



Доморацкий В. А. Краткосрочные методы психотерапии

Москва
2007

Рецензенты: доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, профессор М.Н.Гордеев, заведующий кафедрой психотерапии Российского государственного медицинского университета;
доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета Е. И. Скугаревская

Доморацкий В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М.: Издательство Института психотерапии, 2007. – 221 с.

Аннотация

В книге с современных позиций рассматриваются наиболее широко используемые в мире краткосрочные методы психотерапии. В их числе эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз, краткосрочная стратегическая психотерапия, позитивная психотерапия, десенсибилизация и переработка движениями глаз и др. Они отличаются терапевтическим прагматизмом, экономичностью и быстротой достижения терапевтического эффекта. Последнее обстоятельство делает весьма актуальным широкое внедрение данных методов в практику работы специалистов в области охраны психического здоровья. Предназначена для врачей-психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, социальных работников, студентов медицинских вузов и психологических факультетов.

Оглавление

От автора

Часть 1. Общие вопросы психотерапии

1.1 Психотерапия: определение и современные тенденции

1.1.1 Унифицирующие аспекты (общие факторы) психотерапии

1.1.2 Психотерапевтические техники

1.1.3 Проблема доступа и стратегии его облегчения

1.1.4 Проблема доступа в контексте бессознательных процессов

1.1.5 Оценка изменений в психотерапии

1.1.6 Дифференцированный подход к работе с различными проблемами

1.1.7 Портрет эффективного психотерапевта

1.1.8 Трудные клиенты психотерапевтов

Часть 2. Краткосрочные методы психотерапии

- 2.1 Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз
 - 2.1.1 История возникновения и развития метода
 - 2.1.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.1.3 Практические аспекты применения метода
 - Стадии гипнотического транса
 - Признаки транса
 - Виды внушений в гипнозе
 - Гипнотическая рамка
 - Основные стратегии работы
 - 1. Укрепление Эго пациента ресурсами
 - 2. Гипноанализ
 - 3. Изменение бессознательных поведенческих программ
 - Метафора
 - Терапевтическая метафора
 - Эпистемологическая метафора
 - Терапия тяжелым испытанием
 - 2.1.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.2 Краткосрочная стратегическая психотерапия (КСП)
 - 2.2.1 История возникновения и развития метода
 - 2.2.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.2.3 Практические аспекты применения метода
 - Основные фазы психотерапии
 - 1. Первый контакт с пациентом
 - 2. Определение проблемы пациента
 - 3. Согласование целей терапии
 - 4. Определение перцептивно-реактивной системы, поддерживающей проблему
 - 5. Разработка терапевтической программы и стратегии изменения
 - Действия и терапевтическое общение
 - Предписания поведения
 - Прямые предписания
 - Непрямые предписания
 - Парадоксальные предписания
 - 6. Завершение лечения
 - 2.2.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.3 Краткосрочная позитивная психотерапия (КПП)
 - 2.3.1 История возникновения и развития метода
 - 2.3.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.3.3 Практические аспекты применения метода
 - Техники КПП
 - 2.3.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.4 Нейролингвистическое программирование (НЛП)
 - 2.4.1 История возникновения и развития метода
 - 2.4.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.4.3 Практические аспекты применения метода
 - Принципы терапии в НЛП
 - Коррекционные техники НЛП
 - 2.4.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.5 Когнитивная психотерапия (О. М. Радюк)
 - 2.5.1 История возникновения и развития метода
 - 2.5.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.5.3 Практические аспекты применения метода
 - 2.5.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.6 Рационально-эмотивная психотерапия (О. М. Радюк)
 - 2.6.1 История возникновения и развития метода
 - 2.6.2 Теоретическая основа и сущность метода
 - 2.6.3 Практические аспекты применения метода
 - 2.6.4 Показания к использованию метода и его эффективность
- 2.7 Поведенческая психотерапия (О. М. Радюк)
 - 2.7.2 Теоретическая основа и сущность метода

2.7.3 Практические аспекты применения метода
2.7.4 Показания к использованию метода и его эффективность
2.8 Краткосрочная мультимодальная психотерапия
2.8.1 История возникновения и развития метода
2.8.2 Теоретическая основа и сущность метода
2.8.3 Практические аспекты применения метода
2.8.4 Показания к использованию метода и его эффективность
2.9 Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)
2.9.1 История возникновения и развития метода
2.9.2 Теоретическая основа и сущность метода
2.9.3 Практические аспекты применения метода
2.9.4 Стратегии, используемые при заблокированной переработке
Отреагирование
Три этапа стандартного протокола ДПДГ
Особенности применения ДПДГ у детей
Протоколы для терапии
2.9.4 Показания к использованию метода и его эффективность
Вместо заключения
Сведения об авторе
Рекомендуемая литература

От автора

У каждого времени свои невроты и каждому времени необходима своя психотерапия.

В. Франкл

Перед Вами книга, которая задумана как краткий путеводитель по наиболее распространенным краткосрочным методам психотерапии, т. е. ограниченным рамками 20–24 психотерапевтических сессий. На наш взгляд, именно краткосрочные подходы в наибольшей степени отвечают реалиям сегодняшнего времени. Сфокусированность на основных проблемах, четкая постановка цели, структурированность, терапевтический прагматизм, экономичность и высокая результативность в работе, которые отличают большинство из рассматриваемых методов, – именно то, что наиболее актуально и востребовано при оказании психотерапевтической помощи в современных условиях. В первой части книги кратко изложены некоторые важные, по нашему мнению, общие вопросы психотерапии. Это – унифицирующие аспекты психотерапии, проблема доступа к бессознательному, оценка достигнутых изменений и др. Обсуждены качества, присущие эффективно работающему психотерапевту, а также проблема т. н. трудных клиентов.

Во второй части рассмотрены различные краткосрочные методы психотерапии (от эриксоновского гипноза до мультимодальной психотерапии). Описание каждого из них подчинено единому принципу: 1) история возникновения и развития метода; 2) теоретическая основа и сущность; 3) практические аспекты применения; 4) показания к использованию метода и его эффективность. Следует подчеркнуть, что нами сделан акцент на практических аспектах использования рассматриваемых методов. Поэтому практикующие специалисты и студенты найдут для себя много полезной информации о том, как применять их в работе с клиентами.

Разделы, посвященные методам когнитивной и бихевиоральной психотерапии (в большинстве случаев они также носят краткосрочный характер), написаны доцентом кафедры общей и клинической психологии БГУ, кандидатом медицинских наук Олегом Михайловичем Радюком.

Общие вопросы психотерапии

Психотерапия: определение и современные тенденции

Что такое психотерапия? Приходится констатировать, что феномен с более чем вековой историей на сегодняшний день не имеет общепринятого определения. В литературе их насчитывается около 400. Во многом это связано с существенными отличиями во взглядах специалистов, принадлежащих к разным школам, на цели и задачи психотерапии. Причем, одни из них относят психотерапию к медицине, другие

сосредотачивают внимание на психологических аспектах. В качестве примера медицинского подхода можно привести наиболее часто встречающееся в отечественной литературе определение: «Психотерапия – система лечебных воздействий на психику и через психику – на организм человека».

Приведем определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы к психотерапии. Психотерапия – особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении проблем или затруднений психического характера (Р. Бастин, 1982). Психотерапия – тонкое и целенаправленное использование структурированных отношений для улучшения бытия индивида как на внутриличностном, так и на межличностном уровнях (С. Берри, 2000). Психотерапия имеет своей целью изменить те открытые или скрытые виды поведения, которые порождают у клиента проблемы (Т. Стэмпфл, 2000). Психотерапия – межличностный процесс, направленный на осуществление изменений в чувствах, мыслях, отношениях и поведении, причиняющих неприятности человеку, обратившемуся за помощью (Г. Страпп, 1990). Л. Волберг (1977) дает следующее развернутое определение: «Психотерапия – это осуществляемое с помощью психологических средств решение затрагивающих эмоциональную сферу проблем, в ходе которого получивший соответствующую подготовку индивид целенаправленно устанавливает профессиональные отношения с клиентом для реализации следующих задач: 1) устранить, изменить существующие симптомы или замедлить их развитие; 2) устранить нарушения в паттернах поведения; 3) способствовать позитивному росту и развитию личности». Как видим, представители различных школ и направлений, исходя из теоретических концепций, которых они придерживаются, весьма по-разному расставляют акценты в определении психотерапии. Тем не менее в большинстве определений так или иначе, присутствуют представления о том, что психотерапия: 1) особый процесс межличностного общения профессионально подготовленного специалиста и индивида, нуждающегося в психологической помощи; 2) направлена на достижение позитивных изменений, по крайней мере, в трех сферах: поведенческой, эмоциональной и когнитивной, что ведет к улучшению функционирования обратившегося за помощью как на межличностном, так и на внутриличностном уровнях.

Бурное развитие психотерапии во второй половине XX в. привело к возникновению множества различных, часто конкурирующих между собой, подходов, методов, систем и школ. Их число, по различным оценкам, колеблется от 250 до 500. Такое обилие разнообразных методов психотерапии обусловлено, по меньшей мере, несколькими причинами: отсутствием неоспоримых данных о преимуществе того или иного психотерапевтического подхода, жесткой конкуренцией на рынке психотерапевтических услуг, а также честолюбивыми устремлениями ряда психотерапевтов, стремящихся внести свой оригинальный вклад в историю психотерапии. Причем каждая психотерапевтическая школа пытается доказать, что ее теория единственно правильная и только она позволяет эффективно лечить людей (А. Лазарус, 1985). Область психического здоровья была и остается поделенной непримиримыми группировками, марширующими под барабанный бой своих застывших профессиональных императивов. В избытке существуют конкурирующие модели, которые претендуют на свою суверенность и на объяснение в своих собственных философских и лингвистических терминах, как люди становятся невротиками и излечиваются (Л. Волберг, 1985).

В целях систематизации многочисленных психотерапевтических подходов, предлагаются различные варианты их классификации.

Деление современных направлений психотерапии может быть проведено с учетом двух критериев: теоретической ориентации (психодинамическое, гуманистическое, поведенческое, когнитивное, философское направления) и форм работы (семейная, групповая психотерапия, гипнотерапия), причем отдельно выделяют эклектическое и интегративное направления, соответствующие обоим критериям (Д. Зейг, В. Мьюнион, 2000). В. В. Макаров (2000) разделяет все психотерапевтические подходы на принадлежащие одному методу или школе психотерапии и эклектические, которые используют теоретические представления, техники и технологии воздействия, взятые из нескольких методов психотерапии.

Б. Д. Карвасарский (1985), выделяет три наиболее разработанных и получивших признание психотерапевтических направления: психоаналитическое (психодинамическое), бихевиоральное (поведенческое) и гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное). В этих трех направлениях психотерапии, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представление о норме (в психотерапии – о личности), патологии (в психотерапии – о личностных изменениях) и логически вытекающие из этого представления о задачах и способах лечения.

К. Граве (1994) выделяет две основные группы методов психотерапии: поддерживающие (направленные на преодоление актуальных жизненных проблем пациентов) и раскрывающие (способствующие лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и устремлений).

Сам термин «метод» в психотерапии понимается неоднозначно. Ю. Александрович (1983) на основе анализа значений, в которых используется понятие «метод» в психотерапии, выделил четыре уровня его использования:

1-й уровень – методы психотерапии как конкретные методические приемы или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика);

2-й уровень – методы психотерапии, определяющие условия, в которых протекает психотерапия, и которые должны способствовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);

3-й уровень – методы психотерапии в значении основного инструмента психотерапевтического воздействия (индивидуальная и групповая психотерапия, в первом случае инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевт, во втором – психотерапевтическая группа);

4-й уровень – методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, определяющего характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Понятию «метод» соответствует 1-й уровень – это собственно методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень – формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий), 4-й уровень – теоретические направления.

В последние 20–25 лет в психотерапии отчетливо прослеживаются две тенденции.

Во-первых, это стремление к сближению различных методов и возникновение целого ряда интегративно-эkleктических подходов, которые завоевывают все большее число сторонников. Во-вторых, развитие краткосрочных, проблемно-ориентированных методов психотерапии.

Результаты проведенных в США опросов практикующих психотерапевтов показали, что от 45 до 68 % из них придерживаются эkleктической ориентации (С. Гарфилд, 2000).

Эkleктизм – метод или практика выбора из различных систем того, что представляется лучшим. Сторонники эkleктически-синтетического подхода полагают, что его

несомненным преимуществом является возможность использования всего объема психотерапевтического инструментария, накопленного в профессиональном сообществе, вместо того, чтобы работать с заведомо более бедным набором схем и методов, ограниченных одним каким-нибудь направлением психотерапии (А. И. Сосланд, 1999).

В. В. Макаров (2000) считает, что эkleктизм является магистральным путем развития психотерапии в XXI веке, поскольку огромное, практически необозримое число методов и школ терапии приводит к необходимости заимствования в каждом направлении и школе самого важного и эффективного.

Краткосрочные направления психотерапии отличаются своей экономичностью и, в известном смысле, технологичностью в сочетании с индивидуальным подходом, что обеспечивает восстановление душевного и физического самочувствия нуждающихся в психотерапевтической помощи людей, до приемлемого для них уровня. Краткосрочные методы психотерапии относят к поддерживающим, основной целью которых является не выяснение скрытых мотивов, а преодоление актуальных жизненных проблем

клиентов, включая коррекцию их дисфункционального поведения и/или мышления, а также устранение имеющейся болезненной симптоматики. Все это предполагает, что такого рода терапия ограничена во времени, а максимальное количество психотерапевтических сессий не превышает 20–24 (чаще 8–12).

Унифицирующие аспекты (общие факторы) психотерапии

Несмотря на теоретические различия, у психотерапии есть некое единое узнаваемое ядро, которое, объединяя различные направления и методы психотерапевтической помощи, отличает их от других видов деятельности. Существует ряд общих факторов, которые в той или иной степени характерны для всех форм психотерапии, не являясь специфическими ни для одной из них. Еще в 1936 г. С. Розенцвейг указывал на то, что приблизительно одинаковые результаты различных форм психотерапии можно объяснить наличием общих терапевтических факторов, к которым он отнес психологическую интерпретацию, катарсис и личность психотерапевта. В 1940 г., обсуждая возможные области соприкосновения между различными психотерапевтическими системами, столь несхожие между собой специалисты, как А. Адлер, К. Роджерс и С. Розенцвейг, смогли прийти к согласию, что общие признаки удавшейся психотерапии – это поддержка, интерпретация, инсайт, изменение поведения, хорошие терапевтические отношения и определённые качества психотерапевта.

Если различные психотерапевтические методы в самом деле работают и приводят к примерно одинаково удачным результатам в отдалённом периоде лечения (непосредственные результаты могут существенно различаться), то они не настолько разнородны, как это может показаться на первый взгляд. Вероятно, все они имеют некоторые унифицирующие черты, являющиеся теми целебными элементами, которые отвечают за терапевтический успех. Опираясь на работы Д. Мармора (1985), М. Голдфилда и П. Ньюмена (1986), И. Ялома (2000), Дж. Прохазки и Дж. Норкрасса (2005) и др., рассмотрим наиболее значимые общие факторы психотерапии:

1. Позитивные ожидания пациента и психотерапевта. Известно, что результативность психотерапевтического лечения нередко зависит от ожидаемой клиентом степени его эффективности. Так Г. Робертс и др. (1993) считают, что почти треть успешных результатов психотерапии можно объяснить тем, что и целитель и пациент твердо верили в эффективность лечения. Но психотерапию нельзя сводить только к эффектам ожидания благоприятных изменений. Результаты целого ряда исследований неоспоримо свидетельствуют, что психотерапия почти вдвое эффективнее плацебо и «неспецифических» лечебных методов, задача которых состоит в том, чтобы вызывать в клиентах позитивные экспектации (Т. Гриссом, 1996). Многие исследователи считают, что позитивные ожидания пациента и психотерапевта – важнейшее предварительное условие для проведения психотерапии. Действительно, большинство клиентов ни за что не захотели бы принимать участие в процессе, который отнимает у них время, деньги и силы, если не ожидали бы от него какой-то отдачи, изменений к лучшему.
2. Терапевтические отношения (установление надежного терапевтического альянса). В основе продуктивных терапевтических отношений лежат уважение, доверие, рапорт, эмпатия, искренний интерес к обратившемуся за помощью и понимание его проблем. Психотерапия, по существу, является особой формой межличностных отношений. В различных видах психотерапии не менее 12 % позитивных результатов связаны с терапевтическими отношениями (Т. Хорваз, М. Беди, 2002). По данным А. Бергина и К. Ламберта (1978), наибольшую часть терапевтических результатов можно объяснить заранее существующими факторами, связанными с клиентами (их ожиданиями возможных изменений и тяжестью имеющегося расстройства). За вторую по объёму часть итоговых изменений отвечают терапевтические отношения, и лишь за наименьшую, третью часть, – технические переменные, т. е. используемые психотерапевтические приемы. И все-таки вопрос о стиле терапевтических отношений продолжает вызывать споры между различными школами. На одном полюсе находятся представители поведенческих подходов и нейролингвистического программирования (НЛП), убежденные в том, что отношения между клиентом и терапевтом не столь важны и для эффективной работы вполне достаточно хорошей подстройки, а на другом

полюсе – последователи К. Роджерса, который считал, что терапевтические отношения являются основополагающими для достижения позитивного результата психотерапии.

3. Хоторнский эффект (особое внимание психотерапевта к пациенту ведет к улучшению состояния последнего). В классических хоторнских исследованиях (1939), посвящённых влиянию улучшения освещения на производительность труда на предприятии, впервые было замечено, что наблюдаемые улучшили свои показатели работы лишь потому, что являлись объектами изучения и получали особое внимание. Исследователи часто обнаруживают, что внимание к пациенту может приводить к улучшению независимо от того, дополняется ли это внимание какими-то иными психотерапевтическими воздействиями. Например, Н. Пол (1967) обнаружил, что у 50% пациентов, страдающих навязчивым страхом перед публичными выступлениями, обнаружили заметное ослабление своих фобий после «лечения» плацебо-вниманием. Любопытно, что в группе, получавшей аналогичное внимание в сочетании с инсайт-ориентированной терапией было достигнуто точно такое же улучшение. И, напротив, в группе получавшей внимание в сочетании с десенсибилизацией, эффект был значительно выше. Поэтому для оценки реальной эффективности того или иного метода психотерапии, в исследование необходимо включать контрольную группу, где пациентам уделяют столько же внимания, сколько и клиентам, получающим терапию, но при этом не проводят мероприятий, направленных на достижение изменений.

4. Раскрепощение эмоций и снижение в ходе психотерапии эмоционального напряжения связаны с тем, что пациенту предоставляется возможность открыто обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь.

5. Когнитивное научение (объяснения и интерпретации психотерапевта любой школы ведут к повышению осознания, т. е. дают пациенту понятную, значимую и рациональную основу для понимания того, почему и как возникли его проблемы, каковы пути их разрешения и что для этого необходимо сделать). Психоаналитик А. Спенс (1982) даже утверждает, что аналитическая интерпретация оказывает терапевтический эффект не потому что она истинна, а благодаря своей способности устанавливать логическую последовательность. Г. Келли (1963) обнаружил, что объяснения, кажущиеся правдоподобными, хотя и не основанные на теории, часто имели терапевтическое действие.

6. Суггестия (явная и скрытая). Внушение - терапевтический фактор, присутствующий во всех видах психотерапии (даже в тех школах, которые пытаются это отрицать). В одних случаях, например при проведении гипнотерапии, прямые или косвенные внушения являются важнейшей составляющей психотерапевтических интервенций. В других - суггестивный акцент в психотерапии менее выражен. Но «всякий раз, когда психотерапевт представляет суть своего метода и подразумевает или открыто формулирует, что пациент почувствует себя лучше, если последует этой терапевтической модели - будь она динамической, гештальтистской или бихевиоральной - он использует внушение» (Дж. Мармор, 1990). Кроме того, известно, что чем сильнее вера пациента в специалиста, чем выше его идеализация, тем больший круг терапевтических действий обладает суггестивным потенциалом и тем мощнее воздействие внушений.

7. Идентификация основана на сознательном или бессознательном стремлении пациента видеть в психотерапевте модель для подражания, в силу чего он перенимает некоторые ценности и поведенческие особенности своего терапевта.

8. Оперантное обусловливание это – особый вид формирования условно-рефлекторных связей посредством явной или скрытой демонстрации психотерапевтом своего одобрения-неодобрения, поощрения-осуждения тех или других форм поведения и эмоционального реагирования пациента. «Терапевты подкрепляют то или иное поведение посредством многочисленных вербальных и невербальных актов, таких как кивок, улыбка, разворот телом в сторону пациента, заинтересованное «ммм» или прямое обращение за дополнительной информацией. С другой стороны, терапевты стараются искоренить поведение, не считающееся желательным, посредством некомментирувания, некивания или его игнорирования» (И. Ялом, 2000).

9. Корректирующий эмоциональный опыт состоит в том, что психотерапевт, как правило, объективнее и реалистичнее, более эмпатичнее, чем окружение пациента, реагирует на его эмоциональные проявления и поведение. Все это дает пациенту новый

эмоциональный опыт, позволяет по-иному взглянуть на существующие проблемы и отношения с окружающими людьми.

10. Возможность катарсиса. Понятие катарсиса впервые использовал Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добывается катарсиса, т. е. очищения духа. Со времен выхода в свет в 1885 году трактата Д. Брейера и З. Фрейда по лечению истерии, многие психотерапевты пытались помочь пациентам избавиться от подавленного аффекта через катарктическое отреагирование, вслед за которым следовало уменьшение аффективного напряжения и чувство облегчения. Как указывает И. Ялом (2000), катарсис может играть важную роль в терапии, но одного лишь отреагирования часто бывает недостаточно. На протяжении жизни все мы испытываем порой очень сильные эмоциональные переживания, однако далеко не всякое переживание ведет к изменению. Тем не менее, катарсис как лечебный фактор используется во многих психотерапевтических методах.

11. Приобретение в ходе терапии и закрепление в реальной жизни новых, более адаптивных поведенческих паттернов. В этих целях широко используются "репетиции" и повторения в форме домашних заданий. По сути, это - процесс обучения, путем конструирования в воображении и неоднократного проигрывания пациентом желательных поведенческих паттернов в ситуациях психотерапевтического сеанса, с последующей реализацией вновь приобретенных навыков в повседневной жизни.

12. Десенсибилизация к психотравмирующим обстоятельствам. Многократное обращение в ходе психотерапии (причём не только поведенческой) к травмирующим событиям или переживаниям оказывает десенсибилизирующее воздействие, результатом которого является постепенное угасание отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом.

13. Сердечный, вызывающий доверие, профессионально подготовленный и социально одобряемый психотерапевт. На личностных качествах и особенностях мышления эффективно работающих психотерапевтов мы остановимся ниже.

Психотерапевтические техники

Технические приемы, разработанные в рамках тех или иных психотерапевтических направлений, скорее подчеркивают отличия между ними, нежели указывают на сходство. Существуют различные, порой диаметрально противоположные точки зрения о роли техник в достижении терапевтического эффекта. Так, К. Роджерс (1982) считал наиболее важным элементом в психотерапии позитивные взаимоотношения между терапевтом и клиентом, основанные на эмпатии. Иную точку зрения представляет А. Бек (1990), по словам которого «коммуникация - это почва для эффективной психотерапии, но именно техники приводят к росту на этой почве того, в чем нуждается пациент, т. е. ведут к позитивным изменениям. Проблема состоит в том, чтобы адекватно применять соответствующие вмешательства к соответствующему пациенту и соответствующим нарушениям». По мнению группы экспертов, наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности, его мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем – использование определенных психотерапевтических техник (Б. Бейтман, 1989).

