько жесткая дисциплина будет полезна в терапевтическом отношении конкретному пациенту. Обычно мы также обсуждаем разумные основания для занятий упражнениями (например, помочь сжигать калории и противодействовать гомеостатической тенденции организма снизить обмен веществ, когда снижается поступление калорий).

Пациентам дается указание взвешиваться на одних и тех же весах *только один раз в неделю* (в некоторых случаях два раза в неделю) в один и тот же день недели. Это делается для предотвращения навязчивого взвешивания и последующего разочарования, когда нет снижения веса или когда он немного увеличивается вследствие метаболических изменений.

Если время позволяет, то на первом сеансе проводится разъяснение относительно гипноза и транса, и пациенту помогают испытать транс с использованием структурного наведения с последующим “разговорным шумом” и внушениями для самогипноза. Сеанс заканчивается договоренностью о соблюдении диеты, выполнении упражнений, ежедневном проведении самогипноза и определенном уровне потери веса к следующему занятию. Даже когда нет времени для гипнотической работы, заключается договоренность о диете, упражнениях и потере веса. Мы говорим пациентам, что они могут сбросить несколько килограммов самостоятельно “для начала”, прежде чем мы начнем проводить гипнотическую работу. Пациенты редко не соглашаются с нами. Обычно, проведя подстройку к этим пациентам, терапевт вначале создает большую часть структуры терапии, оставаясь относительно требовательным, но разумным в своих ожиданиях.

Второй сеанс проходит семь — десять дней спустя. На этот раз мы фиксируем прогресс пациентов и внушаем необходимые изменения диеты, упражнений или использования самогипноза. Терапия состоит из рефрейминга, якорения и другой гипнотической работы.

Дальнейшие терапевтические сеансы с этими пациентами посвящаются, главным образом, фиксации прогресса, прямого обсуждения имеющихся изменений в жизни пациента и проведения поддерживающей гипнотической коммуникации. Многие пациен-

ты с излишним весом, особенно в начале терапии, находят очень полезным получать постоянную поддержку и знать, что их должен проконтролировать терапевт. К концу курса терапии мы “отлучаем” пациентов, удлиняя интервалы между сеансами.

## *Алкоголики*

Когда имеются подтверждения существования физиологической зависимости от алкоголя, пациентам говорят, что они должны подвергнуться детоксикации, прежде чем мы приступим к гипнозу. Для этого обычно требуется место в стационаре. Первый сеанс гипноза проводится как можно скорее после проведения детоксикации, и пациентам говорится заранее, что целью терапии является поддержание трезвости.

Первый прием зачастую продолжается полтора часа. На первый сеанс вместе с пациентом приглашаются члены семьи и другие люди, живущие с ним под одной крышей. Сюда включаются также дети любого возраста, подростки, юноши и девушки. В начале сеанса каждый высказывает свое отношение к проблеме. Как правило, мы призываем всех оказывать поддержку пациенту и сотрудничать в процессе терапии. Иногда разворачивается дискуссия о той роли, которую могут (обычно бессознательно) играть присутствующие, содействуя алкогольному поведению. Например, мы можем указать на доказательство последовательного “спасения” алкоголика и на то, как такие паттерны могут фактически подкреплять алкогольное поведение. Очень часто другим людям, близким алкоголику, говорят, что решительный подход, вероятно, больше всего может помочь пациенту. Наконец, часто даются рекомендации членам семьи участвовать в программах поддержки и образования, таких как “Аланон” (для членов семьи алкоголика) “Алатин” (для детей алкоголиков). Далее на первом сеансе сообщаются некоторые сведения об алкоголизме, обычно внимание концентрируется на том, что трезвость является самой лучшей целью (в отличие от социально приемлемого или контролируемого употребления алкогольных напитков, которого большинство алкоголиков не могут придерживаться сколько-нибудь длительный период времени). Пациента просят дать каждому из присутствующих обязательство быть трезвым определенный период времени, предложенный тера-

певтом, обычно от трех месяцев до одного года. При этом прозрачно намекают, что в конце этого срока пациент может взять еще одно обязательство. Такие обязательства, конечно, очень похожи на цель Анонимных алкоголиков “день за днем”. Предлагаемый срок обязательства мы выбираем на основе ряда факторов, включая тип алкогольного поведения, который демонстрирует пациент (например, мы предлагаем более длительный срок обязательства пациенту, у которого пьяные эпизоды возникают один раз в несколько месяцев). Иногда время соблюдения обязательства трезвости может носить метафорический характер. Например, один автор недавно предложил девятимесячный срок обязательства трезвости, когда он узнал, что для алкоголика и его жены тонким, но значимым моментом было иметь или не иметь ребенка.

Когда терапия проводится наедине с пациентом, даются разъяснения по поводу гипноза и транса. После структурного наведения и последующего разговорного наведения, мы проводим рефрейминг, якорение, ряд гипнотических внушений и даем инструкции по самогипнозу. Часто нам приходится откладывать последующие сеансы с проведением рефрейминга и якорения. В большинстве случаев мы настоятельно рекомендуем пациентам посещать собрания общества Анонимных алкоголиков. Некоторых пациентов нужно уговаривать или дать твердое указание из-за нерешительности в отношении Анонимных алкоголиков: иногда с колеблющихся пациентов берется обязательство посетить, по крайней мере, три или четыре собрания Анонимных алкоголиков, чтобы на себе испытать, какое значение это может иметь для них. В центральных столичных районах в течение дня происходит много собраний Анонимных алкоголиков в разных местах и в разное время. Иногда пациенту больше нравится атмосфера в одних группах, чем в других. Пациенту бывает полезно посетить различные собрания, чтобы найти ту группу, в которой он лучше всего себя чувствует. Часто эти собрания являются здоровой альтернативой выпивкам или хождению по барам, потому что Анонимные алкоголики оказывают поддержку и составляют компанию, что помогает проводить время. Интересно, что Одиннадцатый Шаг\* “Двенадцати Шагов” Анонимных алкоголиков упоминает “медитацию”. Такая ориента-

---

\*Одиннадцатый Шаг Анонимных алкоголиков: “Стремилась путем молитвы и медитации углубить соприкосновение с Богом, как мы понимаем Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого”.

ция может помочь членам общества Анонимных алкоголиков при-  
нять гипноз и самогипноз в качестве терапевтических стратегий.

## **Самогипноз**

Практически всем нашим пациентам мы даем инструкции по проведению самогипноза и настоятельно рекомендуем проводить эти занятия с самого начала терапии. Много доводов в пользу самогипноза уже изложено в главе 5. Применение самогипноза дает возможность пациентам играть активную роль в своей собственной терапии и сохранении своего здоровья.