Любая «техника представляет собой систематическую процедуру, посредством которой решается та или иная комплексная или научная задача» (У. Моррис, 1970). Это тщательно разработанный план действий, основанный как на теории, так и на практических наблюдениях. Каждая техника имеет определенную цель и должна использоваться в подходящих для нее обстоятельствах (Р. Шерман, Н. Фредман, 1997). Применение той или иной техники предполагает, что, выполняя ряд конкретных приемов, предписаний и предложений, которые исходят от психотерапевта, пациент совершит серию действий (в воображении или в реальности), в результате чего он сможет лучше понять свое поведение, изменить его в позитивную сторону или освободиться от тревожащих его симптомов. Практически все создатели техник отталкиваются от представления, что если у человека имеется А (нежелательное поведение или симптом), то вводится определенная последовательность событий или шагов В (техника), и на выходе получается С (желаемый результат).

Проблема доступа и стратегии его облегчения

Фактически, различные формы психотерапии возникли как следствие, нередко, безуспешных попыток людей контролировать свои или чужие эмоции и поведение путем использования рациональных аргументов, убеждения, директив или логического анализа. Человек может умом понимать, что ему следовало бы делать, но вот действовать или чувствовать сообразно этому он часто не может. Проблема состоит в том, что, если бы люди всегда могли с помощью разума контролировать и эффективно корректировать свое поведение, они не нуждались бы в услугах психотерапевта. Всегда можно было бы логически объяснить себе или другим, как нужно вести себя правильно и что следует чувствовать. Поэтому один из основных вопросов психотерапии – это проблема доступа: «Почему прямая рациональная информация часто не воспринимается человеком?». Каждая психотерапевтическая школа имеет свои объяснения этому феномену. В принципе, большинство психотерапевтических приемов можно рассматривать как различные способы коммуникации, которые позволяют информации, исходящей от психотерапевта, достичь цели и привести к необходимым изменениям. Можно выделить несколько основных стратегий, обеспечивающих доступ к психическим структурам, порождающим проблемы. Они основаны на эмотивном научении и используются во многих подходах, поскольку именно переживание повышает эффективность когнитивного научения.

1. Непосредственное переживание. В бихевиоральной терапии модели поведения подкрепляются или ослабляются непосредственно в действии. Например, тренинг уверенности и социальных навыков предполагает проведение репетиций поведения, которые вызывают соответствующие переживания. Систематическая десенсибилизация направлена на то, чтобы модифицировать непосредственные эмоциональные реакции на воображаемые раздражители. Когнитивная терапия Бека включает домашнюю работу, когда клиент должен проверить свои построения разума на опыте своих переживаний в реальных ситуациях (метод эмпирической проверки реалистичностью). Гештальт-терапевты также полагаются на непосредственное переживание в ситуации «здесь и теперь». Эмоционально-стрессовая психотерапия, целиком построена на использовании непосредственных переживаний, которые психотерапевт вызывает у своего клиента во время сеанса. На высоте этих переживаний, как правило, крайне негативных, проводится соответствующее суггестивное воздействие.

2. Проговаривание переживаний. Сторонники многих подходов считают важным достижение клиентом определённой степени инсайта, т. е. выработки нового, полезного знания о себе. В психоанализе инсайт достигается клиентом в процессе интроспекции либо при помощи интерпретаций психотерапевта. Причем психоаналитические объяснения эффективны лишь в соответствующем эмоциональном контексте, когда проблема по-настоящему волнует клиента. Инсайт может связать между собой сразу несколько аспектов проблемы: мысли, яркие воспоминания, чувства и телесные реакции. В психотерапии по Роджерсу клиенту помогают выразить переживания, которые он испытывает. Например, мужчина может сказать: «Моя жена мне ужасно надоела», а клиент-центрированный психотерапевт, перефразируя высказывание, выделит причину: «У вас такое ощущение, как будто она никогда не оставляет вас в покое». Считается, что такое проговаривание переживаний может возыметь немедленный эффект.

3. Вызывание переживаний. Используются различные приемы пробуждения ярких воспоминаний и связанных с ними переживаний, которые имеют отношение к проблеме клиента. В эриксоновском гипнозе это достигается через возрастную регрессию и выход на травматическое воспоминание, которое клиент отчетливо, во всех деталях вспоминает и заново переживает. При этом происходит отреагирование. При использовании десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) переживания вызывают, предлагая клиенту сосредоточиться на негативном эпизоде и одновременно совершать горизонтальные движения глазами. Это приводит к активизации связанных с воспоминанием переживаний, которые подвергаются переработке и нейтрализации в ходе выполнения последующих серий движений глаз.

4. Возбуждение эмоций. Некоторые виды психотерапии направлены на то, чтобы вызывать сильные эмоции, дать им возможность внешнего выражения, т. е. добиться катарсиса. Считается, что возбуждение эмоций и их непосредственное выражение

пробуждают целый ряд телесных переживаний и воспоминаний, связанных с конфликтной ситуацией. В дополнение к этому весь контекст переживания проблемы становится доступным для когнитивной переработки. Например, А. Бек считает, что когнитивная терапия более действенна, если эмоции возбуждены. Проще работать с тревогой или депрессией клиента, когда он их переживает, потому что связанные с этими переживаниями дисфункциональные когниции становятся более доступными для изменений.

Проблема доступа в контексте бессознательных процессов

Многоуровневые сообщения, например, истории с использованием метафор, инициируют изменения, хотя в большинстве случаев клиенты не могут уловить, как это происходит. Парадоксальные интервенции также могут содействовать изменениям без осознания того, что происходит. По мнению П. Вацлавика (1987), «изменения происходят в повседневной жизни все время и не сопровождаются пониманием этого». Таким образом, вовсе не обязательно, чтобы клиент, желая измениться, всегда был в состоянии ясно сформулировать проблему, ее предполагаемую причину и способ решения.

Идея о том, что существенная часть информационных процессов в психике человека протекает неосознанно, является общепринятой. Различные направления психотерапии, так или иначе, разделяют точку зрения о том, что поведение человека частично контролируют факторы, лежащие вне его осознания. Более того, Х. Шеврин и С. Дикман (1980) пришли к выводу, что процесс переработки информации вначале происходит преимущественно на бессознательном уровне и лишь затем некоторая часть информации проявляется в виде сформированных и осознанных идей. Поэтому люди нередко знают больше, чем могут сказать. Ряд исследований показал, что люди могут знать и понимать некоторые вещи интуитивно, не будучи в состоянии их вербализовать. Иногда больше пользы приносит попытка решить некую проблему интуитивно, нежели когнитивным, аналитическим путем. Одна из моделей (Дж. Мартин и др., 1990) предполагает существование двух различных систем познания: вербальной и невербальной, причем психотерапия является своеобразным мостиком, соединяющим вербальное и невербальное (образное) знание.

Исследования расщепленного мозга (после комиссуротомии у больных эпилепсией) позволили выявить внутри одного индивида две различные психики, у каждой из которых оказались свои цели, способы мышления, познания, переживания и чувства. В левом полушарии большинства людей преимущественно локализованы следующие характеристики и функции: последовательное, логическое мышление, аналитическое и абстрактное мышление; лингвистические процессы. В правом полушарии сосредоточены: холистическое, интуитивное мышление; эмоциональные и оценочные реакции; буквальное, конкретное невербальное функционирование. Понятно, что процессы, происходящие в расщепленном мозге, не могут быть в точности перенесены на деятельность нормального мозга, но данные о неврологической основе для существования различных психик позволяют лучше понять проблему доступа.

Нормальный мозг функционирует как единое целое, а в современном мире доминирует левое полушарие, поскольку большинство социальных взаимодействий осуществляется посредством языка. Поэтому получить доступ к вербальной части личности достаточно просто, а к невербальной, правополушарной – значительно сложнее.

Многие ученые, давая самые различные названия невербальной части мозга, тем не менее, сходятся на том, что основная проблема для клиента и его психотерапевта, который пытается изменить невротическое поведение, заключается в доступе к бессознательным структурам, в которых заключена невербальная мудрость, вероятно способствующая изменениям. Например, М. Эриксон в своей работе постоянно обращался к «мудрому подсознанию» пациентов, причём гипноз позволял обойти рациональное сознание и получить доступ к бессознательной части психики. Напротив, З. Фрейд видел в бессознательном источник проблем, а не ресурсов, но он также признавал важность доступа к подсознанию. Классическая техника свободных ассоциаций позволяет обойти сознательное и постепенно допустить элементы бессознательного в сознание. К. Роджерс говорил об «организмическом оценочном процессе», доступ к которому облегчают такие психотерапевтические приемы, как

отражение чувств, эмпатическое слушание. Подобно М. Эриксону он верил в существование бессознательной «организмической мудрости», причем доступ в эту часть функционирования личности помогает клиенту войти с ней в контакт, что в итоге приводит к терапевтическим изменениям.

Наряду с активизацией здоровых ресурсов бессознательного, в ряде случаев необходимо обеспечить доступ к изолированным нейронным сетям мозга, в которых хранится застрявшая негативная информация, непосредственно связанная с проблемой (травматический опыт). По современным представлениям, реактивация этих специфических зон нейронов, которые не имеют адекватной связи с другими нейронными сетями мозга лежит в основе многих патологических состояний. Поэтому предложены различные психотерапевтические стратегии, позволяющие связать необходимую адаптивную информацию и внутренние ресурсы клиента с диссоциированным дисфункциональным материалом, содержащимся в обособленных участках нейронной сети мозга. Если это удастся – возникают изменения, в большинстве случаев расцениваемые, как положительный результат проводимой психотерапии.

Оценка изменений в психотерапии

Что такое изменения в терапии? Вероятно, наиболее надежный показатель изменений – устранение жалобы клиента. Если проблема – зависимость от алкоголя, то ее решением будут такие изменения, которые приведут к полному отказу от спиртного, т. е. исчезновение основного симптома. Однако многие психотерапевты хотят реорганизовать личность, т. е. заставить клиента доверять своим чувствам, брать на себя ответственность, мыслить рационально. По их мнению, невротические симптомы являются результатом более глубокого расстройства. Злоупотребление алкоголем может отражать проблемы с самооценкой или межличностными отношениями. Тревожность может отражать искаженный когнитивный стиль или отказ от использования собственного потенциала. Если для психотерапевта симптомы – отражение более глубокого, скрытого расстройства, то его будут интересовать не их исчезновение, а изменение личностных характеристик, эмоциональных переживаний, самооценки и познания. М. Твен говорил: «В руках человека с молотком все вокруг кажется гвоздями». Поэтому то, что психотерапевты считают изменениями, свидетельствующими об эффективности терапии, прежде всего зависит от их теоретических позиций. Поведенческий или краткосрочный психотерапевт стратегической ориентации сосредоточат свои усилия на устранении симптома или нежелательного поведения. Экзистенциальный психотерапевт попытается устранить у клиента первичную тревогу, вызванную сознательными или бессознательными попытками человека справиться с жестокими данностями своего существования, которая скрывается за фасадом предъявляемых симптомов.

Вопрос о том, что считать позитивным изменением, далеко не однозначен. Нередко представления по этому вопросу у психотерапевта, клиента и его родственников и друзей могут различаться. Терапевта интересуют положительные изменения, которые происходят с клиентом. Но что считать положительными изменениями во многом зависит от его теоретических представлений. Например, за психотерапевтической помощью обращается женщина средних лет, которая жалуется на плохое настроение. Всю свою зрелую жизнь она была матерью и домохозяйкой. Теперь, когда дети покинули родительский дом, жизнь для нее становится пустой и утрачивает смысл. В ходе психотерапии она постепенно начинает осознавать, что всю жизнь жила для других, а теперь, наконец, она может попытаться сделать что-то для собственной карьеры. Когда она начинает воплощать задуманное в жизнь, ее депрессия проходит. И она сама, и психотерапевт воспринимают эти изменения как положительные, но вряд ли их посчитает таковыми муж пациентки, который всегда был убежден, что женщина – это прежде всего домохозяйка, место которой на кухне.

Другой пример касается 18-летнего молодого человека, родители которого были обеспокоены отсутствием у него должного интереса к девушкам и настояли на его обращении за помощью. Психотерапевт выясняет, что он испытывает гомосексуальное влечение, которое он, несмотря на убеждение в его «неправильности» уже неоднократно реализовывал в компании знакомых мужчин. Психотерапия в данном

случае состоит в том, чтобы помочь юноше принять эту особенность либидо. Однако это может совершенно не устроить родителей, если они достаточно консервативны и придерживаются традиционных взглядов на интимные отношения.

Различные виды психотерапии в зависимости от теоретической концепции сосредоточены на отдельных изменениях личности или поведения. У. Стайлс, Д. Шапиро и Р. Эллиот (1986) утверждают, что психологическая нормальность является гетерогенной и лежит в достаточно широком диапазоне. По их мнению, многочисленные психотерапевтические подходы фактически представляют различные пути к достижению психического здоровья. Каждое направление в психотерапии предлагает своё определение психической нормы, и различные индивиды могут в большей или меньшей степени соответствовать этому определению. Вполне возможно, что существует множество способов быть психически здоровым и каждая из традиционных теорий будет моделью одного из таких способов. Для одного клиента оптимальным вариантом будет следование психоаналитическим воззрениям, для другого – экзистенциально-гуманистическим, для третьего – ближе и понятнее бихевиоральные подходы. Можно утверждать, что каждая хорошо разработанная психотерапевтическая школа, имеющая свои теории личности, психопатологии и терапевтических изменений, обязательно найдёт своих последователей, потому что одни люди лучше чувствуют себя в психодинамической реальности, а другие – в поведенческой. Однако все психотерапевты нуждаются в структурированной логической последовательности, т. е. определенной теоретической базе, которая делает их работу осмысленной и понятной. Вместе с тем, чтобы прийти к какому то консенсусу по поводу эффективности психотерапии в клинической практике, существует настоятельная потребность определять желательные изменения, ориентируясь на частичное или полное устранение поведенческих проблем и симптомов, которые отражены в соответствующих диагностических рубриках МКБ-10. Другой важной опорой в оценке достигнутых в ходе психотерапии изменений являются результаты, полученные с помощью валидизированных и стандартизированных психодиагностических методик (шкала тревоги М. Гамильтона, шкала депрессии А. Бека, шкала фобий Д. Шихана и т. п.). Исходя из биопсихосоциальной концепции болезни и ее лечения, Б. Д. Карвасарский (1998) предлагает определять эффективность психотерапии с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической; 2) психологической и 3) социальной.

Дифференцированный подход к работе над различными проблемами

В последние десятилетия было выдвинуто предположение о том, что для лечения определенных состояний подходят только определенные виды психотерапии. Одни исследования это опровергают. Например, Д. Бергин и Р. Бастин (1994) показали, что разнообразные психотерапевтические вмешательства, включая когнитивную и клиент-центрированную терапию, равно как и лечение антидепрессантами, примерно одинаковы по эффективности при лечении депрессий. С другой стороны, У. Стайлс, Д. Шапиро и др. (1994), выявили, что для проблем, которые сформулированы нечётко и несфокусированы, лучше подходят психодинамические либо центрированные на клиенте вмешательства, тогда как хорошо сформулированные, конкретные и сфокусированные проблемы лучше разрешать с помощью когнитивно-бихевиоральных воздействий.

Одним из путей сравнительной оценки результатов различных психотерапевтических методов является метаанализ соответствующих научных публикаций. Так, К. Граве с помощью почти 1000 признаков оценил качество 3500 исследований, опубликованных на протяжении 30 лет, и включил в свой метаанализ лишь 897 публикаций о психотерапии взрослых пациентов с приемлемым научным уровнем. В качестве критериев оценки эффективности психотерапевтических методов использовались следующие параметры: 1) глобальная оценка успеха; 2) индивидуальная проблематика или симптоматика; 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; 4) остальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) изменения в использовании свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9)

изменения в сексуальной области; 10) изменения по психофизиологическим параметрам.

Свои интегральные выводы К. Граве представил в книге «Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии» (1994). Метаанализ показал, что психоаналитическая психотерапия и краткосрочный психоанализ отчётливо уменьшали симптоматику у пациентов с маловыраженными невротическими расстройствами, а фобии и психосоматические расстройства плохо поддавались этим видам психотерапии. Поведенческие методы психотерапии семейных пар и интерперсонально-ориентированный подход системной семейной терапии способствовали успешному преобразованию отношений между пациентами и их близкими и часто приводили к уменьшению невротической симптоматики. Методы когнитивно-поведенческой терапии были высокоэффективными при социальных и сексуальных фобиях, панических расстройствах и навязчивых состояниях, а результаты когнитивной психотерапии при депрессиях оказались лучше, чем при медикаментозном лечении или проведении психоанализа. Эффективность гипнотерапии отмечена у пациентов с алгиями, психосоматическими расстройствами и бессонницей. К. Граве провел сравнительный анализ двух групп методов психотерапии: раскрывающих (с помощью которых ищут ответ на вопросы, почему и как возникли проблемы) и поддерживающих (способствующих преодолению жизненных проблем пациентов). Оказалось, что поддерживающие методы (семейная, когнитивно-бихевиоральная терапия и др.) более эффективны, чем раскрывающие (психодинамические), причем со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Результаты метаанализа продемонстрировали, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов. Кроме того, они говорят скорее в пользу дифференцированного использования методов психотерапии.

Некоторые исследователи полагают, что дифференцированный подход даёт лучшие результаты при работе с определёнными типами клиентов, независимо от имеющихся у них проблем. Так Л. Бетлер и Д. Кларкин (1990), показали, что сопротивляющиеся, т. е. крайне независимые и трудно поддающиеся воздействию и контролю клиенты, лучше реагируют на недирективные подходы, в то время как более зависимые клиенты достигают хороших результатов при использовании директивных воздействий. В ряде исследований приводятся убедительные данные, что определенные виды вмешательств более эффективны в отношении определенных поведенческих проблем или симптомов. Например, большинство фобий хорошо поддаются коррекции с помощью поведенческой терапии, а симптомы посттравматического стресса могут быть эффективно нейтрализованы с помощью ДПДГ. Спор о возможных преимуществах того или иного метода психотерапии при конкретных расстройствах до сих пор не закончен. Вполне вероятно, что при решении одних проблем не имеет особого значения, какой психотерапевтический подход используется, тогда как при решении других выбор определённого вида вмешательств может быть весьма существенным фактором.

Портрет эффективного психотерапевта

Установлено несколько параметров, по которым стили работы психотерапевтов разных школ явно различаются: по уровню активности (пассивный /активный), директивности (направляющий /побуждающий), структурированности (спонтанный /спланированный), контроля (снисходительный /ограничительный), временному фокусу (прошлое / настоящее), характеру терапевтического альянса (авторитарный / равноправный), догме (ригидная /гибкая) и содержанию (когнитивные представления/аффект) (М. Сандленд, 1977). Психотерапевты могут сильно отличаться по этим параметрам и, тем не менее, быть эффективными. В связи с этим хорошо известным фактом были предприняты попытки детального изучения различных аспектов успешного психотерапевтического воздействия, в том числе связанных с личностью психотерапевта. В своем большинстве эффективно работающие психотерапевты разных школ обладают определёнными качествами (Дж. Коттлер, 1991).

1. Модельный эффект личности психотерапевта, т. е. механизм идентификации, который так или иначе используется во всех психотерапевтических подходах. Например, в поведенческой психотерапии с его помощью подкрепляется научение путем подражания, а в психоанализе процесс идентификации происходит в

рамках позитивного переноса. Большинство эффективно работающих психотерапевтов предстают перед пациентом в образе привлекательного, уверенного в себе и контактного человека. Они буквально излучают положительную энергию, проявляют активность и полны энтузиазма, обладают острым подвижным умом, умело пользуются своим, как правило, красивым голосом. Они обладают теми качествами, которые другие люди хотели бы иметь у себя. И если клиент чувствует уважение к своему терапевту или восхищается им, он начинает бессознательно копировать те качества психотерапевта, которые кажутся ему наиболее привлекательными.

2. Хорошее душевное здоровье и способность успешно решать собственные проблемы. Эти качества хороши не только для демонстрации их клиентам в качестве образца для подражания. Уверенный в себе, уравновешенный человек лучше контролирует свое поведение, что очень важно во время сессии. Психотерапевту необходимо отслеживать собственное поведение, не отвлекаться на посторонние мысли, говорить чётко и по существу. Такая самодисциплина требует высокой эмоциональной стабильности и развитых навыков межличностного общения.

3. Личность психотерапевта. Любой выдающийся целитель во все века обладал харизмой и авторитетом, умел увлечь других своими идеями и повести за собой. Многие зависят от умения психотерапевта привлечь и удержать внимание слушателя. Поэтому психотерапевт должен решить для себя сложнейшую задачу – не впадая в нарциссизм и не занимаясь саморекламой, позволить себе проявиться как личность, обладающая внутренней силой и уверенностью. При этом важно не подавлять других, постоянно напоминая о своих знаниях и профессиональных навыках. Необходимо сочетание доброй силы со сдержанностью и достаточной скромностью. Вместе с тем, только сильная личность психотерапевта способна внушать клиентам веру в самих себя, в свою способность эффективно решать имеющиеся проблемы и жизненные трудности. Благодаря этой же силе психотерапевт может влиять на убеждения и поведение клиента.

4. Умение убеждать. В 1973 году Дж. Франк в своей известной работе о роли убеждения в психотерапии отметил, что во все времена основным качеством профессиональных целителей была способность убеждать. Ещё в каменном веке древние целители сверлили отверстия в черепах психически больных, чтобы овладевшие ими демоны могли выбраться наружу. Как подчёркивает Франк, современный психотерапевт уполномочен обществом заниматься переубеждением клиентов. Ведь если клиенты перестанут причинять вред себе и другим и начнут вести себя более конструктивно, общество только выиграет. Эффективно работающие психотерапевты способны убедить пациентов, что целесообразно избавиться от симптомов и попробовать вести себя иначе. Однако это «иначе», которое предлагают клиенту, должно соответствовать его собственной системе ценностей, а не представлениям психотерапевта.

5. Энтузиазм. Один из ключей к успеху в психотерапии – способность заинтересовать клиента, привлечь его к терапевтическому процессу, что напрямую зависит от увлеченности психотерапевта своей работой. Л. Бойтлер (1983) подчеркивает, что «судя по воздействию, которое энтузиазм психотерапевта оказывает на результат терапии, можно утверждать, что тот, кто не испытывает удовольствия от проведения психотерапии, заведомо проводит её неправильно». Нет ничего более ободряющего для разочарованного, страдающего человека, чем войти в кабинет и увидеть перед собой внимательного слушателя, излучающего свет надежды. Энтузиазм и душевный подъём психотерапевта словно передаются клиенту, который оживляется и начинает с надеждой смотреть в будущее.

6. Чувство юмора. Конечно, было бы не совсем правильно утверждать, что хорошо развитое чувство юмора психотерапевта – обязательное условие эффективной терапии. Ведь многие авторитетные психотерапевты, прежде всего психоаналитики, не были склонны шутить во время сессий. Вместе с тем, юмор чрезвычайно полезен, особенно в краткосрочной психотерапии. К. Маданес (1981) считает, что «достичь терапевтического изменения возможно лишь при наличии у психотерапевта достаточного оптимизма и умения видеть в грустном смешное». Это мнение разделяют многие психотерапевты, полагающие, что в основе большинства эмоциональных страданий лежит слишком серьезное отношение к себе. Эффективно работающему психотерапевту не составит труда рассеять пессимизм и чувство безнадежности у

клиента, внося элементы юмора и игры в казалось бы безвыходную ситуацию. Юмор и игра в психотерапии способны: 1) снизить эмоциональное напряжение и разрядить негативную энергию; 2) облегчить контакт между людьми, которые вместе посмеялись (хорошее чувство юмора делает психотерапевта в глазах клиента менее опасным и более лёгким в общении); 3) помочь взглянуть на проблему со стороны, часто по-новому (когда человек смеется, он диссоциируется от проблемной ситуации); 4) облегчить восприятие существующих проблем и жизненных трудностей; 5) активизировать творческий потенциал для решения проблемы; 6) помочь исследовать запретные темы в более благоприятной обстановке; 7) спародировать, доведя до полного абсурда, то или иное поведение клиента, чтобы он мог лучше понять его мотивы и скрытый смысл.

Хороший психотерапевт должен уметь тактично и со вкусом шутить, чтобы обезоружить клиента, устранить его сопротивление и помочь разобраться с болезненными проблемами.

7. Эмпатия. Клинический опыт свидетельствует, что клиенты более охотно работают над собой в присутствии наблюдателя, проявляющего сочувствие, заботу и сердечность. Поэтому для психотерапевта важно проявлять эмпатию и чуткость по отношению к клиенту, который склонен гораздо больше доверять и прислушиваться к человеку, которого он считает хорошим.

8. Умение вызывать доверие. Психотерапевты, которых воспринимают как надежных и заслуживающих доверия, обычно добиваются лучших результатов. Как же должен выглядеть и вести себя психотерапевт, которому можно доверять? Прежде всего, он в ладу с самим собой, его жесты и движения естественны, в них сквозит удовлетворенность и уверенность в себе. Он искренен и конгруэнтен, хорошо говорит, посылая невербальные сигналы, соответствующие смыслу его слов. Всем своим обликом хорошие психотерапевты словно говорят: «Я нравлюсь себе, и Вы мне также нравитесь. Я знаю, что делаю и смогу Вам помочь». Присущая психотерапевту уверенность в своих силах отчасти передается и клиенту.

9. Терпение. Эффективная психотерапия предполагает движение со скоростью клиента. Важно не навязывать клиенту своего темпа, порой проявляя достаточное терпение, чтобы дождаться признаков прогресса. Соблюдение пауз в разговоре, уважение к молчанию клиента помогают ему взять на себя ответственность за развитие и содержание диалога. Психотерапевт принимает клиента как личность, не требуя от него немедленных изменений.

10. Наблюдательность. По мнению Дж. Бьюджентала (1978), хорошего психотерапевта отличает тренированная и отточенная чувствительность ко всему происходящему. Чувствительность заключается в том, чтобы максимально полно использовать все имеющиеся чувства (включая интуицию) для понимания того, что происходит. Такое чувствование, подобно точному прибору, регистрирует мельчайшие детали, которые обычный человек не улавливает: нюансы значений, интонации голоса, неуловимое изменение выражения лица или положение тела, волнение, оговорки и многое другое.

11. Способность признавать свои ошибки. Эффективно работающие психотерапевты умеют признавать ошибки в своей работе, прорабатывать их и учиться на неудачах. Неэффективные психотерапевты говорят себе: «Подход, который я применяю, не вызывает никаких сомнений, да и делаю я все правильно. Значит, причина неудачи в самом клиенте, в его сопротивлении (упрямстве), тяжести психопатологии, низкой мотивации и т. п. Провалы неизбежны в том случае, когда люди не способны признать свои ошибки, сопоставить результаты с ожиданиями и соответствующим образом модифицировать свое поведение. Успех эффективно работающих психотерапевтов объясняется их способностью анализировать свои ошибки, а не отмахиваться от них. Не прибегая к обвинениям пациента в сопротивлении и не отыскивая другие причины неудач, они признают ограниченность собственных возможностей и неизбежность существования неподвластных им процессов. Эффективные психотерапевты стараются не повторять одних и тех же ошибок. Им хорошо известен перечень расстройств, при которых одной психотерапии недостаточно. Они добиваются успехов, потому что вовремя распознают пределы своих возможностей, не считают зазорным попросить о помощи, а также постоянно стремятся учиться, будь то тренинги, супервизия или консультации коллег.

Трудные клиенты психотерапевтов

Существует две основные группы наиболее трудных для психотерапии клиентов: одни имеют хронические психические заболевания, включая алкогольную и наркотическую зависимость, другие – расстройства личности, т. е. психопатии. К первой группе также относятся пациенты с хроническими соматизированными расстройствами, для которых уход в болезнь – это способ существования.

Существенные проблемы возникают с клиентами, которые имеют в отношении психотерапевтов нереалистичные ожидания и быстро в них разочаровываются. По их мнению, хороший психотерапевт просто обязан: знать и уметь абсолютно все; иметь безграничное терпение; быть на положении слуги, которому платят за то, чтобы он терпел всевозможные унижения; иметь в своем арсенале приемы, позволяющие мгновенно избавлять от боли и страданий, причём таким образом, чтобы самому клиенту ничего не надо было делать; полностью предоставить в их распоряжение не только свое рабочее, но и личное время, думать только о них и беседовать с ними (хотя бы по телефону) всегда, когда они этого захотят; не переживать если клиенту вздумалось пропустить сессию, не предупредив его.

Дж. Коттлер (2002) основываясь на анализе поведенческих особенностей пациентов, сильно затрудняющих работу любого психотерапевта, выделяет следующие основные типы трудных клиентов:

Клиенты с неврологическими заболеваниями и психическими расстройствами, которые серьезно нарушают когнитивные функции и их способность к концентрации внимания, слушанию и общению.

Клиенты, скрывающие свои истинные намерения (например, установку на получение группы инвалидности).

Клиенты, склонные игнорировать границы допустимого поведения: «Мне не с кем оставить ребенка – можно он тут у вас немного пошалит в кабинете, пока мы будем беседовать» либо: «Доктор, я тут немного выпил, надеюсь, это нам не мешает».

Клиенты, отказывающиеся нести за себя ответственность. Они склонны воспринимать в штыки, критиковать всех и вся, обвиняя в своих проблемах других людей: «У моего сына очень недалекие учителя, они предвзято к нему относятся, поэтому не удивительно, что у него проблемы в школе».

Клиенты-спорщики, которые обожают словесные перепалки, видя в этом развлечение или проверку своей силы воли. Они подвергают сомнению все то, что предлагает психотерапевт, а порой яростно с ним спорят.

Клиенты-интимобобы. Они отчаянно стремятся к близости с другими людьми, но одновременно опасаются ее из-за чрезмерной чувствительности и ранимости. При малейшей попытке психотерапевта к сближению, чтобы доверительно и откровенно обсудить имеющиеся проблемы, такие клиенты всячески пытаются этому помешать.

Клиенты, психологически несовместимые с психотерапевтом.

Клиенты, приносящие на терапевтические сессии чрезвычайно интенсивные чувства, которые они вместе с психотерапевтом не могут в полной мере проработать.

Нетерпеливые клиенты. Они проявляют крайнее нетерпение и требуют немедленных результатов чуть ли не с первой встречи.

Клиенты с неразвитыми вербальными навыками, которые не способны описать свои мысли и чувства, и действительно трудны для психотерапевтического диалога.

Клиенты с чересчур конкретным мышлением. Они не понимают переносного значения слов, у них не развито абстрактное мышление.

Отчаявшиеся клиенты. К категории наиболее трудных относятся клиенты, утратившие всякую надежду на благополучное разрешение своих проблем.

«Послушные» клиенты. Они притворяются, будто во всем согласны с психотерапевтом, демонстрируя свою заинтересованность и отзывчивость, но при этом, не делают ровным счетом ничего для того, чтобы измениться.

Клиенты, склонные нападать на психотерапевта. Некоторые клиенты злоупотребляют доверием психотерапевта, шантажируют его, вплоть до угроз физической расправы, с тем, чтобы доминировать в терапевтических отношениях: «Я хочу, чтобы Вы позвонили

моей жене и приказали ей вернуться домой. Иначе я напишу жалобу, что Вы ничего не делаете для спасения семьи».

Импульсивные клиенты. Они не способны контролировать своё поведение, чрезвычайно вспыльчивы, среди них часто встречаются лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, а также имеющие расстройства личности (психопатии возбуждимого круга).

Отличительной особенностью всех клиентов, которых психотерапевты разной ориентации считают трудными, является требование повышенного к себе внимания, которое сопряжено с необходимостью затраты на них дополнительных сил и времени (А. Бек, М. Мюллер, 1988). Другая общая особенность – склонность контролировать терапевтические отношения через попытки манипулировать психотерапевтом и проявление сопротивления. Третья особенность трудных клиентов – использование сравнительно примитивных защит, которые защищают клиентов от внутренних конфликтов, но снижают их гибкость и приспособляемость. Например, расщепление, т. е. диссоциация неприемлемых импульсов, присущая пограничным личностям. (О. Кернберг, 1984). Четвертая общая особенность – склонность к экстернализации проблем. Кажется, что эти люди находятся в состоянии войны со всем человечеством. Вместо того, чтобы признать наличие проблемы в себе самом, а следовательно, и возможность ее разрешить, такой человек приписывает проблему внешнему миру. Это «плохие» люди его не любят, мешают ему жить, служат причиной тревог и волнений (Дж. Дэвис, 1984). Поэтому все силы бросаются на то, чтобы восстановить справедливость и защититься от воображаемых нападок.

Для сравнения приведем также краткий портрет идеального для успешной психотерапии клиента. Считается, что наиболее перспективными в плане терапевтического эффекта клиентами являются лица без грубой психопатологии и личностных расстройств, которые часто являются хорошими специалистами в своей области. Они в состоянии четко и ясно сформулировать суть проблемы и желательный для них результат. Такие люди имеют высокую мотивацию к достижению терапевтических изменений, но вместе с тем они способны терпеливо ожидать результатов. Они обладают достаточно высоким интеллектом и хорошими способностями к самоанализу, умеют функционировать в ситуации неопределённости. У таких клиентов развиты навыки межличностного взаимодействия и чувство ответственности. По отношению к психотерапевту они ведут себя уважительно и всегда признательны за оказанную помощь.

Справедливости ради следует отметить, что трудности в работе с тем или иным клиентом часто определяются не только его характерологическими и поведенческими особенностями, но и стилем работы самого психотерапевта. Если последний демонстрирует в отношениях с клиентом свою значимость, проявляя высокомерие, тот, в свою очередь, может продемонстрировать защитное (трудное) поведение. Это происходит, когда специалист подавляет своим авторитетом, вещая одному ему ведомые истины. Некоторые психотерапевты впадают в нарциссизм, свято веря, что они всезнающие и всемогущие, обладают магической силой, которая позволяет читать мысли клиентов и буквально предвидеть будущее. Если психотерапия не дает должного эффекта, вина целиком и полностью ложится на клиента. Такие специалисты ждут и даже требуют, чтобы клиенты проявляли желание сотрудничать с ними, предоставляя максимум возможностей, чтобы сотворить очередное чудо исцеления, используя для этого весьма ограниченный набор стратегий. Отсутствие зримых результатов обычно списывается на сопротивление.

Кстати говоря, сопротивление может быть вполне нормальной и здоровой попыткой приостановить процесс, когда не известны последствия возможных изменений. Причиной сопротивления могут быть выраженные расстройства личности. К сопротивлению иногда прибегают из-за боязни успеха, оно может быть продиктовано стремлением к самонаказанию. Можно выделить пять основных типов сопротивления, требующих разных подходов (Дж. Коттлер, 2002).

1. Клиент просто не понимает, чего от него ждет психотерапевт. Он может обладать чересчур конкретным мышлением. Один пациент при ответе на вопрос, как он оказался у психотерапевта, сообщил, что доехал на автобусе. Здесь речь не идет о попытке пошутить или уклониться от ответа: человек попросту не понял смысл вопроса.

Соппротивление первого типа связано с наивностью клиента или двусмысленными вопросами психотерапевта. Его можно избежать, выражаясь при общении с таким клиентом как можно точнее, четче и конкретнее формулируя цели и задачи терапии.

2. Клиент не справляется с предписанными заданиями, потому что не обладает необходимыми для этого знаниями или навыками. Он просто не способен выполнить то, о чём его просят. «Как Вы себя чувствуете сейчас?» – спрашивает несколько раз психотерапевт у расстроенной чем-то женщины. Клиентка отвечает: «Не знаю» с нарастающим раздражением, потому что она не может точно описать свои чувства. В таких случаях следует просить клиентов делать только то, на что они в данное время способны.

3. Соппротивление, обусловленное недостаточной мотивацией. Клиенты с безразличием относятся ко всем действиям психотерапевта. Такое поведение может быть результатом предшествующих неудач в лечении или отсутствия веры в себя. В основе сопротивления этих клиентов чаще всего лежат их нереалистичные требования к окружающей действительности («люди несправедливы ко мне») и пораженческие установки. Соппротивление третьего типа проявляется тем, что клиент отклоняет любые попытки наладить с ним сотрудничество: «К чему тратить время на разговор с Вами? Ведь ничего не изменится и жена всё равно уйдет от меня. По крайней мере, пока я в депрессии она на это не решится». В таких случаях задача психотерапевта – вселить в клиента надежду, а также найти для него источники позитивного подкрепления. В приведенном примере клиенту следует дать понять, что, если собственное настроение его мало беспокоит и спасти брак вряд ли удастся, ему стоит подумать над тем, какое воздействие оказывает его поведение на детей.

4. Соппротивление четвертого типа – это вариации на тему вины и тревоги. В процессе терапии эффективность защитных механизмов падает, подавленные чувства выходят на поверхность, что и заставляет клиента оказывать сопротивление. Работа может протекать достаточно гладко, пока не затрагиваются болевые точки. Тогда клиент вольно или невольно начинает саботировать дальнейшее движение. Ведущей силой здесь чаще всего является страх того, что предстоит делиться личными переживаниями с незнакомым человеком, страх перед неизвестностью, боязнь почувствовать осуждение или испытать душевную боль, которая неизбежно сопровождает проработку глубинных проблем. Работа с таким сопротивлением – главный конёк инсайт-ориентированной терапии. Считаются важными предоставление поддержки клиенту, налаживание с ним доверительных отношений, облегчение процесса самопринятия, использование при удобных случаях соответствующих интерпретаций ситуации.

5. Соппротивление пятого типа обусловлено вторичными выгодами, которые получает клиент от своих симптомов. Вторичные выгоды позволяют клиенту откладывать принятие решений, бездействовать. Они помогают клиенту избегать ответственности. «Это не моя вина» и «Я ничего не мог поделать» – наиболее частые заявления трудных клиентов, склонных перекладывать ответственность за свои проблемы на других людей. Вторичные выгоды помогают клиенту поддерживать статус-кво. Клиент продолжает находиться в знакомой обстановке, какой бы ужасной она не была. Ему не надо заниматься непростой работой по изменению устоявшегося образа жизни. При работе с сопротивлением этого типа важно, чтобы клиент осознал вторичные выгоды, которые он извлекает из своего состояния. Вторичные выгоды представляют ценность только до тех пор, пока клиенты не осознают смысла дисфункционального поведения или симптомов. Ибо как только всплывает их подоплека, клиента легче побудить к реальным изменениям и принятию ответственности за свою жизнь.

Порой психотерапевты сами помогают стать клиенту трудным. Главный источник сопротивления в психотерапии, за который несет ответственность психотерапевт – это его уверенный тон, которым клиенту провозглашаются абсолютные истины о добре и зле. Навязывание психотерапевтом собственных, подчас весьма ригидных убеждений, может вызвать сопротивление даже у миролюбивых клиентов, поскольку под сомнение ставится способность клиента самостоятельно судить о том, что для него хорошо, а что плохо.

Хорошо известно, что психотерапевты, чувствующие себя опустошенными, утратившие энтузиазм в отношении своей работы, пресыщенные, безразличные к тому, что они делают, встречают на своем пути гораздо больше сопротивляющихся клиентов, не

желающих с ними сотрудничать, по сравнению с теми специалистами, которые испытывают удовольствие от своей работы. Клиницист с синдромом профессионального выгорания нетерпелив, легко раздражается, требуя от клиентов полного подчинения. Любые отклонения от намеченного курса рассматриваются им как сопротивление и встречают соответствующую негативную реакцию. Негативная реакция клиента на психотерапию не обязательно проистекает из сопротивления или природной склонности к проблемному поведению. Порой клиенты защищаются от воображаемой угрозы со стороны психотерапевтов, которые проявляют излишнюю директивность. Гибкость и прагматизм – ключевые качества, необходимые при работе с трудными клиентами. Лучше других к этому готовы психотерапевты, владеющие обширным набором приемов и техник вне зависимости от теоретической базы и концептуальных рамок. Для эффективной терапии важно умело модифицировать свой стиль работы, варьируя степень директивности и методы вмешательства в соответствии с жалобами конкретного клиента, его личностными особенностями и специфическими потребностями. Сегодня уже нельзя позволить себе роскошь придерживаться только одного подхода, игнорируя достижения других школ. Поэтому столь активно разрабатываются интегративно-эkleктические подходы к оказанию помощи, которые включают наиболее продуктивные методы, принадлежащие различным психотерапевтическим школам. Эти подходы можно сравнить с антибиотиками широкого спектра действия, которые назначаются, если не ясно, какой именно микроб вызвал заболевание. Если один из элементов универсального подхода не даст нужного эффекта, другой поможет справиться с проблемой. В работе с особенно упорным сопротивлением клиента, вместо того, чтобы применять единственную стратегию, которая уже показала свою малую эффективность, предпочтительнее использовать прагматичный подход, включающий множество различных приемов. При этом затрагиваются основные факторы изменений: аффективные переживания, когнитивное постижение и поведенческая регуляция.

Перечислим факторы, которые позволяют повысить эффективность работы независимо от теоретических предпочтений психотерапевта:

1. Измененные состояния сознания –повышают восприимчивость клиента к терапевтическим интервенциям и позволяют уменьшить сопротивление. Возникают в гипнотическом трансе, при использовании специальных дыхательных техник, аппаратных методов, а также под действием закиси азота или барбитуратов.
2. Плацебо-эффекты. Выражение уверенности в том, что клиент в конце концов добьется успеха.
3. Установление доверительных отношений для преодоления упрямства и предубеждений трудного клиента.
4. Катарсис. Поощрение свободного выражения гнева и фрустрации более прямыми и здоровыми способами: «Вместо того, чтобы что-то бормотать себе под нос, внятно скажите мне, что Вы сейчас чувствуете».
5. Повышение самоосознания. Повышение осознания клиентом паттернов сопротивления и их скрытого смысла: «Почему Вы считаете, что едва ощутив симпатию к кому-либо, Вы немедленно стремитесь найти способ уничтожить будущие отношения в зародыше?».
6. Подкрепление. Использование принципов научения для устранения неадекватного поведения и подкрепления усилий по сотрудничеству: «Я приятно удивлен, что сейчас Вы высказались о своём супруге без всяких отрицательных эмоций».
7. Репетиции новых способов мышления и желательного поведения в ходе выполнения домашних заданий.
8. Потрясение основ. Подрыв представлений клиента о себе самом и окружающем мире с целью создания новой, более здоровой реальности: «Не думаю, что смогу Вам помочь, да и вряд ли кто-нибудь сможет это сделать. Не вижу для Вас иного выхода, как потерять всё, что Вы имеете. Когда Вы останетесь без работы, без семьи, без денег для покупки наркотиков, приходите, поговорим».
9. Модельное поведение. Использование психотерапевтом сильных сторон своей личности, с тем, чтобы дать клиенту пример для подражания.
10. Терпение. Уважительное отношение к праву клиента на собственный, удобный для него темп в психотерапии.

Краткосрочные методы психотерапии

Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз История возникновения и развития метода

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

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

Теоретическая основа и сущность метода

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

человека и обретения им психологического комфорта. Одной из характерных особенностей эриксоновского подхода является стремление избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта. Сам Эриксон высказался по этому поводу вполне определенно: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования». По мнению Б. Эриксона (2002), «нельзя говорить о существовании эриксоновской теории, так как невозможно создать теорию, охватывающую все типы людей. Есть некоторые конструкции, есть опыт и некоторые положения, но не существует единой теории. Есть только одно правило, из которого нет исключений. Оно гласит: "Из всех правил есть исключения"». Высказывание дочери Эриксона перекликается с точкой зрения Карла Роджерса, который писал: «Есть только одно утверждение, применимое ко всем без исключения теориям и оно гласит, что на момент создания в каждой теории много неясного и ошибочного... Я огорчен той готовностью, с которой ограниченные умы принимают практически любую теорию, считая ее отражением истины. Если же видеть в теории то, чем она в действительности является, а именно робкую попытку установить взаимосвязь между имеющимися фактами, тогда теория будет выполнять свои функции, в частности стимулировать творческое мышление».

Тем не менее, с известными оговорками, к теоретическим основам эриксоновской психотерапии могут быть отнесены:

- общие теории психологии и патопсихологии;
- теория интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии исследовательской группы Г. Бейтсона;
- непротиворечивые базовые теоретические положения ряда психотерапевтических подходов (стратегического, психоаналитического, системного семейного, когнитивно-бихевиорального, мультимодального – концепция технического эклектизма А. Лазаруса).

Метод носит стратегический характер, т. е. психотерапевт определяет основные проблемы пациента, намечает цели психотерапии и предлагает определенные подходы для их достижения. Он является краткосрочным и, прежде всего, ориентирован на восстановление душевного и физического самочувствия, нуждающихся в психотерапевтической помощи людей, до приемлемого для них уровня.

Психотерапевтические интервенции во многом выполняют роль рычага, необходимого для запуска процесса изменений. Работая с симптомом, эриксоновские психотерапевты ожидают эффекта «снежного кома», полагая, что изменения какого то элемента в системе могут привести к изменениям всей системы. М. Эриксон говорил, что «психотерапия часто напоминает толчок первой костяшки домино». Научившись справляться с симптомами, пациенты часто избавляются от ригидных психических установок. Затем благотворные изменения могут затронуть и другие стороны их жизни. Достижение позитивных результатов считается важнее прояснение прошлого или понимания значения и функции симптома. По наблюдениям Эриксона решение проблемы может быть вообще не связано с тем, что послужило ее причиной. Иногда даже допустимо позволить симптому существовать и далее, но по иному, переработав его.

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

которые не распознаются сознательно, как внушенные другим лицом. Предложенные таким образом идеи могут быть приняты или отвергнуты, но в случае принятия они осознаются как свои собственные, а не навязанные извне.

Утилизация – отличительный признак эриксоновского подхода и важнейший источник успешной терапии. Это готовность психотерапевта стратегически реагировать на абсолютно любые аспекты пациента и окружающей среды. Психотерапевт улавливает и использует (утилизирует) все, что происходит с пациентом и вокруг него во время терапии. М. Эриксон (1976) описывал утилизацию следующим образом:

«Психотерапевты, желающие помочь своим пациентам, никогда не должны ругать, осуждать или отвергать любую составляющую поведения пациента просто потому, что это является неконструктивным и неразумным. Поведение пациента является частью его проблемы... Все то, с чем пациенты приходят в кабинет психотерапевта, является в некотором смысле частью их проблемы. На пациента следует смотреть с сочувствием, ценя ту целостность, которая предстает перед терапевтом. Поступая так, терапевты не должны ограничивать себя тем, что они ценят лишь хорошее или разумное с точки зрения возможного основания для терапевтических процедур. На самом деле гораздо чаще, чем это осознается, терапия может иметь прочное основание лишь при утилизации глупых, абсурдных, иррациональных и противоречивых проявлений. Профессиональное достоинство терапевта не затрагивается, а профессиональная компетентность – повышается».