## **Рецидив симптомов**

Возврат к старой вредной привычке или поведенческим паттернам требует индивидуального подхода. Иногда лучшим подходом является оказание поддержки, и в таких случаях мы делаем все необходимое для усиления уверенности и мотивации пациента. Объяснение того, что рецидив или регрессия — распространенные явления во время роста, часто может устранить клеймо неудачи, а также помочь пациенту извлечь из рецидива уроки на будущее.

Конечно, некоторые пациенты требуют проявления большей твердости, если это является подстройкой к их личности или если имеются признаки того, что они не выполняют своих обязательств (например, игнорируют важные указания). В некоторых случаях нам приходилось прекращать терапию, когда было достаточно информации о том, что пациент продолжает не выполнять определенные обязательства.

Однако довольно часто рецидивы являются для терапевта сигналом о том, что он не заметил что-то важное. В таких случаях терапевту следует поискать (посредством рефрейминга) любые выгоды, которые не были учтены при создании альтернатив вредной привычке. Многие техники, ранее обсуждавшиеся в этой книге, представляют собой полезные стратегии для предотвращения рецидивов. К ним относятся самогипноз, постгипнотические внушения бессознательному о рефрейминге, когда это понадобится в будущем, и предписание рецидивов симптомов во время терапии и после нее.

## **Использование других ресурсов**

Мы придаем большое значение использованию всех ресурсов, которые могли бы способствовать успеху терапии. Близкие пациенту люди иногда приглашаются на сеансы, так что мы можем наблюдать, как они воспринимают ситуацию, и заручиться их поддержкой. Как уже упоминалось, мы направляем большинство пациентов-алкоголиков посетить собрания Анонимных алкоголиков и предлагаем аналогичные группы для членов семей. Мы также поддерживаем группы типа Анонимных толстяков и группы для бывших курильщиков, которые часто создаются местными отделениями Американского онкологического общества или Американского пульмонологического общества. Все эти группы подходят для оказания поддержки во время терапии и после нее.

В этой главе изложены структура и организация техник, которые мы обычно используем при гипнотерапии вредных привычек. Рассмотрены и некоторые другие характеристики, оказывающие влияние на результаты терапии. Для достижения успеха следует не только иметь соответствующие инструменты, но также знать, как, когда и при каких условиях ими пользоваться.

## 9. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Приведенные описания клинических случаев иллюстрируют многие техники гипнотерапии, обсуждавшиеся в этой книге. Это случаи из нашей собственной практики, они показывают типичную динамику и проблемы, возникающие при терапии вредных привычек. Чтобы передать ощущение подлинности, при описании использовалось первое лицо единственного числа.

### Кэрол — курение

Кэрол — замужняя женщина 54 лет, имевшая троих взрослых детей и двоих внуков. По ее описанию, ее брак был хорошим, но имевшим свои “подъемы и спады”. Муж Кэрол был занятой и сделавший успешную карьеру чиновник. Она утверждала, что в прежние годы было трудно приспособиться к тому, что он так много времени отдавал работе и что его “работоголизм” создавал напряжение в их браке. Однако, по ее словам, она привыкла к рабочему графику мужа и ценила положительные стороны своего замужества. Основными занятиями Кэрол были ведение домашнего хозяйства, в чем ей помогала служанка, и приобретение связей в обществе. Она принимала общих друзей и партнеров мужа по бизнесу.

Кэрол сказала, что ее муж никогда не курил и иногда “он пилит меня за сигареты, но я сама хочу бросить курить”. Мать Кэрол умерла в возрасте 66 лет от эмфиземы, а ее отец умер в возрасте 70 лет от сердечного приступа. Кэрол сообщила, что ее сестра 61 года недавно умерла от эмфиземы и это повторяется в ее семье. Она сказала также, что у нее недавно были обнаружены признаки начинающейся эмфиземы и врачи предупредили ее, что необходимо бросить курить, “иначе это меня убьет”. По ее словам, это было причиной обращения к нам за помощью.

Кэрол прямо заявила: “Есть какая-то часть внутри меня, которая любит сигареты, но в остальном я их ненавижу”. Когда я спро-



сил, что привлекает в сигаретах эту ее часть, она ответила: “Они мои друзья и компаньоны; они дают мне тепло и успокаивают”. Кэрол сказала, что ненавидит сигареты, потому что “они грязные, вредные для здоровья и дурно пахнут”. Она сказала определенно: “Я *должна* бросить курить”.

Кэрол начала курить в 16 лет. После окончания средней школы она два года занималась в “школе для девушек” до того, как познакомилась со своим будущим мужем. Кэрол полностью отказывалась от курения, когда была беременна вторым и третьим ребенком, и говорила, что во время первой беременности курила только время от времени. Еще дважды она прекращала курить на несколько недель, когда была больна и пыталась бросить курить.

Кэрол прошла терапию в течение одного двухчасового сеанса. На этапе сеанса, посвященном сбору данных, Кэрол была очень уравновешенна, четко формулировала свои мысли и казалась очень энергичной. Она была полна энтузиазма и сопровождала свою речь жестикомацией. За исключением начальных симптомов эмфиземы, Кэрол была здорова. Она не принимала никаких других лекарственных препаратов, а из алкогольных напитков пила только один или два коктейля на вечеринках, происходивших один раз в несколько недель, и один—два бокала вина за обедом один или два раза в неделю. Кэрол говорила, что много читала о гипнозе, проводила курс самогипноза и что очень верит в его эффективность. Она сказала, что никогда не была под гипнозом.

Когда я давал Кэрол разъяснения по поводу транса и гипноза, она прервала меня словами: “Я все время занимаюсь этим”. Тогда я спросил, что она имеет в виду, и Кэрол ответила, что поняла теперь, что в течение многих лет спонтанно входила в транс, сучая во время разговоров или других событий, которые происходили вокруг, и хотела “как-нибудь отключиться”. Я спросил, не хотела бы она это продемонстрировать, Кэрол согласилась, изменила позу и уставилась в пространство неподвижным взглядом. Очевидно, она была в трансе. Я заметил ей, что это поможет в нашей работе.