Для эриксоновского подхода характерна депатологизация проблем пациента.

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

Типичен косвенный подход, который заключается в том, что помощь в открытии ресурсов, новых возможностей и ответов, осуществляется незаметно. Пациенты далеко не всегда замечают и осознают, что эта помощь исходит от психотерапевта.

Терапевтическое воздействие осуществляется как в обычном, так и в трансовом состоянии. Гипнотерапия – один из лучших способов создания условий, благоприятствующих необходимым изменениям. Эриксоновская модель гипнотизации отличается от классической, которая использует технику программирования пассивного пациента. В эриксоновском гипнозе между пациентом и психотерапевтом устанавливаются отношения, основанные на взаимодействии и сотрудничестве. При этом психотерапевт постоянно отслеживает сигналы, исходящие от пациента, и дает ему понять, что воспринимает их, чем побуждает к сотрудничеству и углублению гипнотического функционирования. В трансе происходит взаимодействие двух бессознательных, их диалог и обмен информацией. По словам Жака Паласи, «пациент использует психику терапевта, чтобы совершить работу, которую он не смог бы проделать в одиночестве». Применяются гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: психотерапевт вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к его позе, дыханию, особенностям речи), а затем незаметно все больше начинает им руководить, постепенно вводя в гипнотический транс. Эриксоновский подход повышает восприимчивость пациентов к гипнозу и эффективность работы в трансе, позволяет избежать или мягко обойти

сопротивление, которое нередко возникает у субъекта при использовании директивных и шаблонных методов гипнотизации, а также императивных суггестий, ориентированных на снятие симптомов или изменение нежелательного поведения. Такой гипноз позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, преодолеть их и получить доступ к новым ресурсам а, в конечном итоге, к новым, адаптивным моделям личностного функционирования. В рамках метода разработан и широко используется обширный технический инструментарий. Это – множество способов наведения транса, диссоциация сознательных и бессознательных процессов в психике, различного рода косвенные и открытые внушения, включая терапевтические метафоры и истории, рефрейминг, домашние задания по развитию тех или иных навыков и умений, парадоксальные техники, неопределенные задания и т. п. Все они используются для побуждения пациентов к активному участию в изменении их способа сосуществования. Эриксоновский подход отличается строго индивидуальным характером работы с каждым пациентом. Механическое осуществление стандартных процедур отвергается. Эриксон говорил, что для каждого пациента он разрабатывает свою психотерапию. Например, применение метафорических сообщений требует очень хорошего понимания потребностей того человека, которому они адресованы. Одна и та же метафора может быть воспринята двумя людьми совершенно по-разному. Кроме того, характер психотерапевтических интервенций слегка меняется в работе с каждым индивидом, чтобы максимально соответствовать его особенностям. Очевидно, что высокая эффективность данного направления психотерапии обусловлена его прагматизмом и ориентацией на достижение реальных целей, богатым психотерапевтическим инструментарием и чрезвычайно гибким, индивидуальным подходом к использованию тех или иных технических приемов у конкретного пациента. Дж. Зейг (1990) выделяет следующие основные аспекты эффективного воздействия на пациента в эриксоновской терапии:

- Обращение к пациенту через его систему ценностей.
- Подчеркивание позитивного.
- Использование косвенного воздействия. Причём объем косвенного воздействия прямо пропорционален сопротивлению пациента.
- Конструирование будущих внушений и реакций шаг за шагом.
- Использование алогичных замечаний и замешательства.
- Активизация конструктивных эмоций через драматизм, юмор и неожиданность.
- Использование амнезии.
- Домашние (терапевтические) задания.
- Использование социальных систем.
- Ориентация на достижение лучшего будущего.

Практические аспекты применения метода

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

Стадии гипнотического транса (по Э. Росси, М. Эриксону 1976):

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

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

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

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

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

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

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

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

Признаки транса

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

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

Вегетативные реакции – изменение цвета лица и других кожных покровов, температуры тела, частоты сердечных сокращений, артериального давления. При

индукции транса лицо пациента часто розовеет (активизируется парасимпатическая нервная система), в ходе работы над проблемой лицо может бледнеть вследствие повышения тонуса симпатической нервной системы.

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

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

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

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

Непроизвольное поведение – плач, смех, иногда глубокое сглатывание.

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

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

Искажение течения времени в трансе.

Буквальное восприятие речи гипнотерапевта в трансе

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

Виды внушений в гипнозе

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

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

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

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

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

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

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

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

Трюизм – высказывание очевидных банальностей. Эффект основан на том, что одно только словесное обозначение того или иного явления уже способствует его осуществлению: «Когда мы устаем, наши глаза потихоньку начинают слипаться и иногда сами собой закрываются». Или: «Когда удобно сидишь, можно расслабиться. Каждый человек входит в транс по-своему».

Двойная связка (выбор без выбора) – предложение двух практически одинаковых вариантов решения, которые создают у пациента иллюзию выбора. В воспитании ребенка: «Ты хочешь пойти спать прямо сейчас или после того, как уберешь игрушки». Ратификация – подтверждение того, что происходит в трансе. Терапевт замечает изменения и фиксирует на них внимание пациента, давая понять, что процесс идет в нужном направлении: «Обратите внимание, что Ваше дыхание стало глубже и спокойнее...».

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

Импликация – упоминание о том, что должно быть внушено, как об уже свершившемся факте: «Я думаю, что при нашей следующей встрече через неделю мы сможем обсудить некоторые изменения в вашем состоянии» (подразумевается, что пациент даст согласие на следующую встречу и его состояние к этому времени может измениться).

«Старайтесь не входить в гипнотическое состояние пока не устроитесь удобно в этом кресле» (подразумевается, что когда пациент устроится, то войдет в транс).

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

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

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

Аллюзия (намек) – скрытое внушение, активизирующее определённые психические ассоциации пациента. Например, когда пациенту в трансе говорят о свежем воздухе, весьма вероятно, что он сделает глубокий вдох. Эриксон использовал намеки, чтобы стимулировать автоматическое письмо: «Когда есть бумага и карандаш, то можно что-нибудь написать, часто даже не зная, что будет написано. Наверняка карандаш, который я взял уже писал раньше. Сейчас левша взял бы карандаш левой рукой...».

При этом пациент как бы говорит себе: «Я правша и беру карандаш правой рукой...».

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

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

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

Внушение, покрывающее все возможности класса – предоставляет все возможные выборы (с учетом реальных возможностей для их воплощения в жизнь): «И я не знаю,

какой именно способ выберет ваше бессознательное, чтобы привести к снижению веса: может быть Вам просто перестанут нравиться сладости, мучные изделия и жирная пища, а может быть Вам покажется привлекательной кремлевская диета, возможно, Вы выберете более активный образ жизни с посещением бассейна и тренажерного зала, либо Вы остановитесь на приеме каких то препаратов для похудения. Одно я знаю точно – Ваше бессознательное найдет самый подходящий для Вас способ решения проблемы веса».

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

Гипнотическая рамка

Обеспечение безопасности клиента и вводные указания

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

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

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

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

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

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

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

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

что многие люди уже после первого сеанса начинают чувствовать себя лучше и лучше...».

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

Основные стратегии работы

1. Укрепление Эго пациента ресурсами.

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

Транс «Сопровождение в приятном воспоминании»

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

различных элементов, составляющих его. Также Вы изучаете цвета этого места, их нюансы, оттенки. И среди этих оттенков, многообразия этих цветов, Вы можете развлекаться, выбирая тот цвет, который Вам подходит, который гармонирует с Вами неизвестно почему. И когда Вы выберете этот цвет, Ваш палец даст об этом знать. Попробуйте увидеть, обладает ли Ваша память способностью позволить Вам обрести то, что я называю музыкой воспоминания, т. е. звуки, шумы, которые Вы слышали в тот день. И если Вы обретете некоторые из этих звуков, Вы знаете, как Вы можете дать знать мне об этом. Очень хорошо, оставайтесь в контакте с этой музыкой. Слушайте ее как следует. Слушайте как будто в первый раз. Она позволяет Вам обрести физические ощущения, которые Вы испытывали в тот день.

Вы обрываете положение собственного тела в тот день. И когда Вы хорошо почувствуете положение Вашего тела, Ваш палец даст мне об этом знать. Располагайте временем, чтобы как следует обрести эти приятные ощущения. То время, которое Вам необходимо. Потому что в то время, как одна часть Вас самих ищет эти ощущения, другая часть осуществляет работу на другом уровне, приятную и полезную работу, которая обладает способностью мобилизовать все, что может быть в Вас мобилизовано, но это не важно. И пока Ваше тело комфортно расположено, в течение нескольких мгновений у Вас будет возможность иметь время для себя, время, которое принадлежит только Вам. И, наверное, в Вашей жизни было не слишком много времени, когда в течение нескольких мгновений, которые здесь будут несколькими секундами, а, может быть, благодаря Вашему бессознательному, станут несколькими минутами, которые Ваше воображение сможет превратить в несколько часов. Это будет Ваше собственное время, Ваше личное время, которое Ваше бессознательное сможет использовать с наибольшей пользой. А пока у Вас есть время, чтобы помечтать и позволить своему воображению предоставить совсем другое приятное воспоминание или какое-то время побыть в этом удивительном ресурсном воспоминании, проникаясь теми чувствами, эмоциями и физическими ощущениями, которые и сделали его столь приятным и радостным для Вас. А потом вернуться обратно. И сделать это быстро или медленно, так как Вам было бы удобнее всего перенести эти комфортные ощущения в реальность сегодняшнего дня. Туда, где время будет течь как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным. И Вы действительно сможете сохранить в себе всё то, что может помочь в решении Вашей проблемы. И ощущая себя спокойнее и увереннее, Вы можете открыть глаза и целиком возвратиться в реальность, которой сейчас принадлежите.

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

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

Стенограмма ресурсного транса «Птица»:

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

Я хочу, чтобы Вы представили себя таким, какой Вы есть, в другом месте и в другом времени. Представили где-то там, где Вы стоите на вершине огромной горы, с которой

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

И в какой-то момент Вы сможете увидеть, что в этом огромном мире вокруг Вас есть особенный уголок природы, как островок, как оазис – маленькое, но очень притягательное пространство, которое можно заметить с той высоты, на которой Вы совершаете свой удивительный полет, ощущая всё большую и большую свободу. И тогда Вам будет любопытно и приятно, точно нацелившись, двигаться прямо к этому восхитительному месту, где природа как будто бы специально собрала воедино всю красоту мира, все его краски, все запахи и звуки, словом, все, что связано с удивительно прекрасным миром природы. И в какой-то момент так приятно очутиться там так, как это делает большая и сильная птица, которая, планируя вниз с большой высоты наконец достигает этого места и садится на землю, может быть под деревом, а может быть на большой камень. И в тот же момент Вы легко обретаете вновь образ собственного тела, когда появляются и становятся опорой ноги, а крылья превращаются в руки, когда ощущаете своё туловище и все тело целиком. Такое легкое и свободное тело, которым вы управляете в мире собственных желаний и чувств. Оглянитесь вокруг. Поблизости есть вода, может быть, это ручей и он достаточно широк, или горная река с водопадом, а может быть это другое водное пространство. Просто оглянитесь, всмотритесь в него. И Вам будет очень интересно в какой-то момент войти в воду своим собственным способом, просто погрузиться в нее. И иногда так приятно полежать на дне у самого берега, там, где мелко и нет особого течения, где можно удобно устроившись, просто ощущать, как вода соприкасается с поверхностью тела, как струйки воды омывают каждую клеточку Вашей кожи. А может быть, это мощный поток, которому можно подставить разные части своего тела. Этот поток воды, он как будто бы смывает усталость долгого полёта, долгого движения в особом пространстве, где обретаешь свободу и силу. И так приятно ощущать собственное тело в воде, которая делает его таким легким, свежим, девственно чистым, когда каждая клеточка кожи как будто бы дышит своим собственным дыханием. И оставаясь, какое-то время в воде или рядом с водой, Вы можете еще раз оглядеться по сторонам, чтобы увидеть и получше запомнить этот прекрасный мир вокруг, мир, где как будто бы собраны все краски, все запахи, все свежее дыхание неба. А потом Вы сможете вернуться на то место, где некоторое время назад приземлилась Ваша собственная птица или можно сказать иначе: птица Вашего собственного тела. И снова сотворите это удивительное превращение, когда Ваши ноги становятся мощными лапами сильной птицы, а руки превращаются в крылья, и Вы снова начинаете свой полет. И взмывая ввысь, и продолжая набирать высоту, Вы можете увидеть, как это удивительное пространство, это особое место, где Вы только что побывали, становится все меньше и меньше, постепенно превращаясь в маленькую точку там, далеко внизу. И тепло солнечных лучей становится все ярче, все звонче, все ощутимее. И где-то там, высоко в небе, поближе к солнцу есть то, что можно было бы назвать магическим кругом энергии. То пространство, попадая в которое можно обрести всю силу, всю энергию, всю мощь солнца. И в какой-то момент, продолжая свой полёт и в конце концов оказавшись в этом магическом круге, Вы ощущаете прикосновение этой вечной энергии солнца, обретая часть ее, обретая новые силы и возможности, просто ощущая эту энергию своей.

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

2. Гипноанализ

В настоящее время применяют две версии гипноанализа. Одна из них рассматривает гипноз как способ преодоления сопротивления при использовании методики свободных ассоциаций в ходе психоаналитического лечения. Другая методика, разработанная Эриксоном и его последователями, очень гибкая и позволяет получить доступ к вытесненной или забытой информации. Так, дети часто диссоциируются от травматического опыта, который затем вытесняется в бессознательное. Для получения вытесненного материала используют целый ряд специальных приемов: возрастную регрессию, автоматическое письмо, визуализацию сцен, относящихся к психотравмирующей ситуации, индукцию сновидений, анализ травматического эпизода с помощью идеомоторных реакций (через сигналы пальцев рук, свидетельствующих об ответах «да» или «нет» на те вопросы, которые задают в трансе, обращаясь к бессознательному пациента) и др.

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

полезное... А когда эта важная работа подойдет к концу на этом отрезке времени, на этом уровне Ваших возможностей, руки просто сами опустятся вниз, и Вы сможете вернуться обратно в реальность сегодняшнего дня». По ходу сеанса психотерапевт избегает каких-либо собственных толкований происходящего с пациентом и через серию достаточно неопределенных вопросов побуждает его к интенсивной внутренней работе, направленной на поиск новых знаний и новых возможностей. Еще раз подчеркнем, что психотерапевт не вправе интерпретировать движения рук или ощущения, о которых рассказывает пациент. Он просто наблюдает, слушает и задает вопросы, ориентирующие человека на поиск ответов. Работа с полярностями не предполагает законченности, скорее она направлена на дальнейшее переосмысление отношения пациента к проблеме с учетом полученной в трансе информации и выявление новых возможностей.

Широко используется стратегия гипноанализа, связанная с возрастной регрессией и прояснением истоков существующей проблемы. Полученный материал сразу же перерабатывают в позитивном контексте. Для этого, например, «взрослое Я» клиента отправляют на встречу с самим собой в прошлое (это не что иное, как обеспечение доступа к замороженному во времени травматическому опыту). В ходе трансового путешествия задача «взрослого Я» состоит в том, чтобы на месте оказать поддержку и предоставить адекватную информацию о дальнейших событиях своему «молодому Я». Прием обусловлен тем, что травматическое событие часто хранится в нейронных сетях мозга в изолированном, законсервированном виде и новый жизненный опыт не связывается с этой негативной информацией, которая может долгие годы не подвергаться адаптивной переработке. Работа в гипнотическом трансе позволяет обеспечить прямой доступ к травматическому материалу, который, теряя свой аффективный заряд, подвергается нейтрализации.

3. Изменение бессознательных поведенческих программ

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

Метафора

Метафора – это своеобразный вид символического языка, который издавна используется в целях обучения. Это притчи Старого и Нового Завета, дзэн-буддистские коаны, мифы, легенды, сказки, литературные аллегории. В них широко используются метафоры, чтобы выразить определенную мысль в не прямой, но, тем не менее, весьма впечатляющей форме. В широком смысле метафора – иносказание вообще, а в более узком смысле – обозначение предметов или явлений одного ряда с помощью свойств, характерных для предметов или явлений другого ряда. Это особое и весьма эффективное средство общения, использующее аналогии. Аристотель говорил: «Делать хорошую метафору – это замечать сходство и различия. Метафоры позволяют упростить сложную проблему, сделать ее более доступной для понимания. Р. Ван Ойху принадлежит следующее определение: «Метафора – мышление в терминах иного». Он выделяет «мягкое» и «жесткое» мышление. Для «жесткого» характерны логика, рассудок, критика, работа, строгость, точность, сосредоточенность, анализ, конкретность. Для «мягкого» – метафора, мечта, юмор, неопределенность, игра, приблизительность, фантазия, парадокс, подозрение, обобщение. Мягкое мышление пытается найти сходство между вещами, жесткое – различия. В образной фазе возникают новые идеи, в практической – оцениваются и реализуются. Оба типа мышления играют важную роль, но действуют на разных фазах (Р. Ван Ойх, 1997). В дзэн-буддизме много веков назад придумали коаны – парадоксальные, неподвластные логике загадки (вероятно, один из наиболее ранних способов говорить метафорами). Коаны подают сообщения в не директивной, насмешливой форме. Коаны одного типа представляют простые, но вместе с тем загадочные и завуалированные констатации: «Ты слышал, как звучит хлопок 2-х ладоней? А как звучит хлопок одной ладони?». Коаны другого типа имеют форму вопрос-ответ, но нетрадиционны по смыслу. Ответ учителя всегда поражает неожиданностью и непостижимостью. Молодой

монах спросил учителя: «В чем секрет просветления?». Последовал ответ: «Когда ты голоден – поешь, когда устал – поспи». Молодой монах спросил: «Как я могу познать истину?». «Посредством ежедневного наблюдения», – ответил учитель. Шао Шаня спросили: «Существует ли высказывание, которое не было бы ни истинным, ни ложным?». Ответ: «В белом облаке не увидишь ни следа уродства». Сила смысла – в загадке. Считают, что основная ценность коанов состоит в том, что содержащаяся в них загадка, требует от ученика выхода за пределы традиционного, рационального мышления. Выйти за пределы собственного разума, раствориться в потоке озарения, которое всегда в нас, наконец, достичь главного для восточных практик – «просветления». Вероятно, поэтому на Востоке особенно преуспели в метафорическом обучении. Приведем несколько притч, которые могут быть использованы в терапевтической практике.

Даосская притча «Вор». Пропал у одного человека топор. Подумал он на сына своего соседа и стал к нему приглядываться. Ходит, как укравший топор, глядит, как укравший топор, говорит, как укравший топор, словом каждое движение выдает в нем вора. Но вскоре этот человек, вскапывая землю в долине, нашел свой топор. На другой же день снова посмотрел он на сына своего соседа: ни жестом, ни движением, ни разговором не походил он на вора.

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

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

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

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

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

Функции метафор в психотерапии

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

Полезную информацию о субъективном восприятии клиентами собственной проблемы дает использование ее метафорического образа. Клиенту говорят: «Любая проблема похожа на стену. Если представить, что Ваша проблема – это стена, то какая это была бы стена?» Важно получить детальное описание созданной воображением клиента стены (ее высота, толщина, протяженность, материал из которого она сделана и т. д.), символизирующей актуальность и тяжесть проблемы, с которой он обратился за помощью к специалисту. Далее клиента спрашивают: «Если бы Вам нужно было перебраться на ту сторону, как бы Вы это сделали?». Очевидно, что образ очень высокой и прочной стены большой протяженности, которая представляется практически непреодолимым препятствием, в метафорической форме отражает

представления пациента о сложности и трудноразрешимости проблемы, ее субъективную значимость и сложность проблемы, а также стратегии ее преодоления. Таким же образом возможно получить представление о цели, которую ставит перед собой клиент: «Если бы Ваша цель была бы похожа на гору, то какая это была бы гора».

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

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

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

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

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

Терапевтическая метафора

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

П. Вацлавик (1985), считает, что мы как бы владеем двумя языками: один – рассудочный, логический, аналитический – это язык причинности, объяснений, интерпретаций. Это язык большинства направлений в психотерапии (рационально-эмотивное, когнитивно-бихевиоральное, аналитическое). Другой – язык образности, метафоры, символов, синтеза и общности, но никак не аналитического анализа. Этот второй язык более продуктивен для изменений в ходе психотерапии. Потому что мы мечтаем на языке правого полушария. Каламбуры, парадоксы, стихи, афоризмы, метафоры в своём глубоком значении также воспринимаются правым полушарием. Ни одна из этих форм коммуникаций не относится к направленной, однозначной, логической передаче идей, чем занимается левое полушарие. Левое полушарие – своеобразный страж, удерживающий проблеморазрешающую систему

индивида в строгих рамках. Но если проблема не решается при использовании рационального подхода (возникает логический тупик), требуется выход за пределы обычной логики. Многие проблемы, страхи иррациональны по своей природе, поэтому требуется иной, менее логичный, порой парадоксальный подход, который позволяет выйти за рамки привычных ограничений.

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

истинная аналогия (истинное сопоставление): «Эта боль сдавливает мне голову, как если бы она была зажата в тиски»;

сокращенное сопоставление: «Эта боль как тиски»;

присутствующая метафора (по Аристотелю): Сравнивающая часть исчезает и остается идентичность: «Боль – это тиски»;

исчезновение сопоставляемого: «Эти тиски...».

на пятом уровне исчезают тиски, а остается только кинестетика. Слов больше нет – есть только выражения.

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

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

Полностью определите проблему пациента.

Определите структурные составляющие проблемы и соответственно действующих лиц.

Найдите изоморфную ситуацию.

Укажите логическое разрешение, определите, чему нужно научиться и найдите контекст, где эти моменты будут очевидны.

Облеките эту структуру в историю, которая будет занимательной и скроет Ваши намерения (чтобы избежать сопротивления).

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

Проблема

Терапевтическая метафора

Дот теряет уважение к себе и может потерять мужа.

Дот не может сопротивляться соблазну иметь отношения с мужчинами.

Внебрачный секс кажется Дот более привлекательным и возбуждающим.

Дот не удовлетворена своими сексуальными отношениями в браке.

Каждая новая внебрачная связь увеличивает шансы потери мужа.

Дот чувствует свою вину, она испытывает беспокойство и плохо спит.

Дот никогда не пыталась создать удовлетворяющие сексуальные отношения с мужем.

Дот необходимо применить свою энергию, чтобы повысить привлекательность интимных отношений с мужем.

Дот должна найти удовлетворение дома.

Дот должна гордиться своими сексуальными отношениями с мужем.

Женщина на пути к ожирению, она ест много и полнеет все больше.

Женщина не может отказать себе в сладком десерте и нередко ест вне дома.

Женщине нравится принимать пищу вне дома.

Женщина едва притрагивается к еде, которую она готовит дома сама.

Каждый прием пищи вне дома делает ее все более толстой.

Женщина уже не влазит ни в одно старое платье.

Женщина никогда не училась готовить ту пищу, которая ей нравилась.
Женщина переустроила свою кухню, купила поваренную книгу и стала пробовать различные рецепты блюд.
Женщина обнаружила, что ее низкокалорийная пища превосходит по вкусу ресторанный.
Женщина похудела и гордится как своим кулинарным искусством, так и стройной фигурой.

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

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

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

В метафорической форме обозначается конфликт главного героя.

Подсознательные процессы воплощаются в образе друзей и помощников (представляющих возможности и способности главного героя), а также в образе разбойников и разного рода препятствий (представляющих страхи и неверие героя). В образной форме создаются аналогичные обучающие ситуации, где герой побеждает.

Представлен метафорический кризис в контексте его обязательного разрешения, когда герой успешно преодолевает все препятствия.

Герою дается возможность осознать себя в новом качестве в результате одержанных побед.

Достижение признания, торжество, на котором все отдадут должное заслугам героя.

Так, в сказке о гадком утенке Г. Х. Андерсена метафорический конфликт начинается с рождением неказистого утенка, который не похож на своих братьев и сестер и других обитателей птичьего двора, за что подвергается жестоким нападениям. Подсознательные процессы выражены в виде способностей и возможностей утенка, который хоть и неказист, но у него доброе сердце, а плавает он даже лучше остальных утят.

Метафорический кризис возникает после того, как дворовая компания доводит утенка до того, что он бежит на болото, где живут дикие утки, но и там не встречает приветов и ласки. Внезапно болото окружают охотники с собаками. Многие птицы погибают, но утенку удалось спастись. Кризис разрешается, и малыш находит дорогу домой, причем по пути он встречается с массой аналогичных обучающих ситуаций. Он уже многому научился: знает, как плавать, остерегаться врагов, выходить из критических ситуаций. По возвращению на птичий двор он попадает в ситуацию выбора: отправиться в новое путешествие либо остаться на прежнем месте. Он выбирает странствие, но поначалу все складывается не слишком удачно. Приближается зима и начинается отлет птиц на юг. Утенок наблюдает за пролетающей лебединой стаей, белые лебеди высоко в небе воплощают подсознательную веру утенка в свои возможности. Но лебеди улетаю, а утенку предстоит пережить холодную и голодную зиму. Едва не став добычей лисы (еще один кризис), он проходит через множество испытаний и, наконец, заметно повзрослев и окрепнув, встречает весну. На озеро спускается стая лебедей, он плывет к ним, хотя и боится, что не будет принят в стаю. Андерсен прекрасно изображает процесс открытия подсознательных возможностей: гадкий утенок видит свое отражение в воде и понимает, что он – лебедь. Наступает превращение и осознание себя в новом качестве, а также переоценка прошлого. Наконец, наступает торжество. Все славят гадкого утенка, он принят в своей новой индивидуальности, круг завершен.

В гипнотическом трансе терапевтическая метафора может быть особым образом встроена в текст. Этот прием встраивания получил название тройной спирали.

Встроенная метафора состоит из трех ступеней. Она представляет собой историю-матрешку, когда один сюжет вкладывается в другой, а тот — в третий. Первым этапом тройной спирали может быть трансовое сопровождение в ресурсное воспоминание (например, пациента отправляют погулять в осенний лес, предоставляя ему возможность полюбоваться красотой увядающей природы, послушать шуршание

опавших листьев под ногами, ощутить свежесть осеннего ветерка и запахи леса. Когда замечают признаки углубления транса, вводят метафору изменений (второй этап). Отметим, что к метафорам изменений относятся описания любых динамических явлений, подразумевающих движение, возможность превращений, трансформации, например, смена времен года, смена погоды, цикл развития бабочки, рост какого-либо растения и т. п.

Предположим, психотерапевт обращает внимание субъекта на большое дерево с подернутой золотом листвой. Он может сказать о том, что произойдет, когда придут холода и дерево полностью сбросит свой наряд из желтых листьев. Что будет зимой, когда деревья спят, а их стволы и ветви покрыты белым снегом. Белым снегом покрыта поляна, на которой стоит это дерево, тропинки в лесу, вся земля. Примерно на середине повествования (после описания дерева осенью и зимой) второй рассказ прерывают и вводят терапевтическую метафору, которую рассказывают целиком (третий этап). Она является основной и, находится под двойным покровом защиты, который закрывает ее от сознания, что еще вернее отправляет встроенную метафору на рассмотрение бессознательной части психики пациента. Завершив ее, психотерапевт снова возвращается к зиме, которая продолжает царствовать до той поры, пока не приходит весна. Дается развернутое описание признаков весны, которая сменяется жарким летом. Описывают все изменения, которые происходят с деревом весенней порой, а затем летом (четвертый этап). Но лето тоже проходит, и осень всё больше вступает в свои права... И пациент снова оказывается в том месте и времени года, с которого начиналась метафора изменений. Он опять гуляет некоторое время по осеннему лесу (пятый этап), после чего возвращается в реальность. Такая последовательность работы позволяет обеспечить структурирование амнезии той части сеанса, где использовалась терапевтическая метафора. Ибо важно, чтобы метафора была усвоена на бессознательном уровне, которому она адресовалась, и амнезировалась на уровне сознания. Отметим, что при переходе от одного этапа к другому нередко происходит автоматическое углубление транса, поскольку внимание разделяется, создавая перегрузку сознательных процессов. Дополнительно в эти моменты можно дать еще и внушение на углубление транса. По завершению встроенной метафоры, несмотря на то, что сама идея тройной спирали предполагает амнезию, можно специально дать установку на амнезию с целью облегчения передачи метафорического материала для обработки бессознательному.

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

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

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

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

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

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

Эпистемологическая метафора

Ступай осторожно, ибо ты идешь по моим мечтам.

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

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

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

К.: Я чувствую затруднение дыхания.

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

К.: Там внутри, в середине грудной клетки.

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

К.: Это похоже на конус.

Т.: И что еще об этом?

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

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

К.: Ощущение сжатия.

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

К.: Как кулак.

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

К.: Ощущение, что трудно дышать.

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

К.: Хотелось бы разжать его и вздохнуть

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

К.: Ощущение жара внутри.

Т.: Как глубоко внутри?

К.: Внутри, в районе острия конуса.

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

К.: Похоже, он пытается снять это сжатие.

Т.: Каким образом он пытается снять это сжатие?

К.: Он поднимается и движется вверх.

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

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

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

К.: Он поднимается на уровень горла

Т.: И что происходит потом?

К.: Внизу становится свободно. Легче дышать.

Т.: И что можно сделать еще?

К.: Может быть оно выйдет само.

При этом многократно происходит мигрирование из внешнего мира во внутренний (глаза идут вверх–вниз, т. е. поочередно идет поиск подходящего образа с последующим переходом на уровень ощущений). Психотерапевт повторяет фразы вслед за пациентом, чтобы самому их хорошо запомнить и не исказить слова пациента в дальнейшем. Например, жар – это жар, а не жжение, т. к. уникальность ощущений пациента передает именно слово жар. Только когда метафора, полученная на уровне образа, приходит в движение, начинается работа с процессом: кулак сжимается, жар начинает двигаться вверх. В приведенном выше примере «на кулаке» была предпринята попытка стимулировать движение образа (сжимает, сжимает и сжимает, как кулак...). С жаром ничего специально не делали – сразу последовал вопрос: «И что происходит потом?». На него был получен ответ: «Он начинает двигаться вверх». С этого момента метафора приобрела разрешающую (терапевтическую) способность. В процессе работы с эпистемологической метафорой возникает мигрирующий транс. Он не носит непрерывного характера, потому что при поиске образа происходит выход из транса, а при фиксации на ощущениях – вход и углубление транса. Это транс управляется терапевтом, но он возникает только за счет материала клиента. Одно неверное слово – и клиент легко может выйти из этого иррационального состояния. Ибо конус, кулак – вещи нелогичные и абсолютно иррациональные.

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

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

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

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

В ходе работы необходимо из подходящего прилагательного создать существительное, а его превратить в глагол и заставить двигаться: Горячее как что? – Как огонь. – И когда это огонь, что делает этот огонь? – Он горит. Из этого уже можно сделать метафору, потому что огонь может жечь: И что еще об этом? – Он жжет там внутри. – И когда это жжет, жжет и жжет и долго продолжает жечь, что происходит потом?

Получаем новый фрагмент: жжет внутри – это сейчас, в настоящем. Клиент не понимает, что каждый раз попадая в ситуацию, напоминающую детский травматический опыт он испытывает прежние детские чувства и ощущения. Используя эпистемологическую метафору, мы имеем уникальную возможность переработать симптом, возникший в далеком прошлом и «замороженный» в бессознательном. Итак, в подходе Д. Гроува внимание концентрируется на метафорической информации, которая закодирована в симптомах, являющихся своего рода символическими посланиями бессознательного. Для этого используется, так называемый, «чистый язык». В нем нет предположений и ожиданий терапевта, который использует только собственные слова и метафоры клиента так, чтобы не «загрязнить» их. Здесь речь не идет о грамматической или стилистической правильности языка! Терапевт должен с

теми же интонациями, не перефразируя, не интерпретируя и не усложняя предложения, в точности повторять то, что говорит клиент. Это позволяет максимально войти в процессы внутриличностной коммуникации человека, отразить их очень точно, а, кроме того, помогает преодолеть возможное сопротивление.

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

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

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

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

Плохо сформулированный запрос: Не следует прояснять его, используя рациональное обсуждение, логику. Это может привести к разрушению заложенных в нем метафор.

Например: «Понимаете, я действительно не знаю... Но может быть это...». «И что Вы хотите, чтобы произошло?» (терапевт может несколько раз повторить свой вопрос, пока не будет получен внятный запрос).

Цели использования чистого языка:

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

облегчение погружения в состояние самопроизвольного транса;

минимизация сопротивления;

перевод чувств в образы;

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

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

Правила чистого языка

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

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

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

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

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

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

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

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

Для того, чтобы тщательно отслеживать невербальные реакции необходимы паузы.

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

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

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

Примерные вопросы для построения эпистемологической метафоры

И когда...? Где Вы чувствуете...? Где именно Вы чувствуете ... внутри или снаружи? Имеет это размер или форму? Цвет? И на что это похоже? И что еще об этом? Как что? И когда это происходит, что происходит потом? И что может происходить потом? И как это может произойти? И в то время как..., что происходит дальше? И где это могло бы быть? И кто там мог бы быть еще? И кем может быть этот? И что могло бы на тебе быть одето? И сколько тебе могло быть лет?

Виды эпистемологических метафор

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

К.: Я напрягся внутри

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

К.: В моем желудке.

Т.: Где именно в вашем желудке?

К.: Прямо в центре желудка.

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

К.: Это узел веревки.

Т.: Какого рода эта веревка?

К.: Очень грубая.

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

К.: Он очень стянут.

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

К.: Он стягивает вот так.

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

К.: Узел растет и становится более стянутым.

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

К.: Я испуган.

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

К.: Только пять.

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

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

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

К.: Мне пять.

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

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

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

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

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

К.: Я очень, очень испуган!

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

Пауза.

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

К.: Она может связать его руки.

Т.: И может ли она связать его руки?

К.: Да!

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

К.: Он не может ударить меня!

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

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

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

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

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

К.: Как облако.

Т.: И что это за облако?

К.: Это белое плывущее облако.

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

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

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

К.: Оно становится темнее.

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

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

Т.: И что происходит гром и сверкает молния?

К.: Трясет.

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

К.: Долго-долго.

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

К.: Начинает идти дождь (плачет).

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

К.: Идет и идет дождь.

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

К.: Дождь падает на землю.

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

К.: Он может проникнуть в землю.

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

К.: Растения могут вырасти.

Т.: И что за растения могут вырасти?

К.: Цветы и трава.

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

К.: Любые, разные, гладиолусы.

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

К.: Потом солнце может засиять.

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

К.: Они могут танцевать и веселиться на солнце.

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

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

Здесь не надо оживлять реальные события, терапия происходит через работу с метафорическими образами. Диссоциация – детский способ защиты от психотравмирующих ситуаций. Порой жертвы насилия не чувствуют боли, даже когда специально пытаются причинить ее себе – это диссоциативное явление. Воотон отмечает, что эпистемологическая метафора, это – путь, который позволяет попасть сразу на другую сторону травмы, не проходя через нее. Диссоциативные метафоры обычно имеют направление вверх (птицы, пар, дым, воздушные шары).

Фрагментация. Фрагмент, который застрял в периоде, непосредственно предшествующем травме, это единственный путь, посредством которого человек может общаться. Это – капкан. Цель фрагментации – остановить травму за мгновение до того, как она произошла. Терапевт должен провести через травму, которая, тем не менее, случилась. Этот отщепившийся фрагмент должен быть интегрирован в целостное Я. Фрагментация может идти в 2-х направлениях:

а) вовне (взрывная фрагментация);

б) внутрь (в тело).

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

Фрагментация внутрь может проявляться тремором, сердцебиением, спазмами в горле, тяжестью в груди. Это проникновение диссоциативного материала внутрь.

Пример: К.: Я не могу дышать

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

К.: Потому что тяжесть в груди.

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

К.: Снаружи.

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

К.: Это как огромная скала.

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

К.: Она большая, черная и тяжелая,

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

К.: Нет.

Т.: И что она хочет сделать?

К.: Она хочет раздавить меня.

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

К.: Долго-долго.

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

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

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

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

Пример: К.: Я не могу дышать.

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

К.: Я умру
Т.: И Вы собираетесь умереть?
К.: Да
Т.: И когда Вы собираетесь умереть, и Вы не можете дышать, что дальше происходит?
К.: Это ужасно, я не хочу умирать!
Т.: И когда Вы не хотите умирать и Вы не можете дышать, и Вы собираетесь умереть, что дальше происходит?
К.: Это становится еще хуже.
Т.: И когда это становится еще хуже, что происходит дальше?
К.: Я умираю!
Т.: И когда Вы умираете, что происходит потом?
К.: Ничего, абсолютно ничего!
Т.: И как долго ничего?
К.: Навсегда, совершенно навсегда и ничего.
Т.: И все время, когда навсегда нет ничего, и все, что должно произойти когда нет ничего и навсегда, и после этого навсегда, что может произойти потом? (В критических случаях, когда невозможно развить метафору антител или диссоциироваться от травмы, единственный выход для ребенка—нет другого выхода, как метафорически умереть. Этот застрявший, инкапсулированный фрагмент не знает, что человек пережил лишь символическую смерть, что потом тоже есть жизнь. Поэтому терапевту нужно пройти по «долине смерти» вместе с клиентом и попасть на другую сторону – в его жизнь после травмы.
К.: Я могу дышать опять! (прошли момент травмы).
Клиенты часто боятся и не хотят того, что хочет хирургическая метафора. Поэтому терапевту требуется спокойная уверенность и настойчивость, чтобы в ходе психотерапевтической сессии помочь клиенту пройти по этому нелегкому пути и полностью переработать застрявший дисфункциональный материал.

Психическое картографирование

Пример: Т.: При перемещении одного человека относительно другого у последнего может изменяться внутреннее состояние. Каждое движение вправо или влево, ближе или дальше вокруг человека могут вызвать у него удивительный эмоциональный отклик, сопровождающийся изменениями в теле. Я сейчас буду перемещаться относительно Вас, проходя разные точки, и каждый раз, когда что-то будет меняться на уровне ощущений, я прошу говорить «стоп» и называть, что конкретно изменилось. В какую сторону мне лучше начать двигаться? Я буду двигаться медленно.
К.: По часовой стрелке. (Терапевт начинает медленно двигаться вокруг клиента)
К.: Стоп! Здесь расслабленнее.
Т.: Вернусь чуть назад. Какая это точка?
К.: Точка комфорта.
Т.: Как бы надо было назвать точку, где Вы мне разрешили встать вначале, как бы вы ее назвали?
К.: Забор.
Т.: Эта точка, которую вы назвали забор, связана с комфортом. Сейчас я снова начну двигаться, остановите меня, когда что-то будет меняться.
К.: Стоп! Калитка.
Т.: Что менялось внутри?
К.: Расслабилось лицо.
Т.: Это – точка расслабления. Буду двигаться дальше.
К.: Стоп! Здесь уже появляется настороженность.
Т.: Настороженность. Что это?
К.: Как выключатель, который запускает необходимость контролировать безопасность. Стоп! Сейчас беспокойство, дискомфорт усиливаются.
Т.: Двигаюсь дальше.
К.: Полегче становится. Стоп! Удача.
Далее терапевт проходит в обратную сторону для уточнения зон.
Т.: Это те же состояния, как при первом прохождении?
К.: Да.

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

К.: Да.

Т.: Какое это чувство?

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

Т.: Где именно в эпигастрии это чувство?

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

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

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

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

К.: Больше снаружи.

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

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

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

К.: Больше ничего.

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

К.: В первый класс пошёл

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

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

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

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

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

К.: Какую то обиду.

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

К.: Вот здесь, в левом плече.

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

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

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

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

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

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

К.: Чувство детской беззаботности, легкости и безалаберности.

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

К.: Здесь на лице.

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

К.: На губах.

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

К.: Они вытягиваются.

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

К.: Поднимаются плечи, свободно дышишь.

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

К.: Лет 8 или 9.

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

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

Т.: Этот внутренний ребенок сейчас перестает ждать наказания.

Комментарий Т.: Клиент очень много сигналов подавал в ходе работы. По-разному покачивался в дискомфортной зоне и при обращении к ресурсам. Негативные воспоминания были спровоцированы моим уходом в дискомфортную зону. В зоне ресурсов клиент испытывал совершенно другие, комфортные ощущения. Причем в зоне

комфорта всегда находятся способы защиты. Это событие застряло в бессознательном, заморозилась и сохранилась информация о том детском дискомфорте. Работа в комфортной зоне позволяет, наконец, нейтрализовать этот негативный опыт путем обнаружения новых возможностей и способов избегать конфликтных ситуаций. Таким образом, составление карты психического ландшафта начинают в зоне комфорта. До начала движения терапевт сообщает клиенту, что по мере прохождения вокруг него, внутри что-то будет меняться (отчасти индуцируют какие то изменения вначале, а потом ощущения уже меняются сами). Клиенту предлагают говорить: «Стоп!» каждый раз, когда что-то меняется внутри (необходимо сообщать обо всех изменениях в эмоциях и физических ощущениях). Клиента просят дать название точкам, где он останавливал терапевта в связи с возникшими изменениями в теле. После завершения полного кругового прохода, терапевт начинает двигаться в обратную сторону, перепроверя и уточняя зоны комфорта и дискомфорта (больше всего информации получаем из этих полярных зон). На основе полученного материала создается карта психического ландшафта. Далее терапевт перемещается в зону максимального дискомфорта. Терапевт задает вопросы по «правилам чистого языка». Обязателен вопрос: «И сколько Вам здесь лет?» Как правило, клиенты удивительно легко находят ответ на этот вопрос. Потом терапевт перемещается в зону комфорта, где тоже задает вопросы, включая «И сколько Вам здесь лет?». В этот момент клиенты могут быстро впасть в глубокий транс, в котором нужно утилизировать происходящее: «Возьмите столько времени, сколько необходимо, для того, чтобы все, что нужно усвоить, все, что связано с ресурсами, было хорошо усвоено». Работа с ресурсами позволяет успешно переработать и нейтрализовать застрявший в недрах бессознательного негативный опыт клиента.

Терапия тяжелым испытанием

Рассмотрим еще один прием, порождающий изменения на бессознательном уровне. Это – парадоксальная техника тяжелого испытания, которая основана на том, что пациенту предлагается задание субъективно более трудное или тяжелое, чем имеющийся у него симптом. В ее основе лежит предположение, что если для человека тяжелее иметь симптом, чем отказаться от него, он предпочтет расстаться с симптомом. Субъекту предлагают выбор, и он делает его, отказываясь от симптома, но этот выбор фактически осуществляется пациентом бессознательно. Ведь если бы человек мог сам отказаться от симптома, он не обращался бы к психотерапевту. Тяжелое испытание – типично эриксоновский прием, позволяющий контролировать то, что ранее было неподконтрольно. За этой формально негипнотической техникой стоит весь огромный опыт Эриксона. Правильно использованный прием тяжелого испытания побуждает человека на разных уровнях сдерживать дисфункциональное поведение или симптом, чтобы не выполнять связанное с ними терапевтическое задание. Эриксон описал случай бессонницы у пожилого человека, который ложился в 20.00, ворочался в постели до полуночи, потом вставал и принимал большую дозу снотворного, но всё равно спал не более двух часов. Он жил в большом доме вместе с сыном. Старик готовил еду, убирал посуду, а сын натирал паркетные полы (его отец терпеть не мог запах мастики). Эриксон сказал, что сможет вылечить его, но это будет стоить старику восьми часов сна. В 20.00 вместо укладывания в постель он должен достать банку мастики, несколько тряпок и натирать полы всю ночь напролет! Прекратить натирку можно было только в 7.00, чтобы утром успеть на работу. Старик натирал полы всю первую, вторую, третью ночи, а на четвертую подумал: «Я совсем замучился, следуя указаниям этого ненормального психиатра, прилягу на полчаса». Он проснулся только в 7.00. Вечером возникла дилемма: лечь или нет, поскольку он был должен Эриксону еще два часа сна. В 20.00 старик подготовил мастику и тряпку и сказал: «Если в 20.15 буду видеть часы, встану и начну натирать пол...». Уснул до утра. Через год он говорил Эриксону, что не осмеливается страдать от бессонницы. Этот человек был готов делать все что угодно, даже спать, чтобы только не натирать полы.

Требования к тяжелому испытанию

Оно должно причинять такое же, если не большее неудобство, как и симптом (по принципу – наказание должно соответствовать преступлению). Лучшим является то испытание, которое приносит пользу данному человеку. Потому что полезные вещи всегда делать тяжелее, особенно тем, кто ходит к психотерапевту. Примеры полезных

занятий: физкультура, интеллектуальные упражнения, чтение специальной литературы и другие действия, направленные на самосовершенствование. Испытанием может быть то, что требует от человека жертвы в пользу других людей.

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

Виды тяжелых испытаний

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

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

3. Терапевт как испытание. Все тяжелые испытания связаны с психотерапевтом, но некоторые специально ориентированы на него. Например, когда терапевт переопределяет некие действия пациента так, что это ему активно не нравится. Человек даже готов отказаться от этих действий, только бы не испытывать больше болезненных эмоций, которые вызывают у него комментарии психотерапевта.

4. Испытания, вовлекающие двух и более участников

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

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

Основные элементы терапии тяжелым испытанием

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

Человек должен стремиться к излечению. Если человек проходит через испытание, он действительно хочет избавиться от существующей проблемы и ради этого готов на многое. Но в ряде случаев нужно повысить мотивацию клиента, поскольку безусловное желание вылечиться не всегда присутствует в начале лечения. В таких случаях психотерапевт подчёркивает всю серьезность проблемы, обсуждает предшествующие неудачные попытки ее решения и представляет проблему в виде задачи, с которой надо справиться. Акцент делается на тяжелом, неприятном характере испытания, при этом подчеркивается, что это – стандартный и всегда успешный приём. В некоторых случаях стимулом для тяжелого испытания является желание пациента, который уже

много и безуспешно лечился, доказать очередному психотерапевту, что тот также ошибается на его счет. Но единственный способ доказать это – подвергнуться оговоренному испытанию. Еще один способ повысить мотивацию – заявить пациенту, что его можно вылечить, но для этого он должен заключить с психотерапевтом контракт, который обязует его выполнять определённые предписания, суть которых ему заранее не сообщают. По сути, пациенту предлагают «сыграть в темную», давая возможность хорошенько подумать об этом несколько дней или неделю. Оговаривается, что он может прийти на прием только при наличии готовности к выполнению всех дальнейших указаний психотерапевта, связанных с предстоящим домашним заданием. Важно помнить, что большинство испытаний эффективны только в связи с психотерапевтом, ибо выполняются либо для доказательства его неправоты, либо ради подтверждения его высокой квалификации и способности исцелять. Психотерапевту важно подчеркнуть клиенту, которому он дает трудное задание по уборке квартиры ночью: «Понимаю, как нелегко просыпаться среди ночи, ведь сам я так люблю крепко спать всю ночь напролет». Соответственно, когда человек ночью бодрствует, он думает о психотерапевте, который в это время наслаждается сном и испытывает дополнительные сильные эмоции, как ни странно, имеющие терапевтическое значение.