К тому времени, как Кэрол пересела на “трансый стул”, я чувствовал, что между нами установлена сильная подстройка друг к другу. Перед формальным наведением транса я сказал Кэрол, что хочу научить ее стратегии релаксации, которая будет полезна. Кэрол должна была нажимать своим большим пальцем на средний или указательный (Кэрол выбрала указательный палец), когда она

делала медленный глубокий вдох, а при выдохе быстро сбрасывала напряжение в кистях рук и предплечьях, возникшее при сжатии пальцев. Я спросил Кэрол, не может ли она придумать слово или фразу, которые могла бы сказать себе, делая выдох и “отпуская себя”, и которое было бы символом спокойствия и “отпускания”. Спустя несколько секунд Кэрол предложила слово “туман” и объяснила, что несколько раз в своей жизни попадала в туман и это было переживание покоя и тепла, нечто такое, о чем она иногда грезит наяву в спокойном состоянии. Я предложил Кэрол использовать упражнение с большим пальцем и дыханием в качестве стратегической техники переживания релаксации. (Эта техника использует принципы якорения, описанного в главе 3). После того, как Кэрол проделала упражнение с пальцем и дыханием несколько раз, я попросил ее войти в состояние транса, просто глядя в пространство, как она делала это много раз прежде. Я сказал, что ее глаза могут оставаться открытыми или закрытыми. Спустя короткое время Кэрол закрыла глаза. Я продолжал гипнотическую коммуникацию с ней, чтобы углубить транс и обеспечить потенциалы для терапии. Во время наведения я говорил о пляже и напомнил Кэрол о том, как, загорая, она всегда чувствовала тепло солнца и покой. Я внушил также, что она может “поинтересоваться другими чудесными здоровыми способами испытать ощущение тепла и покоя”. Цель при этом заключалась в том, чтобы подстроиться к Кэрол, используя ее же собственные слова, описывающие то, что ей нравится в курении, и таким образом напомнить ее собственный опыт переживания тепла и покоя естественным здоровым способом и внушить ей еще и другие пути для достижения того, в чем она нуждается.

Проводя начальный этап рефрейминга, я рассказал Кэрол метафорическую историю о моем сопротивлении при написании диссертации из-за того, что мой отец досаждал мне разговорами о ней. Целью этого была подстройка и устранение сопротивления, которое могло возникать вследствие “ворчания” мужа Кэрол по поводу курения. (Эта история приведена в главе 6. В истории, рассказанной Кэрол, вместо “матери” фигурировал “отец”, чтобы возникло большее сходство с описываемой ситуацией.) Когда я попросил Кэрол сознательно пережить ту ее часть, которая была ответственна за курение, она сообщила, что видит себя в своем воображении маленькой девочкой. Она сказала, что девочка плачет и сердится, потому что не может настоять на своем. Когда во

время рефрейминга мы обсуждали выгоды, я заметил, что были, вероятно, две важные и связанные между собой награды, получаемые от курения: “сигареты — ее друзья и компаньоны” и “тепло и покой”, когда бы она в них ни нуждалась. И снова для подстройки я использовал те же самые слова, которые Кэрол произносила раньше, и невербальные реакции пациентки (кивание головой) подтвердили, что для нее это были существенные выгоды. По моей просьбе она назвала и другие выгоды, получаемые от сигарет: 1) “чем-то заняты руки”, 2) “помогают мне чувствовать себя уравновешенно и под контролем, когда я нахожусь в присутствии других” и 3) “после обеда есть момент, когда нужно переключиться с еды на что-то другое и сделать перерыв” (поэтому она не полнела).

Кэрол заплакала, когда я заметил, что у нее имелись здоровые альтернативы сигаретам. Она призналась, что сильно огорчалась и порицала мужа за то, что он лишал ее внимания, отдавая время работе. Кэрол объяснила, что еще недавно муж значительно больше времени проводил с ней и “действительно был хорошим мужем, и я всегда была избалована”. Затем Кэрол почувствовала себя лучше и сообщила о том, что увидела вещи в новом свете и испытывает чувство принятия мужа. Она также решила больше полагаться на других людей: на детей, внуков и близких друзей, если почувствует потребность в “общении, тепле или покое”.

При моем внушении Кэрол решила использовать технику релаксации с помощью сжатия и расслабления пальцев в качестве альтернативы курению, при которой руки были заняты и возникало чувство уравновешенности в социальных ситуациях. Чтобы чем-то занять руки, она решила вязать, чем когда-то занималась. Кэрол поняла, что техника сжатия и расслабления пальцев и/или вязание также станут хорошей альтернативой курению, помогающей переключаться с еды на релаксацию или что-то другое.

После того, как ее альтернативные паттерны прошли проверку и оказались приемлемыми, я попросил Кэрол вспомнить переживание, испытанное ею когда-либо в жизни, когда она чувствовала себя очень сильной, уравновешенной, энергичной и владеющей ситуацией. Когда она воспроизвела это воспоминание, я установил якорь на соответствующих внутренних кинестетических переживаниях, сильно сжав ее левую руку. Для подстройки к будущему Кэрол этот якорь был приведен в действие (см. главу 3), когда я попросил ее представить дальнейшие события: возвращение домой после сеанса терапии, завершение обеда, ее завтрашний ут-

ренный кофе, вечер, который она проведет дома одна в то время, как ее муж будет работать допоздна, и ее выход на вечеринку с коктейлями.

После проведения рефрейминга Кэрол и “все части ее психики” получили благодарность за то, что она хорошо поработала, и я продолжил гипнотическую коммуникацию. Я рассказал Кэрол, как недавно случайно встретил свою приятельницу Карен (это имя было выбрано намеренно из-за его сходства с именем пациентки), которая поведала мне о своей проблеме. Затем я рассказал историю о подруге, имевшей сложности с мужчинами, желавшими заниматься с ней сексом. (Эта метафорическая история изложена в главе 4.) Далее последовала такая метафорическая коммуникация.

“Знаете, Кэрол, я часто смотрю в окно и наблюдаю, что происходит на улице. Сегодня утром я видел женщину, гулявшую с тремя совсем маленькими детьми. *(Это была подстройка к пациентке, имевшей троих детей.)* Я увидел, что женщина сошла с тротуара, чтобы поздороваться с кем-то, и дети тоже тогда сошли с тротуара в сточную канаву и начали играть с находившимися там отбросами и грязью. Я слышал, как мать пронзительно закричала: *“Не делайте этого (встроенное внушение); это грязь и плохо пахнет, играть этим вредно, вы должны уйти с мостовой!”* *(Эти слова описывают, что испытывает некая часть психики пациентки по отношению к сигаретам, и поэтому является подстройкой к ней.)* Я видел, что мать привела ребятишек на тротуар в безопасное для них место, несмотря на то, что они кричали, выражая протест, и явно чувствовали, что их лишили чего-то *(это слово употребила пациентка, описывая чувства, которые иногда переживает некоторая ее часть)*. Знаете, могу поспорить, что эти дети на самом деле каким-то образом понимали, что мать заботится о них”.

Далее я рассказал Кэрол, как часто друг или приятель, в течение долгого времени дававший тепло и покой (слова, которые употребляла Кэрол по отношению к сигаретам), на самом деле вносит в нашу жизнь что-то нездоровое и оказывает плохое влияние (см. в главе 4 историю о “друге-враге”). Я продолжал словами о том, как грустно может быть *“распрощаться с этим замаскирован-*

ным врагом, Кэрол” (*встроенное внушение*) и высказал предположение, что у Кэрол, вероятно, имелся подобный опыт в жизни. (*Кэрол кивнула утвердительно.*)

Наконец, я внушил пациентке, чтобы она занималась самогипнозом каждый день по 10 минут или дольше в течение 30 дней и далее по крайней мере три-четыре раза в неделю. Я внушил также, чтобы она использовала сжатие и расслабление пальцев и дыхание каждый день 10 или более раз и пользовалась этим, когда понадобится. Вот запись этой коммуникации.