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

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

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

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

Агорафобия жены, ограничивая ее передвижение, заставляет мужа и детей всячески заботиться о ней. Избавление жены от симптома может привести к перераспределению ролей и возможно новым отношениям, которые они с мужем должны обсудить.

Психотерапевту надо, по возможности, понять функцию симптома в социальном окружении клиента.

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

Показания к использованию метода и его эффективность

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

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

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

История возникновения и развития метода

Стратегический подход является плодом эволюционного синтеза психотерапии Эриксона, теории систем, а также исследований семьи и коммуникаций. В 50-60-е годы прошлого века в США исследовательская группа Г. Бейтсона, Д. Джексона, Дж. Хейли и Дж. Уикленда подвергла тщательному изучению способы терапевтического воздействия известного психотерапевта Милтона Эриксона. В течение своей поразительной, продолжавшейся более 40 лет врачебной карьеры, он весьма успешно применял оригинальную модель психотерапии больных с психическими и поведенческими расстройствами, которая впоследствии была названа его именем. Будучи выдающимся гипнотерапевтом, Эриксон почти не прибегал к формальному наведению транса, предпочитая свой особый стиль взаимодействия с пациентами, тесно связанный с собственной концепцией гипноза как психосоциального и межличностного феномена. Им было разработано множество быстрых и эффективных стратегий и техник психотерапевтической коррекции отдельных пациентов, супружеских пар и семей. Основой теории системного подхода в психотерапии послужило представление, что понятие причинности, принятое в классических психологических концепциях, является линейным и односторонним. Предполагается, что любой тип объяснений или исследований события должен прибегнуть к анализу прошлого, поскольку оно является причиной настоящего. Но, с точки зрения системного подхода и кибернетики анализ индивида как предмета в себе, вне его отношений с другими людьми и вне контекста его ситуации, невозможен. Кроме того, все субъекты коммуникаций посылают и получают обратную связь, которая и определяет круговорот информации и взаимовлияний между ними. В результате возникает причинность кругового типа – более сложная форма взаимной причинности. Процесс принимает круговую форму, перестает существовать начало и конец, а имеет место лишь система взаимного влияния между задействованными переменными. Изоляция единичной переменной для ее изучения ведет к редукционизму и к искажению в познании. Возникает необходимость изучения феноменов взаимодействия, поскольку именно они вместе с индивидуальными характеристиками переменных определяют как сам процесс, так и состояние занятых в нем переменных. Г. Бейтсон и Д. Джексон (1956) применили принципы системного подхода к изучению семей, один из членов которых страдал психическим расстройством. В результате была создана теория, согласно которой в основе психических нарушений лежит дисфункциональное общение «больного» с остальными членами его главной референтной группы. Соответственно фокус психотерапевтической работы стал смещаться с изучения прошлого субъекта и интрапсихического анализа на исследование особенностей его межличностного взаимодействия в настоящем. Позднее возникла модель системной семейной терапии,

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

На сегодняшний день существует два различных (хотя во многом созвучных) подхода к стратегической психотерапии: модель Хейли (Дж. Хейли, 1967; К. Маданес, 1981) и модель MRI Института психических исследований в Пало Альто (П. Вацлавик, Дж. Уикленд, Р. Фиш, 1974). Обе модели берут начало из опыта, полученного их авторами в ходе работы в группе Г. Бейсона и сотрудничества с М. Эриксоном. Дж. Хейли (1973) разработал подход, концентрирующийся на функции симптома или проблемного поведения. Симптомы понимают как метафорические послания, сигнализирующие о наличии проблем в отношениях и одновременно, как неадекватные способы их решения, как элемент борьбы за власть, признание. Важнейшим считается вопрос: «Какую функцию выполняет симптом у идентифицированного пациента в стабилизации семьи? Ее защиту от возможных изменений или, наоборот, от реорганизации за счёт возникновения проблем у одного из ее членов?». Таким образом, проблемы или симптомы рассматриваются как формы общения между людьми в определённом социальном контексте. Патологические системы описываются в терминах плохо функционирующих семейных иерархий, которые нуждаются в преобразовании. Модель MRI концентрируется на процессе как замкнутом круге, когда попытки разрешить возникшие трудности не дают результата из-за ригидной системы убеждений субъекта. Упрямое использование «плохого», неэффективного решения создает замкнутый круг и удерживает статус-кво. Желая сделать лучше, люди нередко лишь укрепляют проблему, поэтому терапия концентрируется на неэффективных попытках решения. Считается, что если удастся разорвать порочный круг, человек обретает новые возможности разрешения проблемы. Поэтому психотерапевту необходимо выявить повторяющиеся паттерны непродуктивного взаимодействия, которые необходимо прервать и заменить на более адекватные. Для этого важно понять, какие представления о проблеме имеются у пациента, и что он на основе этих представлений предпринимал для её решения. Терапевтическое вмешательство, чаще всего состоящее в предписании определённого поведения, должно прервать и изменить цикл «повторяющегося увековечивания проблемы». Большинство теорий и техник вмешательств стратегической модели MRI были разработаны исследователями из Пало Альто в 60–70-е годы прошлого века. В 80-х годах модель была дополнена новыми техниками, разработанными Дж. Нардонэ в Центре стратегической терапии, расположенном в г. Ареццо (Италия).

Теоретическая основа и сущность метода

Р. Рабкин (1977) попытался отразить суть КСП в одной фразе: «Пациент пытается решить свою проблему при помощи стратегии, которая ему не помогает, поэтому психотерапевт ее изменяет». В основе стратегического подхода лежит представление, что человеческие проблемы возникают и существуют благодаря двум основным вещам: 1) конструктам, которые определяют, как мы оцениваем наш прошлый опыт и предвидим будущее, т.е. это набор стереотипов, неких интерпретаций реальности, 2) повторяющимися последовательностям (шаблонам) поведения как индивидуального, так и при коммуникациях. Опровергается одно из господствующих в психотерапии убеждений, которое состоит в том, что познание истоков проблемы и ее развития в прошлом является обязательным условием для ее решения в настоящем. Но человеческие отношения являются нелинейным, системным феноменом, поэтому язык классической науки и линейной причинности (описания, объяснения, сравнения, интерпретации и т. п.) мало подходит для их описания. Другая ошибка многих гипотез

состоит в том, что ограничения, присущие самой гипотезе, приписываются феномену, который она должна объяснять. Например, в рамках психодинамической теории удаление симптома непременно должно приводить к его замещению вовсе не потому, что такова природа человеческой психики, а потому, что возникновение нового, замещающего симптома логически вытекает из самой теории. Современная системная терапия не задает вопрос: «Почему так странно ведет себя пациент?», но скорее спрашивает: «Где, в каком типе человеческой системы это поведение имеет смысл?» и «Какие попытки решения этой проблемы уже предпринимались системой?» В подавляющем большинстве случаев проблемы, которые мы хотим решить путем изменений, не являются проблемами, относящимися к свойствам предметов или ситуаций, т. е. к реальности первого порядка. Они относятся к конструктам, т. е. значениям, смыслам и ценностям, которые мы придаем этим предметам или ситуациям (реальности второго порядка). С этой точки зрения всякая психотерапия заключается в привнесении изменений в те способы, которыми люди построили свои реальности второго порядка. Используется особый язык предписаний, мотивирующий человека к действиям, которые он ранее не выполнял, поскольку в его субъективном пространстве (реальности второго порядка) они не имеют смысла. Реализуя предписания, субъект получает возможность выйти за рамки привычных ограничений, взглянуть на свою проблему по-новому и изменить ситуацию к лучшему.

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

1. Стратегический подход прямо обращается к современной конструктивистской философии. Он основывается на констатации невозможности любой отрасли науки предложить какое-то одно абсолютно верное и окончательное объяснение реальности. Напротив, эта реальность в значительной степени определяется пунктом наблюдения исследователя и используемых инструментов. По словам К. Поппера (1983), никакая теория не может найти подтверждение внутри самой себя с помощью своих собственных инструментов и избежать при этом «невозможности фальсификации». В фокусе внимания стратегического психотерапевта находятся отношения, которые каждый человек переживает с собой, другими людьми и с окружающим миром. Заданной целью является хорошее функционирование людей не в общих терминах нормальности, а в категориях их индивидуальной реальности и личного опыта.
2. Задача психотерапевта заключается не в анализе глубинных причин проблемы с целью выявления скрытых истин, а в том, чтобы понять, как действует проблема и как можно изменить затруднительную для субъекта, пары или семьи ситуацию. Терапевтическое вмешательство состоит в сдвиге точки зрения субъекта с ее изначально ригидной и дисфункциональной позиции на позицию более гибкую и адаптивную.
3. На уровне терапевтических процедур и процессов стратегический подход является результатом применения в области клинической практики математической теории логических типов (К. Рассел и др., 1913); теории систем и кибернетики (Р. Виннер, 1947; Г. Бейтсон, 1967; К. Форстерс, 1974). Он также основан на концепции круговой причинности, обратной связи между причиной и следствием и принципе прерывистости изменений и роста. За основу берется убеждение, что система не может найти решения проблемы, потому что производит внутри себя изменения, которые не затрагивают саму систему (изменения первого типа). Решением проблемы являются только изменения второго типа, связанные с выходом из системы, скачком на другой уровень, что неминуемо приводит к изменению самой системы.
4. Большая часть психотерапевтических направлений исходит из предпосылки, что действие следует за мыслью, а, следовательно, чтобы изменить неправильное поведение или проблемную ситуацию, нужно сначала изменить мышление пациента, и только после этого можно изменить его действия. Со стратегической точки зрения, которая является позицией радикального конструктивизма, для изменения проблемной ситуации следует сначала изменить действие и, как результат этого, мышление пациента, а точнее его точку зрения или «рамку» восприятия реальности. Труды Ж. Пиаже убедительно показывают, что обучение происходит в процессе, который направлен от опыта к его осознанию. Таким образом, стратегический психотерапевт прагматически ориентируется на действия и на приоритетную ломку системы дисфункционального взаимодействия, которую пациент переживает в отношениях с самим собой, с другими людьми и окружающим миром. Считается, что понимание

истинных причин проблемы на начальных этапах терапии нежелательно, поскольку повышает сопротивление пациента изменениям. Любая система подчиняется принципу гомеостаза, а значит, сопротивляется изменениям. Поэтому осознание изменений прежде, чем они произойдут, препятствует необходимым для разрешения проблемы системным сдвигам. К позитивным изменениям ведут действия, которые потом укрепляются и осознаются.

Практические аспекты применения метода

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

что происходит внутри трех типов взаимозависимых взаимодействий, которые субъект осуществляет с самим собой, с другими и окружающим миром;
каким образом предъявляемая проблема функционирует внутри его сложившейся системы отношений;
как субъект до настоящего времени пытался справиться с проблемой или решить ее;
каким наиболее быстрым и эффективным способом можно исправить существующую проблемную ситуацию.

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

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

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

Основные фазы психотерапии

1. Первый контакт с пациентом. Он очень важен. Еще Аристотель говорил, что хорошее начало означает половину работы. В этой фазе основной задачей является построение межличностных отношений, которые характеризуются хорошим контактом, доверием, сотрудничеством и позитивными внушениями со стороны психотерапевта. Для этого ему необходимо адаптировать свой собственный язык, а также свои действия к представлениям о мире и стилю общения пациента.
2. Определение проблемы пациента. Ясное и четкое понимание сути проблем людей, которые обращаются за помощью, абсолютно необходимо для успешной работы в модели стратегической психотерапии. В традиционном понимании процесс оценки проблемы состоит в том, чтобы объективно исследовать проблему клиента или семьи, определить диагноз и наметить путь, по которому будет проходить терапия. Поведенческие терапевты находят поведенческие проблемы, аналитики раскрывают интрапсихические проблемы, идущие из раннего детства, биологически

ориентированные психиатры представляют доводы существования нейрофизиологических проблем. Причем каждый действует с убеждением, что открывает принципиальную причину проблемы, и, что более печально, может легко отбросить другие модели и объяснения.

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

Вопросы для ясного определения проблемы:

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

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

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

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

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

? В чьем присутствии появляется (обостряется) проблема? Кто чаще всего находится рядом при возникновении проблемы? Что эти люди делают и говорят до начала, во время и после возникновения проблемного поведения? Что они говорят о клиенте и о самой проблеме?

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

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

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

? Какие из типов проблемного поведения проявляются во время сессии? Проблемное поведение почти всегда наблюдается во время семейной или супружеской терапии, но иногда и в ходе сеансов индивидуальной психотерапии. Например, клиент жалуется, что его не воспринимают коллеги по работе. При этом он говорит очень громко, постоянно озираясь по сторонам, но, избегая глядеть в глаза. На следующей сессии

психотерапевт предложил ему говорить с коллегами тише и стараться удерживать зрительный контакт и посмотреть, как это отразится на его отношениях с коллегами. Клиент был весьма доволен полученным результатом.

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

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

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

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

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

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

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

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

? Чего Вы хотите?

? Что Вам для этого надо?

? Как Вы узнаете, что достигли желаемого?

? Как Вы будете себя чувствовать, когда достигнете цели?

? Как Вы представляете себе: 1) картинку цели; 2) эмоциональное состояние, когда цель будет достигнута; 3) своё физическое состояние по достижению цели?

? Что изменится в Вашей жизни (окружение, уклад жизни, отношения и т. п.), когда Вы достигнете цели?

? Что изменится в Вас, когда Вы достигнете цели?

? Негативная сторона есть у всего; какие негативные моменты возможны на пути движения к цели, какие могут быть отрицательные последствия её достижения?

? Готовы ли Вы принять возможные негативные стороны достижения цели?

? Устраивает ли Вас то, что получается в результате такого анализа цели?

? Что будет через 1 год после достижения цели (через 3 года, 5 лет)?

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

В тех случаях, когда клиент вербально или невербально демонстрирует своё раздражение в связи с попытками сфокусировать его на достижении цели, психотерапевту следует модифицировать свое поведение, перейдя к тому, что кажется клиенту более важным, либо попытаться объяснить ему зачем это делается. Например: «Сначала важно определить, куда мы должны двигаться, потому что тогда гораздо легче понять, что может нам помочь в этом движении. Поэтому если можете, то ответьте, пожалуйста, что в Вашей жизни изменится, что произойдет, если терапия даст позитивный результат? Как узнают другие, что Вы изменились? Как Вы сами это узнаете?» Рекомендуются склонить клиента к формулировке своих целей в ясных категориях. Он должен уметь представить себе цель, как если бы ее можно было слышать и наблюдать на видеозаписи. Например, если человек жалуется на стеснительность, пусть опишет как выглядит его стеснительность? Смотрит ли он в землю в присутствии других? Краснеет? Не знает, куда деть руки? Запинается в ответах на вопросы, которые ему задают? Сидит одиноко на вечеринках? Вообще избегает скопления малознакомых людей? Затем эти описания используют для того, чтобы мотивировать клиента к изменениям, предварительно получив столь же подробное описание, как он будет себя вести, когда перестанет быть стеснительным. Иногда, чтобы помочь клиенту в определении цели, можно задавать вопросы с возможностью выбрать один из готовых ответов. Считаете ли Вы, что первыми признаками улучшения может быть то, что Вы сможете смотреть в глаза собеседнику, будете отвечать более уверенно, без запинок, будете вести себя более непринужденно? Спрашивая о целях, важно одновременно создать ожидание позитивных перемен, причем слова психотерапевта являются отражением этих ожиданий. Говоря о целях терапии, следует использовать слова: будете, когда, еще. Например: «Значит, тогда Вы будете чувствовать себя лучше, сможете избавиться от угнетенного состояния, будете раньше вставать, завтракать с аппетитом, начнете больше времени проводить с друзьями». «Так Вы еще пока не договорились о встрече ни с одной женщиной, а хотели бы это сделать?» Следует подчеркнуть еще один важный момент: чтобы над целью можно было работать, она должна быть принята и клиентом, и психотерапевтом. Часто постановка цели – это достижение некоего консенсуса между ними по поводу ее важности и достижимости.

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

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

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

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

Действия и терапевтическое общение

а) изучить язык пациента и говорить на нем. Р. Бендлер и Д. Гриндер (1976), изучившие эту стратегию общения на примере терапевтического поведения Эриксона, назвали ее техникой копирования. Ещё Аристотель утверждал: «Если хочешь убедить собеседника – делай это с помощью его собственных аргументов». В экспериментальной психологии давно известна предрасположенность людей подвергаться влиянию и испытывать влечение к тому, что им кажется знакомым или подобным им самим. Поэтому стратегический психотерапевт должен хорошо присоединяться к поведению и особенностям речи своих пациентов. Естественно нелегко убедить людей отбросить старые способы и воспользоваться чем-то совершенно новым. Не только потому, что старые решения подсказывают им разум, логика, традиции или здравый смысл, но также и потому, что эти решения связаны с сильными эмоциями, вызванными проблемой. Но всё-таки, если люди чувствуют, что их внимательно слушают, говорят с ними на одном языке, понимают и уважают их взгляды, это, в конце концов, склоняет их к попыткам изменить неэффективное поведение или по-другому взглянуть на проблему.

б) реструктурирование – изменение восприятия проблемы. Основные варианты реструктурирования: переформулирование (рефрейминг), смена ярлыка (релейбинг) и дефрейминг. Есть реальные факты, а есть значения – т. е. интерпретации этих фактов. Поведение и эмоции – отражение не вещей и фактов, а значений им приписываемых. Именно конструкты (ценности, убеждения) придают тот или иной смысл опыту и обуславливают эмоциональные и поведенческие реакции на этот опыт. Эти конструкты (ценностные рамки) и являются предметом терапии. Если предлагается альтернативная система ценностей или значений ситуации, иной взгляд – это рефрейминг. Видение реальности определяется той точкой зрения, с которой субъект её наблюдает. Если изменить точку наблюдения, изменится и сама реальность. Поэтому рефрейминг

–необходимая и наиболее важная составляющая процесса изменений. Клиенты видят свою ситуацию сквозь призму ценностей, к которым привыкли, в рамках, скрывающих альтернативные возможности. Чем сильнее мы всматриваемся в реальность сквозь синие стекла очков, тем более синей она нам кажется. Иногда, забывая, что у нас на носу очки, мы перестаем сомневаться в правильности получаемой информации, нам необходим кто-нибудь, кто может одолжить нам очки со стеклами другого цвета. Нам всем известны ситуации, когда, размышляя о собственных проблемах, мы постепенно погружаемся в глубокое состояние подавленности. Факт, что психотерапевт предлагает новый способ взглянуть на проблему (т. е. фактически предлагает надеть очки с другим цветом стекол), не означает, что он делает из клиента и его семьи безоружный объект манипуляции. Клиенты (как, впрочем, и все мы) демонстрируют значительную привязанность к своему индивидуальному пониманию правды. И хотя не существует некой одной абсолютной «истины», это вовсе не означает игнорирование «субъективной правды» других людей. Полезность той «правды», которая предлагается клиенту в ходе рефрейминга и дает иную систему отсчета, зависит главным образом от того, как ее видит сам клиент, насколько она отвечает его интересам и представлениям о желательных изменениях.

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

Важно, чтобы новая система ценностей в достаточной степени соответствовала опыту семьи, пары или личности, несмотря на то, что этот опыт преподносится по-иному. Необходимо также помнить, что рефрейминг иногда действует лишь в искусственной ситуации терапевтической сессии и подводит при первом же контакте с реальностью. Полезно придерживаться принципа: рефрейминг не привел к позитивному результату, пока пациент не начал согласно ему действовать вне терапевтической ситуации. Смена ярлыка (релейбинг) – позволяет изменить феноменологическую перспективу. Новое название может внушать, что симптом имеет определённый смысл и является инструментом позитивных изменений: недружелюбие – продуманный подбор знакомых, черствость – защита себя от обид и разочарований, нерешительность – исследование всех возможностей, импульсивность – способность вести себя спонтанно. Все эти ярлыки несут в себе позитивные аспекты и отчасти являются правдивыми. Их цель – открыть пациенту новые возможности путем введения противоречий, обладающих большой силой воздействия. Например, мужчина, за которым закрепилась репутация плейбоя, в первую брачную ночь потерпел фиаско. Новобрачная была страшно разочарована и чувствовала себя отвергнутой. Эриксон прикрепил импотенции ярлык комплимента. Согласно его трактовке, красота и сексуальность молодой жены произвели на мужа столь сильное впечатление, что он начал опасаться, что не сможет справиться с ситуацией, что фактически и произошло. Таким образом, пациенту предлагается альтернативный взгляд на проблемную ситуацию, которая предстает в ином, более оптимистичном свете, что и создаёт предпосылки для улучшения сексуального взаимодействия в дальнейшем.

В КСП при реструктурировании часто терапевт вообще не предлагает успокаивающих объяснений или уверенных интерпретаций, напротив, он пользуется тонким оружием сомнения. Если специалист так или иначе усомнится в значении, которое клиент придаёт ситуации, не предлагая альтернативы – это дефрейминг. Бразильский исследователь Да Коста утверждает, что для того, чтобы изменить мнение человека,

гораздо эффективнее внести сомнение в его логику, чем доказать в абсолютно логичной, рациональной манере неточность или нефункциональный характер его идей и поведения. Сомнение, как древесный червь, однажды внедрившись, работает само по себе и постепенно растет, буквально «пожирая» пространство, занимаемое предыдущими логиками. Сомнение мобилизует энтропию системы, вызывает медленную, но разрушительную цепную реакцию, которая может привести к изменению всей системы.

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

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

д) техника волшебного вопроса (стимулирует поиск адекватного решения):

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

Другим способом сконцентрировать внимание клиента на будущем является вопрос: «Если бы на следующей неделе Вы рассказали бы мне, что наступили значительные изменения к лучшему, что конкретно это бы означало?». В работе с супружеской парой: «Какие изменения, о которых меня проинформирует ваша жена, произойдут у Вас?». Еще одним способом является вопрос: «Если бы я теперь вынул волшебную палочку и с ее помощью ликвидировал Вашу проблему, что бы произошло, что бы изменилось?» При создании образа будущего, свободного от прежних проблем, психотерапевту следует использовать лингвистические обороты, которые утверждают о неотвратимости изменений. Лучше сказать: «Когда наступят изменения», чем «Если бы изменения наступили». Вопрос «Что еще изменится?» лучше, чем: «Что еще могло бы измениться». Мы спрашиваем «Когда ситуация улучшится...», а не «Если ситуация улучшится...». Когда удастся получить ясную и весьма привлекательную картину изменений, становится возможным найти способы привлечь людей к новым образцам поведения и экспериментировать с ними. Например, С. Де Шаза предложил метод, состоящий в том, что супруги, не информируя друг друга, выбирают два дня в течение

ближайшей недели, во время которых делают вид, будто чудо уже случилось и проблемы больше нет. Супруги получают задание внимательно наблюдать за реакциями друг друга. Они также должны были угадывать, какие дни для «чуда» выбрал каждый из них, но обсуждать это они имели право лишь на следующей сессии. Одна молодая женщина составила длинный список позитивных изменений, которые имели бы место после «чуда». Психотерапевт предложил ей ежедневно подбрасывать монету: «Если выпадет решка, Вы должны сделать по крайней мере две вещи из своего списка. Их может быть и больше, но меня интересует две. Когда орел – Вам этого делать не нужно. В этот день Вы свободно решаете, как Вам себя вести». Необходимо помнить, что люди склонны выполнять такие указания только тогда, когда предлагаемые модели поведения совпадают с их собственными представлениями о том, какими они хотели бы стать в результате изменений.