“Кэрол, я хотел бы предложить вам в течение следующих 30 дней ежедневно по крайней мере 10 минут сидеть и заниматься упражнением с пальцами и дыханием и затем отпускать себя и входить в транс. Находитесь в транс 10 минут или дольше. Транс будет сигналом вашему бессознательному оказывать вам помощь всей его мощью и всеми его ресурсами. Я хочу также предложить вам заниматься этим минимум 10 раз ежедневно в течение месяца и всегда, когда понадобится, использовать эту технику с пальцами и дыханием. Кэрол, ваше бессознательное располагает всеми средствами, которые вам понадобятся. В нем есть все средства, которые *включают, Кэрол, то, что хорошо для вас (встроенное внушение, использующее язык для подстройки к пациентке), и которые выключают то, что вам не нужно знать или слышать (встроенное внушение)*. Ваша бессознательная психика знает так много — все, что вы видели, слышали или ощущали за всю свою жизнь. В ней имеется все то, что нужно объединить, чтобы найти какие-то новые способы восприятия или переживания, которые помогут вам решить свою проблему (*это по сути описание процесса рефрейминга*)”.

После нескольких внушений, способствующих гипнотической амнезии (чтобы Кэрол не помнила и поэтому не анализировала, что могло бы создать сопротивление проделанной работе), Кэрол по моему внушению вышла из транс и вновь сориентировалась в окружающей обстановке.

По моей просьбе Кэрол позвонила мне через неделю и сказала, что ее дела идут хорошо. Также по моей просьбе она позвони-

ла еще через месяц и сообщила, что не курит и что ее отношения с мужем лучше, чем были в последние годы, что она регулярно использует самогипноз и технику с пальцами и дыханием.

## **Молли — избыточный вес**

Молли, разведенная женщина 34 лет, обратилась за помощью по поводу проблем с избыточным весом. Она считала, что имеет около 10 кг лишнего веса, большая часть которого была приобретена в последние 3 года. Помимо очевидных проблем со здоровьем, возникающих при избыточном весе, Молли имела еще профессиональную проблему, так как была телеведущей программ новостей и ток-шоу местной телекомпании. Она справедливо считала, что привлекательная внешность важна в ее работе.

Исследуя историю ее семьи, мы выяснили, что мать Молли значительно прибавила в весе в середине четвертого десятка и оставалась полной до конца жизни. В возрасте 58 лет она перенесла тяжелый инсульт и умерла в 61 год, за два года до обращения Молли к нам за помощью. У отца Молли, за исключением эмфиземы из-за курения, было хорошее здоровье. Ее единственная сестра, моложе ее, не имела серьезных проблем со здоровьем, о которых знала бы Молли, и не страдала от избыточного веса.

Первый сеанс был посвящен сбору данных и обсуждению с Молли гипноза и транса. Молли была здорова, пять лет назад перенесла незначительную хирургическую операцию. До 30 лет она могла, прилагая незначительные усилия, поддерживать свой вес так, чтобы оставаться умеренно стройной. Но за предшествовавшие три-четыре года (и особенно в течение последнего года) сильно прибавила в весе.

Молли вышла замуж в 27 лет за друга детства, а спустя три года они развелись. Молли сообщила, что развод был “не моя идея”, он оказался “для меня травмой” и что она не собирается когда-либо выходить замуж еще раз.

В город, где жила в настоящее время, Молли переехала около трех лет назад, получив там работу. Город ей нравился, и у нее было там несколько хороших приятелей, как мужчин, так и женщин, но после своего развода Молли ни с кем не заводила серьезных отношений.

Молли жаловалась, что она могла успешно справляться с собой в течение всего дня, чтобы не переедать, но вечером у телевизора она испытывала в этом отношении значительные трудности. Выходные дни также представляли для нее проблему. Утверждала, что слово “упражнение” звучит непристойно, ее самое большое возражение состояло в том, что “это наводит на меня скуку”.

После сбора данных остаток сеанса мы посвятили разъяснениям по поводу гипноза. Молли была введена в курс дела подобно тому, как это было сделано в примере, приведенном в конце главы 1. Тогда же Молли сказали, что предполагается, что она будет терять не более одного — полутора килограммов за неделю. Ей объяснили, что цель терапии — планомерная потеря веса, которая вызывается регулированием обмена веществ и изменениями ее пищевых привычек и нагрузки, связанной с физическими упражнениями.

Второй терапевтический прием состоялся на той же неделе и был посвящен началу гипнотической работы. (Часто первые два сеанса объединяются в один сдвоенный сеанс; но в данном случае занятость и пациентки, и терапевта помешали этому.) В начале второго сеанса психотерапевт спросил Молли, нет ли у нее вопросов относительно того, что обсуждалось в прошлый раз. Пациентка ответила, что вопросов нет, но она испытывает беспокойство по поводу начала гипнотерапии.

Молли попросили сесть поудобнее. Затем наведение транса началось с того, что Молли сделала несколько глубоких вдохов и потом сосредоточила внимание на различных частях своего тела, представляя себе, как эти части ощущаются на вдохе и на выдохе. Далее ей было дано обычное указание представить себе классную доску и появляющиеся на ней числа от ста до нуля и громко называть их, начиная с сотни и кончая нулем. Пока Молли делала это, терапевт был занят разговорным наведением. Когда она назвала ноль, ей было дано указание представить себе, что она находится в своем любимом месте, и углубить это переживание, используя все сенсорные каналы. Затем Молли сказали, что от нее требуется только продолжать воссоздавать в воображении свое любимое место и получать от этого удовольствие в то время, как терапевт говорит с ней.

Затем я рассказал длинный неторопливо разворачивающийся вариант истории катания на машинках в аттракционе (глава 4) в качестве метода углубления транса, повторяя при этом встроенное

внушение “отпустить себя”. Затем я выдал Молли набор заблаговременно подобранных сообщений, содержавших внушение, что в ее жизни было много ситуаций, в которых она сталкивалась с задачами, казавшимися трудными и почти невыполнимыми, и однако она справлялась с ними так легко, что сейчас не помнит, что когда-то они были столь трудны. Так было, когда Молли училась ходить, учила алфавит или впервые предстала перед телекамерой и т.д. Потом ей была рассказана история о приятельнице (в данном случае под именем Марион), которая научилась говорить “нет” в ответ на сексуальные притязания и начала лучше ощущать свое “Я” (см. главу 4). Сеанс закончился установлением якоря при ассоциации сжатия ее правого плеча с ощущением собственной силы и владения ситуацией (см. главу 3).

После выхода из транса был задан вопрос: “Молли, как вам кажется, сколько времени прошло с того момента, как вы впервые закрыли глаза, до настоящего времени?” Молли подумала минутку и сказала: “Десять минут, самое большее минут пятнадцать, но вероятно, минут 10”. Я ответил: “Вас удивит, если вы узнаете, что прошло около 45 минут?” Она удивилась, и я объяснил ей, что искажение восприятия времени — распространенное явление при трансе. Я объяснил это единственной причиной: транс часто кажется похожим на самое заурядное переживание, и Молли могла думать, что в самом деле на этом сеансе ничего не произошло. Действительно, я хотел, чтобы она знала, что является очень хорошим *гипнабельным субъектом* и достигла необычайно многого для первого раза. Я хотел, чтобы Молли знала, что произошло нечто необычное. Она выглядела озадаченной и, несмотря на это, немало обрадованной, когда я подтвердил, что она пережила состояние транса. Молли было дано указание начать соблюдать диету, которая была разработана для нее ранее, и взвешиваться только один раз в неделю, утром в день терапевтического сеанса.

Третий сеанс был проведен неделю спустя. Молли похудела на 2 кг и очень хорошо себя чувствовала. Она получила предостережение, что следует убедиться в том, что ее диета легко ею переносится и не является для нее лишением. Затем несколько минут было отдано обсуждению физических упражнений, выполнение которых, как я объяснил, является решающим для успешного снижения веса. Поскольку пациентка сказала, что не возражала против упражнений за исключением того, что очень скучно тратить на них время, ей было предложено приобрести тренажер-ве-



лосипед, поставить его у себя в комнате и, занимаясь на нем, смотреть телевизионные программы или слушать музыку. Молли одобрила эту мысль и согласилась достать тренажер и выполнять упражнения.

Гипнотическая работа началась с повторения такого же наведения, как на предыдущем сеансе. Многое на этом сеансе было напоминанием того, что уже говорилось в прошлый раз. Были также применены прямые внушения того, что Молли будет переживать положительные чувства относительно себя самой, если будет продолжать напрягать свою волю все больше и больше. Затем ее попросили представить в своем воображении, как в те периоды времени в прошлом, когда Молли испытывала большие трудности, вечером или в выходной день она идет в кухню за едой, которая ей не нужна. Когда Молли подала знак в подтверждение того, что она представила себе эту ситуацию, ей велели сказать себе: “Нет, мне это не нужно!” В тот момент, когда Молли произносила это, был приведен в действие якорь силы сжатием ее правого плеча, ассоциирующий ощущение силы с утверждением: “Нет, мне это не нужно!”

К началу четвертого сеанса Молли потеряла 5 кг и испытывала положительные переживания в связи с этим, но начала сомневаться в том, что сможет удержать вес. Она говорила о том, что на этой неделе испытывала более сильные искушения, чем в течение двух прошедших недель, “нарушить диету и наестся вволю”.

Этот сеанс был запланирован двухчасовым для проведения рефрейминга. Были выполнены шаги рефрейминга, описанные в главе 6. При этом выяснилось, что Молли имела две важнейших побочных выгоды от продолжения переедания и сохранения избыточного веса, а именно: 1) избегала мужчин, которых опасалась после развода, и 2) уменьшала переживаемый стресс, особенно в периоды напряженной работы. Были найдены следующие альтернативные поведенческие паттерны. Молли, получившая инструкции по самогипнозу после третьего сеанса, должна была заниматься самогипнозом не только вечерами, но и во время обеденного перерыва по рабочим дням. В это время, проработав все утро и проведя дневной выпуск новостей, она испытывала сильную усталость, однако ей предстояла еще трудная подготовка материала для вечернего выпуска и программ следующего дня. Молли согласилась с тем, что вне зависимости от занятости, должна уделять 20 минут себе и ежедневно заниматься самогипнозом.

Что касается взаимоотношений с мужчинами, были выработаны две альтернативы. Одна из них основывалась на представлении, которое Молли стала осознавать во время транса, состоящем в том, что даже имея идеальную фигуру, она все же могла отказывать сексуальным притязаниям мужчин. Молли поняла, что ей необязательно сохранять лишний вес, чтобы держать мужчин на расстоянии. Она считала себя независимой женщиной и поняла, что еще один способ утверждать свою независимость состоит в сознательном решении говорить “нет”, а не в том, чтобы отказывать, прячась за непривлекательной внешностью. Более важно то, что Молли поняла, что не хочет в действительности всегда говорить “нет” и что ей нужно работать над некоторыми своими проблемами, связанными с разводом и возникшими после него отрицательными чувствами, направленными на всех мужчин вообще. Мы договорились о визитах для проведения традиционной психотерапии в форме бесед, чтобы работать над этими проблемами так долго, как это потребуется. И по этой причине также Молли решила значительно больше заниматься самогипнозом, чтобы уменьшать стресс (она находила, что во всяком случае это приятно), и собиралась пока что отказываться от секса, намереваясь с помощью психотерапии работать над своими проблемами, связанными с сексом.

Я принял Молли семь раз в течение следующих десяти недель. Большая часть этих сеансов была уделена традиционно ориентированной терапии по оказанию помощи в решении ее проблем, явившихся последствиями развода. Молли могла поощрять более тесное сближение с некоторыми мужчинами, которых она прежде держала на расстоянии, хотя они ей нравились. В этот период четырежды половина сеанса уделялась гипнотической работе в четырех вариантах с использованием якорения при некоторых прямых и косвенных внушениях. Они подавались как усиливающие меры. За это время Молли смогла похудеть на 9 кг и в течение следующих трех месяцев оказалась в состоянии стабилизировать это снижение веса и сбросить еще 2 кг самостоятельно. Молли занималась самогипнозом три раза в неделю по вечерам и четыре раза в неделю днем, регулярно делала упражнения, встречалась с мужчинами, в общем, наслаждалась жизнью.

Этот случай является примером нередко встречающейся ситуации, когда человек обращается за помощью, чтобы провести гипнотерапию в связи с вредной привычкой, но в процессе терапии

обнаруживаются некоторые проблемы, с которыми следует работать более традиционными психотерапевтическими методами. Мы подчеркиваем снова и снова, что специалисты, работающие в этой области, должны быть обучены методам психотерапии. Специалист, познания которого ограничены гипнозом, не способен адекватно заниматься возникающими проблемами.