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

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

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

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

и) использование метафор, историй и анекдотов. М. Эриксон считал, что «аналогии и метафоры, как и юмор, могут оказать сильное влияние, активизируя неосознанные ассоциации и реакции, которые неожиданно дают сознанию новые факты или

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

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

Предписания поведения

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

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

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

Рекомендации – задания поэкспериментировать с новыми вариантами поведения. Известно, что человеку легче выполнить рекомендацию небольшого изменения, чем согласиться сделать нечто значительное. Однако, совершая этот маленький шаг, человек внутренне готовится к принятию больших изменений. В большинстве случаев люди, которых просили произвести некое большое действие абсурдное для них настолько, чтобы сразу вызвать отказ, после этого принимают меньшие просьбы, которые кажутся им более логичными. Без первой просьбы вторая была бы отброшена. Например, женщина, страдающая агорафобией, напуганная предложением психотерапевта пройтись вместе с ним через весь город к торговому центру, с облегчением принимает альтернативное предложение выпить кофе в кафе поблизости и совершает свой первый за многие месяцы выход из дома. Можно также создать иллюзию выбора одного из двух предложений, каждое из которых в отдельности, вероятно, было бы встречено отказом. Создается ситуация, где отказ от одного из них требует принятия другого. В случае женщины с агорафобией, предложения могли бы

быть сформулированы через вопрос: «Не хотели бы Вы пройти со мной к торговому центру и поделиться своими ощущениями, или вам лучше начать самой с короткой прогулки в кафе за углом?»

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

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

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

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

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

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

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

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

Интервенции, направленные на изменение схемы привычных действий, связанных с проблемой (интервенции в шаблон). Терапевтические усилия направлены на изменение схемы действий, связанных с той или иной проблемой. Вопросы о том, каким образом возникают эти схемы, какую исполняют функцию и какое имеют значение, не существенны с точки зрения основной цели: распознать схемы мышления и поведения, связанные с проблемой, и помочь клиенту их изменить. Определенные автоматические схемы (шаблоны) поведения составляют необходимый и желательный элемент нормальной жизни. Они помогают упорядочить опыт и поведение, а также позволяют увеличить эффективность действий. Для целей терапии необходимо изменение лишь тех шаблонов, которые сопутствуют нежелательному опыту и поведению.

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

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

Изменение частоты возникновения симптома/ нежелательного поведенческого стереотипа.

Изменение продолжительности течения (увеличение или уменьшение) симптома/стереотипа.

Изменение времени возникновения (часы, дни или недели) симптома/стереотипа.
Изменение местоположения (в теле, в окружающем пространстве) симптома/стереотипа.
Изменение интенсивности симптома/стереотипа.
Изменение отдельных качеств или обстоятельств возникновения симптома/стереотипа.
Создание укороченного пути в последовательности (например, переход от первой фазы последовательности сразу к последней).
Изменение последовательности (всего порядка событий), сопутствующих симптому.
Разрыв или остановка последовательности нежелательного поведенческого стереотипа.
Деление какого-либо элемента стереотипа на более мелкие части.
Добавление или изъятие по крайней мере одного элемента последовательности.
Вызов симптома без прежнего поведенческого стереотипа.
Вызов стереотипа без симптома.
Изменение схемы развития стереотипа на обратную.
Установление связи появления симптома-стереотипа с другим, крайне нежелательным стереотипом обычно избегаемого поведения («задание, зависимое от симптома» или терапия трудным испытанием).

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

Могут использоваться метафорические задания. Например, мать и дочь постоянно ссорились, а отец пытался их примирить. Они получили домашнее задание отправиться в одинокое место, где мать и дочь в абсолютном молчании проведут бой на водяных пистолетах. Запасом воды распоряжается отец, он же решает, кто выиграет очередной раунд. Дорогу домой также было необходимо провести в молчании. Поскольку это задание вызвало взрывы смеха, споры стали стихать и уменьшаться, пока не перестали быть семейной проблемой. Но, по словам С. де Шазе (1982), «семья примет такое абсурдное задание только тогда, когда оно является метафорой существующего шаблона и старательно обдумано так, чтобы оно подходило к уникальному стилю, которым живет семья. Любые признаки, говорящие о том, что задание не принимается семьей, указывает на то, что терапевт не угадал этот уникальный стиль и что необходимо отказаться от такого вмешательства».

Проводя интервенции, связанные с терапевтическими заданиями, психотерапевту важно понять, как клиенты реагируют на необходимость их выполнения. Реализуют ли они их, модифицируют, восстают против них, игнорируют или забывают?

Психотерапевт должен принимать во внимание эту информацию, чтобы планировать следующие шаги. Если клиент игнорирует задания или забывает их выполнять, необходимо точно проанализировать ситуацию. Возможно, он ошибочно оценил область желаемых изменений? Может быть у клиента или семьи есть лучшая идея, которая им более подходит? Считается, что если не удается подтолкнуть клиента выполнить определенное домашнее задание – это скорее результат неверного расчета со стороны терапевта, чем сопротивления и нежелания клиента.

Одно из важнейших положений КСП гласит: «Проблемы появляются, воспринимаются, удерживаются и даже усугубляются благодаря тем же способам, которые использует человек для преодоления других жизненных трудностей». Люди принимают решения, которые могут оказаться неэффективными в данном конкретном случае, пользуясь логикой, традициями или пресловутым «здравым смыслом». Возникает замкнутый круг,

когда изначально неверные решения лишь поддерживают существующие проблемы, приводя к их фиксации и усугублению. Подобная ситуация может произойти и в терапии, когда один и тот же постоянно используемый подход ведет к усилению проблемы клиента. Когда терапия заходит в тупик, специалисту необходимо присмотреться к своему лечебному подходу, который может быть верным в принципе, но не работать в данном конкретном случае, становясь частью проблемы.

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

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

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

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

Чтобы парадоксальные предписания выполнялись и были эффективными, их нужно тщательно разрабатывать и представлять пациенту, используя гипнотический, внушающий язык. Наиболее подходящими кандидатами для парадоксальных предписаний являются «терапевтоеды» и «терапевтоманы». Парадоксальные интервенции наиболее пригодны в случае выраженного сопротивления и при хронических проблемах. Для оценки сопротивления психотерапевт даёт домашние задания. Если пациент неоднократно забывает их выполнять, протестует, изменяет или деформирует их содержание, то это означает, что данное лицо оказывает сопротивление и, вероятно, требует к себе парадоксального подхода. Парадоксальные приёмы противопоказаны субъектам, которые не проявляют активного участия в терапии, социопатам, лицам с деструктивным поведением и склонностью к самоубийству, а также в кризисных и нестабильных ситуациях (смерть близкого

человека, потеря работы). Они не могут применяться как способ наказания «упрямого» пациента или как демонстрация могущества психотерапевта.

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

Эффективность первого подхода состоит в том, что пациент, пытаясь выполнить совет, приходит к выводу, что не может этого сделать, либо начинает испытывать отвращение к симптоматическому поведению. Во втором случае сопротивление пациента или его бунт относительно полученных рекомендаций ведут к снижению или исчезновению симптомов. Для определения наиболее подходящего типа парадоксальных рекомендаций учитывают два параметра: 1) уровень оппозиции, который характеризует отношение пациента к терапии и 2) восприятие клиентом симптомов, как находящихся в области сознательного контроля, так и вне его (М. Рорбаух и соавт., 1977). Считают, что: 1) рекомендации, основанные на пассивности, необходимо использовать там, где уровень оппозиции относительно низкий; 2) высокий уровень оппозиции и восприятие симптомов, как поддающихся контролю, предполагает рекомендации, основанные на сопротивлении; 3) если уровень оппозиции низкий, а симптомы воспринимаются как контролируемые, нет нужды использовать парадоксальные техники; 4) высокий уровень оппозиции и симптомов, которые воспринимаются как неподвластные контролю, является самой сложной комбинацией, если не удаётся хотя бы в какой-то степени склонить пациента к сотрудничеству. Парадоксы, базирующиеся на подчинении, приводят к изменениям, когда пациент пытается выполнить парадоксальное требование. Механизм действия стратегии такого типа двоякий. Либо пациент приходит к выводу, что реализация задания невозможна, либо выполнение директивы связано для него с неприятной, мучительной ситуацией (Х. Теннен, 1977). Предположим, что пациент получает указание разыграть симптоматическое поведение. Директивы подобного рода эффективны при лечении навязчивых мыслей, страхов и иных симптомов, с которыми субъект активно борется. Но осознанное воспроизведение симптома ведёт к тому, что он лишается спонтанности и неконтролируемости.

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

Задание обычно назначают в самом конце сеанса, чтобы пациент не имел возможности комментировать парадоксальный приказ, который ставит его в ситуацию двойной связи, чем может свести интервенцию на нет. Задание даётся в доступной форме, причем важно убедиться в том, что директива правильно понята. Часто необходимо предоставить пациенту некое обоснование для выполнения директивы. Вид обоснования зависит от того, действительно ли психотерапевт хочет, чтобы пациент выполнил задание или же настоящая цель – вызвать его сопротивление. Если необходимо, чтобы задание было выполнено, например, пациент сознательно воспроизвел симптоматическое поведение, можно подчеркнуть, что у симптома можно

многому научиться и узнать о себе кое-что новое. Для усиления сопротивления лучше обратиться к его пессимизму: «Подозреваю, что Вы не сможете...». Специалист должен подробно записать содержание своей рекомендации и на очередном сеансе попросить пациента дать отчет о ходе выполнения задания. Если задание не вызвало ожидаемых изменений, ответственность за неудачу ложится на психотерапевта. Он не в праве обвинять пациента.

Принципы парадоксальной интервенции

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Негативные последствия изменений. Данный прием можно использовать при работе с различными случаями, но наиболее полезной она оказывается, когда мы имеем дело с затянувшимися проблемами и сильным сопротивлением. Все техники сдерживания оказываются идеальными для пациентов, демонстрирующих высокий уровень сопротивления: «Вы действительно готовы сделать это? По нашему мнению, в этом заключается большой риск, и даже опасность. Данный тип поведения сопутствовал вам

на протяжении большей части жизни, поэтому вам следует хорошенько всё обдумать, прежде чем вы решитесь от него отказаться». Это провокация, рассчитанная на вызов сопротивления в отношении неизменности.

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

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

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

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

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

6. Завершение лечения

Заключительная сессия в КСП играет роль последнего мазка, который делает картину законченным произведением искусства. Ее целью является консолидация всех

позитивных изменений, которые ведут к обретению личной самостоятельности субъекта. Для этого подытоживают достигнутые результаты, детально разъясняют суть использованных в ходе психотерапии стратегий и некоторых странных техник, например, парадоксальных предписаний. Пациент должен осознать, что ситуация изменилась не по волшебству, а благодаря системному научному вмешательству. Подчеркиваются способности субъекта, проявленные при выполнении терапевтических заданий. Особо выделяют обретенную им способность самостоятельно преодолевать проблемы, с которыми он может столкнуться в дальнейшем.

Показания к использованию метода и его эффективность

Показания: обсессивные расстройства; фобические расстройства (включая агорафобию и приступы паники); сексуальные дисфункции; тревожно-депрессивные расстройства; нарушения пищевого поведения; проблемы партнёрства и взаимоотношений. Следует отметить, что стратегический равно как и системный подход в психотерапии избегает диагностических оценок, принятых в современных психиатрических классификациях, справедливо полагая, что они слишком ограничивают многосторонность, свойственную человеческим системам. Например, Дж. Нардонэ и П. Вацлавик (2005), предпочитают говорить о типологии проблем, которые подлежат решению в рамках КСР.

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

Краткосрочная позитивная психотерапия (КПП)

История возникновения и развития метода

Начало методу краткосрочной позитивной психотерапии (КПП) положила деятельность Центра краткосрочной семейной терапии в г. Милуокки (США) под руководством уроженки Кореи, магистра наук в области социальной защиты Инсоо Ким Берг, которая с середины 80-х гг. прошлого века опубликовала восемь книг и выпустила множество видеофильмов, посвященных «терапии, ориентированной на решение», или SFT, как называют ее в США. Она кратко сформулировала три «философских» правила SFT: 1) не чините то, что не сломано (ориентация психотерапии на конкретный заказ пациента); 2) узнав, что работает, делайте это еще (увеличить период достигаемого успеха намного легче, чем овладевать новыми и непривычными формами поведения); 3) если что-то не работает, то не повторяйте это опять, а делайте что-нибудь другое. Видным представителем краткосрочной психотерапии, и в частности SFT, был содиректор Центра в Милуокки Стив де Шазе – автор трех книг и множества статей об этом методе. С. де Шазе (2000) считает, что когда начинается психотерапия, клиент использует слова (карту), для того чтобы описать свою проблемную реальность (территорию). Поскольку психотерапия имеет дело с настоящим и будущим, разговоры о решениях, важнее, чем разговоры о проблеме. Разговоры об исключениях или о невидимых районах проблемной карты клиента позволяют психотерапевту начать формировать решение, чтобы помочь клиентам изменить их карту и, таким образом, изменить проблемную территорию. Эти изменения затем проявятся в разговорах об

изменениях, разговорах о решениях и, наконец, в конкретных действиях, направленных на решение проблемы. Австралийский специалист М. Уайт и Д. Эпстон из Новой Зеландии также внесли свой вклад в развитие психотерапии ориентированной на решение. Хотя SFT первоначально заявила о себе как модель семейной терапии, в настоящее время она широко применяется и в индивидуальном формате. В Финляндии, где SFT активно применяется за пределами клиники, чтобы избежать ассоциаций с медициной, используется название «Разговор о решении», в России и других странах СНГ ее традиционно обозначают «краткосрочная позитивная психотерапия», как это далее будем делать и мы. Название «позитивная психотерапия» введено Н. Пешишкяном (ФРГ) в 1972 г. для собственной психотерапевтической концепции, в рамках которой он применяет стратегию, направленную на гармонизацию жизни человека, повышение реалистичности его мировоззрения и проработку различных аспектов его проблем, как позитивных, так и негативных. Позитивная психотерапия основывается на трех принципах – надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют трем этапам работы с пациентом, как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1–2 часа).

Позитивной, в широком смысле этого слова можно назвать всю «новую волну» в развитии мировой психотерапии, связанную с именем выдающегося американского психотерапевта М. Эриксона (1901–1980). К ней относятся эриксоновский гипноз, НЛП, КСП и КПП. В противовес классическим направлениям (психоанализу, поведенческой и гуманистической психотерапии), центрированных на патологии и негативных моментах в жизни клиента, методы «новой волны» сосредоточиваются, главным образом, на позитивных аспектах его существования, имеющихся ресурсах для разрешения проблемной ситуации. Но если в эриксоновской модели, НЛП или КСП существенная роль принадлежит разнообразным гипнотическим стратегиям, которые нацелены на работу с бессознательными структурами, то в КПП обращаются прежде всего к сознанию клиентов. Вместе с тем КСП и КПП имеют много общего, а именно: четкое структурирование цели психотерапии, ориентация на будущее, акцент на быстром изменении неэффективных стереотипов поведения с ожиданием последующих системных сдвигов и т. д. В России развитие метода связано с именем психотерапевта из Санкт-Петербурга Бориса Бараша, жизнь которого трагически оборвалась в возрасте 43 лет. Именно Б. А. Бараш впервые пригласил в Россию содиректоров Института краткосрочной терапии в Хельсинки Б.Фурмана и Т.Ахолу, которые, начиная с 1989 года, провели для практикующих специалистов ряд обучающих семинаров по КПП. До своей гибели в автомобильной катастрофе в 1993 г., Б. А. Бараш систематически проводил обучение этому методу русскоязычных психотерапевтов из различных регионов бывшего СССР. В настоящее время КПП достаточно широко используется в странах СНГ. В Беларуси идеи КПП многие годы плодотворно развивал известный психотерапевт, доцент А. Л. Пушкарев (1959–2006).

Теоретическая основа и сущность метода

Большинство форм психотерапии основывается на общепринятом представлении: для того, чтобы иметь возможность решить проблему или излечить человека от болезни, следует выяснить, что здесь не так. При этом исходят из предположения, что тщательный анализ проблемы ведет к её пониманию, равно как и к пониманию лежащих в ее основе причин. Другими словами, жалобы, с которыми клиенты обращаются к психотерапевту, считаются симптомами, которые обычно рассматриваются, как следствие каких-то других проблем. К таким исходным проблемам обычно относят: неадекватные иерархии, скрытые родительские конфликты, низкую самооценку, различные психические травмы, девиантную коммуникацию, подавленные чувства и т. д. Считается, что симптомы играют позитивную роль, препятствуя чему-то худшему. Например, нервная анорексия трактуется как нечто, предотвращающее распад семьи. Подобный подход ведет к мысли, что в семье существует какая-то проблема, создающая ситуацию, в которой возникает анорексия. Общепринятой является следующая точка зрения: психотерапия направлена на устранение причин, что позволяет решить проблему (или излечиться от болезни). Таким образом, цели психотерапии включают устранение механизмов,

поддерживающих существование проблемы. Но ведь возможны и другие точки зрения. По мнению С. де Шазе (2000), различные модели психотерапии по-разному объясняют, как возникают проблемы и почему они продолжают существовать. Но фактически, эти модели часто лишь дополняют друг друга, являясь пазлами – различными кусочками одной головоломки. Эта точка зрения ведет к сложной и противоречивой модели, выходящей за доступные нашему пониманию пределы, к ситуации, которую специалисты по компьютерам называют комбинаторным кошмаром. Такой избыток описательных метафор заставляет вспомнить о бритве Оккама: если что-то может быть достигну меньшими средствами, тщетно пытаться достичь этого большими. Единственный способ избежать возможных противоречий состоит в полном изменении восприятия ситуации. В КПП считается, что нет необходимости заниматься истолкованием проблем и причин, в силу которых они существуют. Вместо этого необходимо получить ясное представление о возможных путях их решения и побудить клиента к необходимым изменениям.

Таким образом, теоретической основой метода, как и ряда других краткосрочных подходов, являются идеи конструктивизма. Опираясь на работы Б. А. Бараша (1993) и А. М. Ялова (1997), приведем базовые постулаты КПП:

1. Качество жизни является производным мировоззрения человека, его отношения к событиям. Психотерапевт, как правило, не может изменить реальную жизнь пациента, но может изменить его мировоззрение. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизненной ситуации на другое, более оптимистичное и жизнеутверждающее.
2. Конфронтация, т. е. открытая борьба с проблемой, в большинстве случаев неэффективна. Каждая проблема имеет и позитивный (адаптивный) аспект. Принятие этих аспектов, поиск компромисса – вот реальный путь к решению.
3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов, супружеских пар или семей. Жесткое следование догмам концепции может привести к навязыванию клиентам нереалистичных и неэффективных решений. Опыт и интуиция психотерапевта и его клиентов подсказывают наиболее верные пути решения. Нет сопротивляющихся пациентов, есть концептуально или технически ригидные психотерапевты.
4. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными переживаниями пациента и его обвинениями близких людей, что не способствует терапевтическому сотрудничеству. Гораздо конструктивнее выявлять и активизировать ресурсы для решения проблемы, которыми располагают клиенты и их окружение.

Приведенные постулаты диктуют следующие стратегические принципы КПП, хорошо отражающие сущность метода:

Позитивный подход – опора на ресурсы пациента. Психотерапевт принципиально фиксирует внимание не на проблеме, а на сильных, успешных сторонах человека. Для клиента его проблема и его ресурсы не связаны друг с другом. Важно выявить и мобилизовать эти имеющиеся ресурсы для преодоления проблемы. Клиент, следуя опыту общения с профессионалами, центрирует разговор на своих проблемах, переживаниях и страданиях, часто пытаясь доказать психотерапевту, как все плохо и безнадежно. Фиксация внимания на ресурсах позволяет противостоять этому, порой довольно сильному, натиску клиента. Психотерапевт сохраняет корректность по отношению к первоначальному описанию проблемы, но не задает дополнительных вопросов, которые еще больше погружают в нее, фиксируют внимание на возможных причинах, которые, нередко, описываются в терминах вины. Реалистическое и ненормативное видение проблемы, опора на иные, позитивные аспекты жизни стимулируют клиента к поиску ресурсов для ее успешного разрешения. Использование только положительного подкрепления. Реплики, жесты, мимика, реакции психотерапевта направлены на подкрепление движения клиента в сторону преодоления проблемы.

Убеждение терапевта в мудрости пациента. Здесь уместно процитировать высказывание Эриксона: «Каждый клиент знает решение своей проблемы; единственное, что ему не известно, это то, что он знает об этом». Справедливости ради отметим, что такое представление о скрытом потенциале клиентов не является научно обоснованным. Тем не менее уважение к возможностям пациентов, вера в их способности передается им, начинает материализоваться, создавая предпосылки для поиска решений.

Опора на интуицию. Исходит из идеи конструктивизма о том, что не существует точных и правильных объяснений причин проблемы, которые не более чем произвольные обозначения создаваемые в сознании наблюдателя. Поэтому предлагается опираться на интуицию профессионала, которая формируется на основе его личного опыта; личных предпочтений и профессионального контекста (ожидания, предпочтения администрации, коллег, преподавателей), а также запросов пациентов, к которым весьма восприимчив хороший психотерапевт. Все это ведет к использованию одних и неиспользованию других методов. Как весьма негативную следует рассматривать ситуацию, когда выбор психотерапевта ограничивается его профессиональным мастерством или отсутствием разумных альтернатив.

Утилизация – использование опыта, знаний, умений, убеждений, интересов и эмоций клиента, его социального окружения, имеющихся симптомов или проблемы.

Экономичность и краткосрочность. Считается, что если удастся добиться изменений неэффективного паттерна, некоего привычного стереотипа эмоционального и поведенческого реагирования, то возникает эффект «ряби», т. е. запускается цепочка когнитивных, эмоциональных и поведенческих изменений, которые опосредуются реакциями социума. Это приводит к быстрому преобразованию проблемной ситуации клиента.

Ориентация на будущее клиента, которое является областью реализации решений (прошлое уже не изменить, но оно несет в себе ресурсы для преодоления проблемы, настоящее уже прошло, возможно изменить лишь будущее).

Сотрудничество. В КПП задача психотерапевта – сотрудничать с клиентом, причём даже в случаях, когда человек не желает меняться. Такие пациенты-визитёры иногда попадают на психотерапию по настоянию родственников, врачей-интернистов, что подразумевает передачу ответственности за принятие решений пациенту.