## **Тим — алкоголизм**

Тим был видный мужчина 33 лет, он жил с молодой женщиной по имени Мэри и их маленьким сыном Джозефом. Тим закончил два курса колледжа и был преуспевающим владельцем химчистки. Три года назад он разъехался с Эллиен после восьми лет брака. Тим утверждал, что хотя они с Эллиен эмоционально были очень близки, они были несовместимы и много спорили друг с другом. Еще живя с Эллиен, Тим познакомился с Мэри и после того, как их связь продолжалась в течение года, разъехался с женой. Однако он все еще иногда виделся с ней, но без ведома Мэри.

Тим позвонил, чтобы записаться на прием, и сказал, что нуждается в лечении под гипнозом по поводу межличностных проблем и для того, чтобы “привести в порядок мою жизнь”. Он отказался прийти с кем-либо еще, женой или подругой, чтобы вместе проходить психотерапию. Тим был очень смущен и расстроен из-за двух женщин в его жизни и ребенка. Жена требовала, чтобы он к ней вернулся. Его подруга настаивала, чтобы он получил развод и женился на ней. Тим говорил, что хочет быть ближе к своему сыну, но не может, пока не знает, что будет дальше. Тим чувствовал себя очень расстроенным, виноватым и был встревожен своим положением.

Тим сообщил, что выпивает в день от 4 до 12 пинт пива, а иногда больше и все меньше времени уделяет своему делу. Тим сказал, что пьет пиво с подросткового возраста. Он соглашался с тем, что пьет много, но возражал против того, чтобы его называли алкоголиком, так как никогда прежде не лечился от алкоголизма или по поводу психических расстройств.

На первом сеансе я выслушал историю жизни Тима и затратил время на подстройку к нему. Я чувствовал тошнотворный запах перегара и предупредил, что деньги за прием возьму, но не стану принимать его, если когда-либо перед сеансом замечу признаки употребления им алкоголя. Я сказал, что помогу навести порядок

в его жизни, но сначала Тим должен прекратить пить и вести трезвую жизнь. Я говорил о том, что часто можно наблюдать, как люди гораздо эффективнее справляются со своими проблемами, когда бросают пить. Тим признал, что он устранялся от решения своих проблем и “топил свое горе в пиве”. Он утверждал, что много раз прежде прекращал пить и настаивал, что мог бы сделать это снова самостоятельно. Тим согласился принять обязательство вести трезвую жизнь в течение шести месяцев.

Когда я попросил Тима назвать некоторые запущенные им дела, он упомянул ведение отчетности своего предприятия. Поэтому в конце первого сеанса я дал ему указание навести порядок в деловой документации к нашей следующей встрече. Конечно, это было метафорическое указание, относящееся к жизни Тима.

На втором сеансе, состоявшемся через неделю, Тим сообщил, что он был трезвым с нашего первого сеанса и навел порядок у себя на работе. В связи с этим он испытывал положительные чувства и более оптимистично смотрел на перспективы решения проблем в своей жизни. Тим также сказал, что думал о разговоре, который состоялся у нас неделю назад, и пришел к решению, что он, вероятно, все же алкоголик. Тогда я попросил Тима посетить на следующей неделе два собрания Анонимных алкоголиков в различных местах и с разными участниками, и он нехотя на это согласился. Тим объяснил, что он гордится тем, что самостоятелен в своих делах и что обращение ко мне за помощью весьма необычно для него.

На втором сеансе я давал Тиму объяснения о гипнозе и трансе и ввел его в состояние транса с помощью структурированного наведения (воображаемый спуск в лифте с десятого этажа на первый и выход из него в его “любимое место”), сопровождаемого “разговорным шумом”. Когда Тим находился в трансе, я дал ему прямое внушение заниматься самогипнозом дважды в день, используя для наведения воображаемый лифт. С помощью косвенной техники я установил терапевтические потенциалы (чтобы помочь Тиму прийти к решениям в его личной жизни), говоря о рынке ценных бумаг (чем Тим интересовался, и поэтому это было подстройкой к нему) и как иногда бывает важно “держать” акцию, а иногда важно “отпустить” ее и вложить средства во что-нибудь другое, и что часто такое решение принять трудно.

Третий сеанс состоялся через десять дней. Тим сообщил, что, хотя ему очень хотелось выпить, он соблюдал трезвость, регулярно с успехом входил в состояние транса и посещал собрания

Анонимных алкоголиков. Однако Тим выражал недовольство этими собраниями и настаивал на том, что он может самостоятельно вести трезвую жизнь. На этом сеансе я начал проводить рефрейминг (см. главу 6), который был завершен на четвертом сеансе неделю спустя. Тим стал осознавать, что часть его бессознательной психики, ответственная за выпивки, “испытывала страх стать взрослым и взять на себя всю ответственность в связи с этим” и “просто хотела, чтобы он приятно провел время”. Основная выгода, получаемая от выпивки, состояла в самоуспокоении чувств неудобства и вины, которые Тим испытывал перед женой и подругой, и в избегании ответственности, которая была связана с принятием решения относительно его личной жизни. В качестве альтернативы Тим решил продолжать заниматься самогипнозом, чтобы успокаивать себя и принять необходимое решение относительно личной жизни. Во время рефрейминга я утилизировал якорь силы, чтобы помочь Тиму говорить “нет” алкоголю в соответствующих будущих ситуациях (например, во время ланча, после работы, во время просмотра футбольного матча по телевизору).

На пятом сеансе, состоявшемся через две недели, Тим сказал мне, что все еще соблюдает трезвость, регулярно занимается самогипнозом и проводит целый день на работе, занимаясь делами. Он сказал, что обнаружил способность спонтанно погружаться в транс, и поэтому не нуждается в наведении, представляя спуск в лифте. На этом сеансе Тим также информировал меня, что решил развестись со своей женой Эллен. Он сказал, что любит Мэри, проводит больше времени с Джозефом и чувствует свою близость с ним и хотел бы продолжать так жить. Тим сказал, что очень беспокоится из-за разговора с Эллен и просит моей помощи. Во время транса я попросил его представить себе разговор с Эллен и тогда привел в действие якорь силы (см. главу 3), который был установлен раньше. Через несколько дней Тим сказал Эллен о своем решении.

Шестой сеанс, состоявшийся двумя неделями позже, не содержал заметных событий. На седьмом сеансе, проводившемся спустя еще две недели, Тим с раскаянием сообщил мне, что выпил в прошедший уик-энд. Он рассказал, что в пятницу к нему на работу зашел старый приятель и предложил выпить немного пива. Тим объяснил, что хотел вознаградить себя за свои успехи и доказать себе, что он может выпить две-три пинты пива и остановиться на этом. Вместо этого Тим выпил 15 пинт и пришел домой в три часа ночи. На следующий день он чувствовал себя очень ви-

новатым, и Мэри была расстроена тем, что он напился и пришел домой так поздно. Тим поступил в этой ситуации, как он обычно это делал, то есть напился снова и в следующий вечер. Мы вместе обсудили все эти события с точки зрения того, какой урок для себя Тим мог бы извлечь из происшедшего. Часть нашего обсуждения заключалась в объяснении Тиму, что его пьянство в уик-энд служит примером явления “потери контроля”, часто проявляющимся при алкоголизме. В результате своего рецидива Тим выразил более искреннее убеждение, что он в самом деле алкоголик и нуждается в отказе от спиртного.

Оглядываясь назад, я понял, что мне следовало настроиться, так как терапия Тима проходила “слишком гладко” и что я, *возможно*, мог каким-то способом помешать возникновению рецидива. Я, вероятно, был в состоянии использовать некоторые техники косвенного воздействия, описанные в главе 4. Например, я мог упомянуть губительные результаты, которые возникали, когда другие пациенты, имевшие удовлетворительный прогноз, начинали думать, что они могли пить, сохраняя контроль за этим.

По моей просьбе Тим согласился привести свою подругу Мэри на следующий сеанс. Он также согласился снова посещать собрания Анонимных алкоголиков. Я сказал, что его активное участие во встречах Анонимных алкоголиков помогло бы мне быть более спокойным за него, когда мы с ним будем реже встречаться, а также после завершения терапии.

На восьмой сеанс, через девять дней, Тим пришел вместе с Мэри и сообщил, что посетил три собрания Анонимных алкоголиков. Он также заявил, что более спокойно относится к активному участию в этой деятельности. Тим, Мэри и я обсуждали их взаимоотношения и алкоголизм Тима. Много внимания было уделено тому, как каждый из них мог бы лучшим образом вести себя в ситуации, когда несколько недель назад Тим напился. Я предложил Мэри, чтобы она участвовала в собраниях членов семей алкоголиков, и получил согласие.

На девятом сеансе, через две недели, Тим и я обсуждали, что произошло в его жизни, и занимались гипнотической работой. В общем, работа была направлена на усиление позитивных результатов, достигнутых Тимом, и на внушение еще большей силы и большего контроля. Тим вел трезвую жизнь после своего рецидива, регулярно проводил самогипноз и посещал в среднем три собрания Анонимных алкоголиков каждую неделю. Мэри посещала

одно собрание членов семей алкоголиков в неделю, и они с Тимом хорошо ладили между собой.

Через две недели, на десятом сеансе, Тим сказал мне, что Мэри спрашивает, когда они поженятся. Тим предложил — через шесть месяцев, и она согласилась. Но когда я спросил его об основаниях для шестимесячного ожидания, Тим не смог ничего объяснить, и было ясно, что это отражало его тенденцию избегать принятия ответственности. По собственной инициативе Тим решил удивить Мэри своим новым решением жениться скорее, и это событие произошло через три недели.

Я продолжал видеть Тима, постоянно увеличивая интервалы между приемами, пока, наконец, терапия не завершилась на четырнадцатом сеансе. Хотя Мэри прекратила посещать собрания членов семей алкоголиков, Тим продолжал активно участвовать в собраниях Анонимных алкоголиков. Часть последнего сеанса была посвящена гипнотической работе, во время которой я поблагодарил Тима и особенно его бессознательную психику и провел внушение для продолжения его роста. Вот запись части этой коммуникации.

“Тим, я знаю, что вам не нужны мои благодарности, но я хочу поблагодарить вас и все части вашей психики, особенно вашу бессознательную психику, за коммуникацию и за все хорошее, что вы сделали для себя самого. Все, что вы пережили здесь, останется в вашей бессознательной психике, даже если ваша сознательная психика сможет это забыть. Когда бы это вам ни потребовалось, ваша бессознательная психика напомнит сознательной все, что является важным. Я хотел бы сказать, что вы можете научиться гораздо большему, чем понимает ваше сознание, и все, чему вы научились, будет помогать вам в дальнейшем. Вам, возможно, было бы интересно узнать, как много полезного и какими разными путями вы приобрели”.

Через полгода после окончания терапии я получил от Тима сообщение, что он отметил годовщину с момента, как бросил пить. Он активно участвовал в деятельности общества Анонимных алкоголиков, открыл еще один пункт химчистки, и они с Мэри ожидали рождения второго ребенка.

## 10. ИСТИНА

В главе 1 мы заявили, что не знаем никакой другой истины, кроме наших собственных реальностей. Возможно, это утверждение было одной из наших хорошо известных “терапевтических выдумок”.

Поскольку вы прочитали уже так много, вам, может быть, интересно, что у авторов в общей сложности имеется четверо биологических детей, еще четверо детей наших жен, и мы не ограничимся этим. Будучи отцами, мы хотим знать некие истины, чтобы преподать их своим детям. Вот пять таких истин, приобретенных нами в жизни!

Если сомневаешься, иди вперед.

Будь упорным и не ленись.

Если у тебя что-то чешется, почесись!

Ты никогда не будешь слишком стар для того, чтобы сидеть на коленях у своего отца.

Никогда не заканчивай писать книгу в полнолуние.

Вы, может быть, сомневаетесь, считаем ли мы действительно эти истины жизненно важными. Сомневайтесь!



## ЛИТЕРАТУРА

- Araoz, D. (1982). *Hypnosis and sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bach, R. (1977). *Illusions*. New York: Dell.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic* (Vol. 1). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Frogs into princes*. Moab, UT: Real People Press.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Re framing: Neuro-Unguistic programming and the transformation of meaning*. Moab, UT: Real People Press.
- Bandler, R., Grinder, J., & Satir, V. (1976). *Changing with families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Barber, J. (1980). Hypnosis and the un hypnotizable. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23 (1).
- Barber, J., & Adrian, C. (Eds.) (1982). *Psychological approaches to the management of pain*. New York: Brunner/Mazel.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- Bettelheim, B. (1975). *The uses of enchantment*. New York: Random House.
- Cameron-Bandler, L. (1978). *They lived happily ever after*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization.— From, badness to sickness*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Dilts, R., Grinder, J Bandler, R., Bandler, L., & DeLozier, J. (1980). *Neuro-linguistic programming: The study of the structure of subjectiue experience* (Vol. 1). Cupertino, CA: Meta Publications.
- Erickson, M. H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (4 vols.). Ernest L. Rossi (Ed.). New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (1983). *Healing in hypnosis*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H Hershman, S., & Sectar, 1. (1981). *The practical application of medical and dental hypnosis*. Chicago: Seminars of Hypnosis.
- Erickson, M. H & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1980). *Experiencing hypnosis*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L & Rossi, S. 1. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington.

- Farrelly, F & Brandsma, J. (1974). *Provocative therapy*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fromm, E., & Shor, R. (1979). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine.
- Gardner, G., & Oiness, K. (1981). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York: Grune and Stratton.
- Gilman, A. G., Goodman, L., & Gilman, A. (Eds.) (1980). *Goodman and Oilman's thepharmacological basis of therapeutics* (6th ed.). New York: Macmillan.
- Goodheart, R. & Shils, M. (1980). *Modem nutrition in health and disease* (6th ed.). Philadelphia: Lea and Ferbiger.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic metaphors*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Gordon, D., & Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1981). *Trance-formations: Neurolinguistic programming and the structure of hypnosis*. Moab, UT: Real People Press.
- Grinder, J., DeLozier, J., & Bandler, R. (1977). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.* (Vol. II). Cupertino, CA: Meta Publications.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.
- Haley, J. (Ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune and Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. New York: Harper and Row.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, F. (1983). *A handbook on drug and alcohol abuse: The biomedical aspects* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Jaffe, J. H. (1980). *Drug addiction and drug abuse*. In A. G. Gilman, L. Goodman & A. Gilman (Eds.), *Goodman and Oilman's the pharmacological basis of therapeutics*, (6th ed.). New York: Macmillan.
- Jaffe, J., Peterson, R., & Hodgson, R. (1979). *Addictions: Issues and answers*. New York: Harper and Row.
- Jellinek, E. (1960). *Disease concept of alcoholism*. New Haven: United Printing Service.
- King, M Novik, L., & Citrenbaum, C. (1983). *Irresistible communication: Creative skills for the health professional*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kroger, W. S. & Fezier, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincott.
- Lankton, S. R., & Lankton, C. H. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Lustig, H. (1975). *The artistry of Milton H. Erickson, M.D.* (Part I and II) [Videotape]. Haverford, PA: Herbert S. Lustig, M.D., Ltd. Nietzsche, F. (1968a). Letters. In W. Kaufman (Trans.), *The portable Nietzsche*. Princeton: Princeton University Press.
- Nietzsche, F. (1968b). Twilight of the idols. In W. Kaufman (Trans.), *The portable Nietzsche*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosen, S. (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Springer, S., & Deutsch, G. (1981). *Left brain, right brain*. San Francisco: Freeman.
- Steiner, C. (1971). *Games alcoholics play*. New York: Grove Press.
- Stolzenberg, G. (1984). Can an inquiry into the foundations of mathematics tell us anything interesting about mind? In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton.
- Teitelbaum, M. (1965). *Hypnosis induction techniques*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Valle, R & King, M. (1978). *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- Watzlawick, P. (1976). *How real is real?* New York: Random House.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P. (1983). *The situation is hopeless, but not serious: The pursuit of unhappiness*. New York: Norton.
- Watzlawick, P. (1985). Hypnotherapy without trance. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy. Volume 1: Structures*. New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weeks, G & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples, and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Weitzenhoffer, A. (1980). Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22 (3).
- Whitfield, C., Thompson, G., Lamb, A., Spencer, V., Pfeifer, M & Browning-Ferrando, M. (1978). Detoxification of 1,024 alcoholic patients without psychoactive drugs. *Journal of the American Medical Association*, 239 (14), 1409—10.
- Yapko, M. (1983). A comparative analysis of direct and indirect hypnotic communication styles. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24:270—276.
- Zeig, J. (Ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (Ed.) (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

## СОДЕРЖАНИЕ

Терапия, создающая “ситуации без неудач”.	
<i>Предисловие А.Ф. Радченко</i> .....	5
Введение .....	8
1. СИСТЕМА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ .....	11
Терапевтические стратегии .....	15
Проблема контроля .....	19
Наши убеждения, связанные с контролем веса тела, курением и злоупотреблением алкоголем .....	21
Гипноз .....	23
2. ПОДСТРОЙКА .....	37
Вербальная подстройка .....	37
Репрезентативные системы .....	39
Невербальная подстройка .....	44
3. ЯКОРЕНИЕ .....	48
Немного теории .....	48
Якоря и вредные привычки .....	50
Некоторые распространенные якоря .....	51
Процедура якорения .....	53
Другие случаи клинического применения якорения .....	57
4. КОСВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ .....	59
Встроенные сообщения .....	62
Беседы с другими или рассказы о других .....	64
Иллюзия выбора .....	65
Терапевтические двойные связки .....	67
Контингентные внушения .....	69
Замешательство .....	70
Метафорическая коммуникация .....	71
Искусство рассказывать истории .....	74
5. ПРЯМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ .....	85
Использование имен .....	87
Языковые нюансы .....	88
Ярлыки .....	91
Вызванные вопросы .....	92
Параллельные примеры .....	93
Идентификация с другим .....	95
Прямые внушения образов .....	96
Указания .....	97

6. РЕФРЕЙМИНГ .....	110
Определение привычки, которую нужно изменить .....	115
Установление коммуникации с ответственной “частью” бессознательного .....	117
Предположение о выгодах, приносимых вредной привычкой .....	118
Создание альтернативных паттернов .....	122
Экологическая проверка новых альтернатив .....	124
Подстройка к будущему .....	125
Проведение рефрейминга с помощью метафор и историй .....	126
Клинические описания .....	130
7. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК .....	135
Некоторые определения .....	135
Руководящая идея: пациенты не читают учебники по фармакологии .....	139
Некоторые замечания об алкоголе, никотине и еде .....	140
8. СЛАГАЕМЫЕ УСПЕХА .....	149
Структура терапевтического процесса .....	150
Первоначальная коммуникация .....	150
Оплата .....	151
Скрининг .....	152
Утилизация всех возможностей для потенциальной терапии .....	159
Характерные аспекты терапии .....	160
Самогипноз .....	166
Рецидив симптомов .....	166
Использование других ресурсов .....	167
9. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ .....	168
Кэрол — курение .....	168
Молли — избыточный вес .....	174
Тим — алкоголизм .....	179
10. ИСТИНА .....	184
Литература .....	185

Чарльз Цитренбаум, Марк Кинг, Уильям Коэн  
ГИПНОТЕРАПИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

Перевод с английского  
*Л.В. Ерашовой*

Научный редактор  
*М.Р. Гинзбург*

Редактор  
*Л.Б. Крысинская*

Ответственный за выпуск  
*И.В. Тепикина*

Компьютерная верстка  
*С.М. Пчелинцев*

Главный редактор и издатель серии  
*Л.М. Кроль*

Научный консультант серии  
*Е.Л. Михайлова*

Изд. лиц. № 061747  
Подписано в печать 13.05.1997 г.  
Формат 60×88/16  
Усл. печ. л. 12. Уч.-изд. л. 9,8.

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 192 с.

ISBN 0-393-70003-8 (USA)  
ISBN 5-86375-096-0 (РФ)

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.  
[www.igisp.ru](http://www.igisp.ru) E-mail: [igisp@igisp.ru](mailto:igisp@igisp.ru)

[www.kroll.igisp.ru](http://www.kroll.igisp.ru)  
Купи книгу “У КРОЛЯ”