Гласность. Данный принцип имеет два аспекта. Во-первых, отсутствующие на психотерапевтической сессии члены семьи или другие причастные к проблеме лица могут в той или иной форме ознакомиться с основными моментами диалога клиента и психотерапевта. Приветствуется присутствие на сессии множества людей как со стороны клиента (родственники, друзья, коллеги), так и со стороны психотерапевта (супервизор, коллеги, студенты). Во-вторых, нет ничего такого, что профессионалы могут сообщить друг другу, но не сказать об этом клиенту или другим заинтересованным лицам, т. е. происходит отказ от политики «двух правд». Это становится возможным при обсуждении любого случая с позитивной точки зрения и благодаря отказу от использования психопатологических ярлыков и менторского тона, исполненного профессиональным превосходством.

10.Экоцентризм – работа с социальной экологической системой. Пациент продолжает жить в некоем социальном окружении. Поэтому в КПП охотно обсуждают различные формы участия других людей в решении его проблемы.

11.Юмор. В психоаналитической терапии юмор рассматривается как защитное образование, способ, который позволяет пациенту редуцировать имеющееся напряжение. Использование юмора во время сессий КПП связано со стремлением максимально устранить напряжение, которое препятствует раскрепощению творческого потенциала, работе фантазии. Весёлая и непринужденная обстановка облегчает обсуждение необычных идей, поиск конструктивных решений. Юмор в психотерапии – это прекрасный способ дистанцирования клиента от проблемы, что позволяет ему взглянуть на ситуацию со стороны и найти правильное решение. Это хорошее средство отразить «натиск» клиента, который стремится обратить собеседника в свою негативную веру. Разумеется, важно смеяться вместе с ним, а не над ним.

12.Отношение к симптому как адаптивному стереотипу. Сочетается с внешне подчеркнутой нефиксацией внимания на симптоме вместо отношения к нему, как к мишени психотерапии.

13.Подстройка к конкретному пациенту и техническая пластичность в работе с ним. Практические аспекты применения метода

Терапевтические отношения в КПП занимают столько времени, сколько необходимо для того, чтобы сконструировать приемлемое для клиента решение его проблемы. На анализ этиологии и клиническую оценку психопатологии время не тратится. После

определения проблемы и уточнения цели приступают к отысканию ее оптимального решения. Терапия призвана запустить процесс решения, а не завершить его. Клиент еще долгое время после окончания терапии может продолжать реализацию разработанных решений. В среднем курс психотерапии включает 2 – 5 занятий с ориентацией психотерапевтов на желательность и возможность терапии одной сессии (по данным Центра краткосрочной семейной терапии в Милуокки 26 % клиентов были на приеме у психотерапевта один раз; 29 % – дважды; 17 % – трижды). Промежутки между встречами составляют от нескольких дней до нескольких месяцев. Продолжительность сессии обычно более одного часа, причем первая часто занимает до двух-трех часов.

Пути, ведущие к конструированию решений (по С. де Шазе 1985)

1. Сфокусированность на цели. С самого начала терапия фокусируется на целях, которые относятся к настоящему и могут сконструировать лучшее будущее: «Какова цель Вашего прихода сюда?» Психотерапевт сразу выстраивает лечебный процесс вокруг целей в настоящем, а не вокруг проблем, возникших в прошлом. Вопрос о причинах обращения за помощью: «Что привело Вас сюда?», с большой вероятностью приведет к тому, что клиент будет и дальше фокусироваться на своих проблемах

2. Сфокусированность на проблеме. Если в ответ на вопрос клиент начинает говорить о проблемах и жаловаться на жизнь, психотерапевт демонстрирует понимание и эмпатию. Но после завершения рассказа о проблемах, он должен быть готов к тому, чтобы переключить фокус внимания клиента в нужном направлении.

3. Сфокусированность на решении. Помогают вопросы типа: «Когда проблема будет разрешена, что Вы будете делать иначе?», «Готовы ли Вы начать эту деятельность, пусть с чего-то малого, уже сейчас?». Если клиент отвечает положительно – это служит сигналом к немедленному началу конкретных действий, направленных на изменения.

Сфокусированность на исключениях. Необходимо выяснить следующие вопросы: «Были ли у Вас такие времена, когда проблема отсутствовала? Как Вы это можете объяснить? Случались ли ситуации, когда Вы смогли сделать это по-другому? Как Вам это удалось?». Поиск исключений позволяет выявлять и укреплять сильные стороны клиента.

Выбор или спонтанность. Следует получить ответ на вопрос: «Возникают ли исключения намеренно или они случайны и совершенно непредсказуемы?»

И. Ким Берг (1991) выявила в описаниях клиентов два типа исключений: обдуманное и случайное. Обдуманное исключение клиент в состоянии описать последовательно, шаг за шагом, ему известно как можно поступать иначе. Случайный успех приписывается кому-то или чему-то: «Когда я проснулась, за окном светило солнце, и я почувствовала себя лучше». В последнем случае необходимо обсудить, что делал сам клиент, чтобы день задался. Здесь уместна следующая метафора: «Чтобы парусник двигался вперед, необходим не только ветер, но и поднятые паруса». Если исключения начинают восприниматься клиентом как находящиеся под контролем, пришло время сконструировать конкретные цели, побуждающие его делать это чаще и чаще, пока исключение не станет правилом. Если же в ответ на вопросы об исключениях клиент говорит: «Я не знаю», – психотерапевт должен его убедить, что это хороший признак. Ведь все это необычно для него, поэтому требуется время и помощь психотерапевта, чтобы начать конструировать альтернативы, о которых клиент, возможно, и не помышлял ранее.

Построение решения опирается на несколько важных идей:

- ? небольшие изменения ведут к обширным переменам (подчеркивается возможность системных сдвигов при воздействии на один из элементов системы);
- ? каждое решение уникально в силу уникальной индивидуальности каждого клиента (например, одна женщина, чтобы избавиться от депрессии, посещала три церкви сразу: католическую, евангелистскую и баптистскую. Так она обрела трехкратную поддержку, у нее стало в три раза больше социальных возможностей и в три раза меньше незаполненного времени, чтобы впасть в депрессию);
- ? решения проистекают из бесед (изменения рождаются по ходу беседы о решениях);
- ? язык является нашей реальностью (если психотерапевт говорит о проблемах клиента, его личности и имеющейся психопатологии, используя технические термины, он неизбежно ориентирует терапию на длительный курс и прояснение прошлого клиента).

Техники КПП

Ниже приведено краткое описание целого ряда техник КПП. Они используются на разных этапах проведения психотерапии, причем каждая из них решает вполне конкретные задачи, связанные с постановкой цели, работой с ресурсами, объяснениями клиентов и их окружением.

«Волшебная палочка». Многие люди четко знают, что им не нравится, но затрудняются сказать, что они хотят иметь вместо неудовлетворительного положения. Чтобы преодолеть ограничения, налагаемые действительностью, и установить цель терапии, клиенту можно предложить пофантазировать. Терапевт спрашивает: «Если бы у меня в руке была волшебная палочка, и я взмахнул бы ею... Как сейчас выглядит Ваша жизнь? Какие изменения произошли? Заметно ли это другим людям?»

«Воспоминания из будущего». Эта техника стимулирует у клиента создание положительных, весьма притягательных представлений о будущем. Вначале интересуются представлениями клиента о сроках, когда цель будет достигнута, предлагают «окупнуться» в это чудесное время. Затем говорят: «Итак, предположим, мы встретились через год и этой проблемы больше не существует. Опишите, как теперь выглядит Ваша жизнь?» Другой вариант: «Давайте пофантазируем. Мы в будущем, проблемы давно не существует. Мы случайно встретились, и я интересуюсь тем, как Вы поживаете. Что Вы мне рассказываете о своей жизни? Затем я спрашиваю, благодаря чему стала возможна эта перемена? Что Вы отвечаете?».

«Работа с объяснениями». Клиенты склонны объяснять свои проблемы тем или иным образом. Интерес к их объяснениям создает атмосферу равенства и взаимного уважения; уменьшает вероятность споров и вступления психотерапевта в коалицию с одним из членов семьи против другого; предупреждает фиксацию на «вредных» объяснениях, а также стимулирует выявление полезных и формирование новых объяснений, способствующих решению проблемы. Ориентированные на действие объяснения дают возможность пациенту посмотреть на свою проблему, как на случайность или плохую привычку. «Хорошие» объяснения могут основываться на предположении, что проблема помогает человеку в достижении чего-то или научении чему-то. Чтобы стимулировать воображение клиента задают вопросы: «Какое самое необычное объяснение проблеме Вы можете придумать? Как бы могли объяснить эту проблему люди в другой культуре?». Психотерапевт в разговоре избегает согласия или несогласия с объяснениями клиентов. Это достигается с помощью мета-вопросов:

«Итак, Вы думаете, что причина проблемы в том, что Ваш муж пьет. Если бы это было действительно так, помогло бы это в решении проблемы или только всё ухудшило?».

«Ревизия прошлого». Техника позволяет провести идею о том, что даже проблемное прошлое клиента способствовало увеличению его внутренних ресурсов: «Как Вы думаете, пережитые трудности закаляют человека или делают его слабее?»

«Маленькие ступеньки большой лестницы». Чтобы сделать перспективу достижения цели более реальной для клиента, можно использовать метафоры. Например: «Если, спускаясь по лестнице, мы захотим сразу перепрыгнуть через целый лестничный пролет, то, вероятно, просто разобьемся. Но если переходить со ступеньки на ступеньку, мы сможем спуститься по лестнице без проблем.

«Линия проблемы». Данная техника преследует сразу несколько задач. Нарисовав линию на листе бумаги и разделив ее на десять частей, психотерапевт может предложить: «Предположим, что в точке начала этой линии находится самое плохое положение вещей, а в конце – самое лучшее. Где вы находитесь сейчас? Если клиент говорит: «Всего-навсего на троечке», – терапевт может способствовать активизации ощущения достижимости цели, например: «Я бы сказал, что Вы прошли уже треть пути. Это немало!» Что надо сделать, чтобы продвинуться на шаг вперед? Тем самым, идет работа над конкретизацией путей решения проблемы.

«Ступени достижений». Для реализации решения необходимо не только предвидение результата и планирование, но и возможность на каждом этапе реализации проверить, действительно ли изменения идут в заданном направлении. Кроме того, важно ощущение достигаемого прогресса. Эта техника способствует определению таких ориентиров: «Предположим, что Вы стоите на первой ступени десятиэтажного дома. На каком этаже находится Ваша цель? Расскажите, чем Ваше положение отличается от предыдущего на каждом из этажей. Теперь опишите, чем отличается каждая из пяти (десяти) ступенек первого пролета. А второго? Что Вы должны сделать для того, чтобы

подняться на каждую из этих ступенек?». Надо учитывать, что слишком детальное планирование так же вредно, как и слишком общее и схематичное.

«Проверка будущим». Техника позволяет сформировать у клиента ясное представление своего будущего, что иногда дает для решения проблемы больше, чем все логические построения. «Предположим, Вы достигли того, что хотели. Какой будет Ваша жизнь через полгода после достижения цели, год после достижения цели, два года (три, пять лет)?». «Теперь представьте, что Вы не стали ничего менять (или приняли другое решение, если необходимо выбрать из нескольких вариантов). Какой будет Ваша жизнь: через полгода после достижения цели, год после достижения цели, два года (три, пять лет)?»

«Чувство динамики». Даже если клиент ничего не предпринимал до обращения к психотерапевту, то он, как минимум, уже: 1) понял, что у него есть проблема; 2) пришел к выводу, что необходимо что-то менять; 3) предпринял реальный и весьма конкретный шаг, направленный на разрешение проблемы, – обратился за психологической помощью. Обо всем этом необходимо сказать клиенту.

«Незамеченный ресурс». Данная техника повышает ощущение собственных возможностей и способствует инвентаризации собственных ресурсов. «На Вашем месте многие люди оказались бы в гораздо худшем положении. Как Вы сумели удержаться на таком уровне? Что помогло Вам?».

«Сплетня о проблеме». Осветить проблему с разных точек зрения, всестороннее изучение дает возможность следующая интервенция: «Если бы о Вашей проблеме сейчас рассказывали Ваши жена (муж), мать (отец), брат (сестра), друг (подруга), что бы они о ней рассказали?»

«Театр в табакерке». Эта техника позволяет увидеть проблему «сверху», в целом, и тем самым снизить преувеличенное клиентом значение происходящего и ощущение бессилия. «Если бы Вы сейчас наблюдали сверху спектакль, в котором были показаны Вы, Ваша проблема, люди, которые Вас окружают, как бы это выглядело? Опишите, что Вы видите?».

«Проблема как друг». Позволяет выключить слепое сопротивление проблеме, блокирующее ее разрешение, и занять позицию «сотрудничества» с проблемой. Наполнить смыслом переживаемые страдания или дискомфорт, ощутить ценность происходящего клиент может, ответив на следующие вопросы: «Многие думают, что проблемы и страдания не напрасны. А что думаете Вы? Для чего проблема появилась в Вашей жизни? Чему она хочет Вас научить?»

«Совет другу». Делегировав свою проблему другому человеку, и имея возможность рассматривать её уже со стороны, клиент может с большей легкостью найти подходящее решение. «Если бы такая проблема была у Вашего друга, что бы Вы ему посоветовали? Какие рекомендации могли бы дать? Как ему лучше разрешить проблему?»

«Вторая сторона медали». Данной техникой задается объективное, «объемное» восприятие ситуации, активизируются ресурсы: «Медаль не может быть только с одной стороной. Там, где есть плохое, обязательно должно быть хорошее. Что бы это могло быть? Что есть хорошего в Вашем нынешнем положении?»

«Фокусирование на прогрессе». Тема прогресса используется как трамплин для продвижения к новым решениям: «Вы сказали, что сейчас Ваша ситуация несколько лучше. Как Вы объясняете эту перемену? Поскольку явно наметился прогресс, как Вы думаете, чем он обусловлен?»

«Использование случайностей». Позволяет подчеркнуть скрытые от сознания умения и ресурсы клиента: «Вы говорите, что несколько раз случайно получалось так, что целый день проблема будто отсутствовала. Опишите хотя бы один из этих дней шаг за шагом. Давайте проанализируем, какова Ваша роль в этих «случайностях».

«Признание вклада других лиц». Вызывает у клиента размышления о вкладе, который внесли другие люди в решение его проблемы. Техника автоматически отменяет все осуждения в их адрес и поощряет чувство уважения и благодарности, усиливая тем самым сотрудничество. Она помогает клиентам развивать более теплые, поддерживающие отношения с их семьями, друзьями, знакомыми, сослуживцами.

«Предположим, Вы захотели бы поблагодарить всех тех людей, которые до сих пор Вам помогали. Что бы Вы сказали каждому из них? Когда Вы достигнете своей цели, кого еще кроме себя Вы сможете поблагодарить за Ваше достижение?».

Ниже рассмотрена техника, ориентированная на решение, в которой в концентрированном виде отражены идеи КПП. Она позволяет подтолкнуть клиента к конкретным, последовательным действиям по решению проблемы.

Шаги техники, ориентированной на решение

Постановка проблемы в ясных и четких категориях.

Задаем вопрос: «Как Вам удалось существовать с этой проблемой до сих пор?» (в одних случаях вопрос уместен, в других – нет).

При хронических проблемах (хронические боли, частые приступы паники) – поиск исключений: «Бывают дни (часы), когда становится немного легче?».

Ключевой вопрос: «Если бы ночью случилось чудо – Вы проснулись, а проблемы больше нет, как бы Вы узнали, что это произошло?» (требуется время, чтобы получить развернутый ответ, ибо многие забывают, как жить по-другому, без проблемы).

Человека необходимо вернуть к опыту комфорта – это ориентир на будущее при конструировании решения).

Оценка баллов по шкале, где 0 – проблема в максимальной выраженности, а 10 – максимум того, что можно считать её решением. Обязателен вопрос: «А где бы Вас поставили другие (мать, отец, муж, друзья)?».

Что бы помогло Вам сдвинуться по этой шкале на 1 балл? (иногда 0,5 балла). Всё, что люди находят, – материал для последующей работы.

Комплименты. Человек, подавленный проблемой, страдает от сниженной самооценки. Поэтому надо его похвалить, поддержать. Если трудно ухватить суть происходящего, то хвалят максимально неопределенно: «Я не могу этого объяснить, но мне кажется, что мы сделали что-то очень важное сейчас».

Домашнее задание. Оно делает работу более значимой. Если трудно предложить конкретное задание – можно дать неопределенное.

В дальнейшем необходимо время от времени возвращаться к этой шкале и спрашивать: «А где Вы сейчас находитесь?» Это позволяет психотерапевту лучше ориентироваться в достигнутых результатах, а клиенту осознать положительную динамику.

Показания к использованию метода и его эффективность

Краткосрочная позитивная психотерапия используется практически при всех поведенческих расстройствах и в любых терапевтических форматах (при работе с отдельными субъектами, супружеской парой или семьей). Подчеркивается, что узость фокусировки (нацеленность на решение) особенно ценна при оказании помощи людям с проблемами адаптации (Д. Араоз, 1996). Имеются указания на эффективность КПП даже при хронических психических расстройствах (К. Мартинес и др., 1994). Дж. Прохазка и Дж. Норкросс (2005) отмечают, что фундаментальные концепции метода (использование того, что уже помогает, акцент на существующих плюсах, выслушивание убеждений клиента, разговор на языке решений) все шире применяются в психиатрических стационарах к пациентам, которые традиционно считались некурабельными. Определить общую эффективность данного метода довольно затруднительно, но если исходить из постулата КПП о том, что именно клиент и никто другой должен оценить полученные результаты, то, опираясь на мнение лиц, прошедших терапию, можно говорить о достигнутых положительных изменениях примерно в 80 - 90 % случаев.

Нейролингвистическое программирование (НЛП)

История возникновения и развития метода

Нейролингвистическое программирование (НЛП) возникло в начале 1970-х и стало плодом сотрудничества Джона Гриндера, который был тогда ассистентом профессора лингвистики в университете Калифорнии в Санта Крузе, и Ричарда Бендлера - студента-математика в том же университете. Д. Гриндер к тому времени уже опубликовал несколько книг в той области лингвистики, которая известна как трансформационная грамматика. Р. Бендлер занимался моделированием самых различных процессов. Его способности наиболее ярко проявились в описании человеческой коммуникации. Р. Бендлер изучил, проанализировал и попытался смоделировать коммуникации, которые использовали в своей работе основатель гештальт-терапии Ф. Перлс и известный семейный психотерапевт В. Сатир. Р. Бендлер,

будучи компьютерным программистом, знал, что для того, чтобы запрограммировать любое поведение, нужно разбить его на компоненты и предоставить системе (мозгу) ясные и однозначные сигналы. К этой идее Д. Гриндер добавил представления, заимствованные из трансформационной грамматики. Это были первые шаги в построении модели НЛП. Позднее, всемирно известный антрополог Г. Бейтсон познакомил Р.Бэндлера и Д. Гриндера с выдающимся гипнотерапевтом М. Эриксоном, который разработал и активно использовал многоуровневую модель коммуникации, лежащую в основе его гипнотических стратегий. Основываясь на стенограммах сеансов Эриксона, они выделили основные речевые паттерны, которые использовали для моделирования его работы. По словам Э. Росси (2003), сам Эриксон так прокомментировал исследования Бендлера и Гриндера: «Они думают, что взяли у меня жемчужину, но на самом деле им досталась лишь раковина от жемчужины». Тем не менее, в основе ряда методик НЛП лежат приемы, которые действительно использовал в своей практике Эриксон.

На основе накопленного опыта к 1976 г. Р. Бэндлер и Д. Гриндер разработали модель коммуникации, отражающую их теоретическое понимание механизма «программирования» людей посредством языков (сенсорного и лингвистического). Эта модель также определяла принципы и способы использования компонентов субъективного опыта для психологических изменений поведения человека. Позднее она получила название первого описания НЛП. С того времени НЛП прошло определенный путь развития. Модель расширилась за счет включения в нее данных других дисциплин: кибернетики (коммуникации в сложных системах, как механических, так и живых), философии, когнитивной психологии, неврологии и исследований бессознательного. В 80–90-х гг. XX века возникло т. н. второе описание или «Новый код НЛП», который фокусируется на достижении разумного баланса между сознательными и бессознательными процессами. Эта новая версия НЛП является результатом исследований Д. Гриндера и Дж. Делозье (1993) и служит фундаментом для развития системного нейролингвистического программирования. По мнению М. Холла и Б. Боденхамера (2004), в настоящее время существует свыше 200 нейролингвистических технологий, которые предлагают эффективные стратегии в самых различных областях человеческой деятельности. Сегодня в мире НЛП применяют в бизнесе, рекламе, образовании, торговле (технологии продаж), спорте, политике (избирательные технологии, ведение переговоров), психологическом консультировании и психотерапии.

Теоретическая основа и сущность метода

Р. Бендлер и Д. Гриндер создавали НЛП, как модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может использоваться для описания, организации и эффективного использования взаимодействий между людьми в различных областях человеческой деятельности. В самом названии метода – нейролингвистическое программирование, по мнению авторов, заложены три основные идеи. Часть «нейро» отражает идею, что поведение берет начало в неврологических процессах видения, слушания, восприятия ощущений, запаха и вкуса. Благодаря им мы воспринимаем мир, извлекаем смысл из полученной информации, а затем организуем свое поведение. «Лингвистическая» часть названия показывает, что мы используем язык для того, чтобы упорядочивать наши мысли и поведение, чтобы вступать в коммуникацию с другими людьми. Наконец, третья часть – «программирование» указывает на те способы, которыми люди организуют свои идеи и действия, чтобы получить результаты. НЛП имеет дело со структурой субъективного опыта человека – каким образом мы отражаем то, что получаем из внешнего мира. Исследуется то, как мы описываем свой субъективный опыт в языке, как мы действуем, чтобы получить результат. НЛП акцентирует внимание на подстройке к клиенту и эффективных технологиях взаимодействия с ним. Такая техническая ориентация сочетается с бережным отношением к самооценности человека и принципом «не вреди».

Основными источниками нейролингвистического программирования являются: 1) изучение и анализ практики М. Эриксона, В. Сатир, Ф. Перлса и других представителей американской психотерапии; 2) современные данные о межполушарной асимметрии – различиях в переработке информации правым и левым полушариями; 3) работы Г.

Бейтсона, посвященные «экологии разума»; 4) данные зоопсихологии о формировании нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки; 5) трансформационная грамматика Г. Хомского, выделяющая глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 6) исследования кибернетики 50-60-х годов, стирающие границы между искусственным и естественным интеллектом; 7) теория логических типов К. Рассела.

Фактически НЛП является междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации, в основе которой лежат идеи конструктивизма. Ключевой постулат конструктивизма в вопросе познания таков: познающий не в силах познать реальность, которая объективна и независима от него. Все те модели окружающего нас мира, которые мы создаем с помощью мозга и нашего языка, являются не самим миром, а лишь его представлением. Наши индивидуальные карты в основном состоят из наших убеждений о том, кто мы, как функционируем, что представляет собой мир, как он устроен и т.д. По мнению Д. Гордона (2000), ключ к позитивным изменениям лежит именно в изменениях убеждений. Например, когда в ходе психотерапии клиент приходит к убеждению, что он способен вести трезвый образ жизни, управлять своим аппетитом или является достойным уважения и любви человеком. НЛП работает за счет того, что создает для клиента возможность (в некоторых случаях необходимость) изменить свои убеждения. Метод позволяет обеспечить референтный опыт, подходящий для данного индивида и в достаточной мере сильный, чтобы изменить его и, в конце концов, побудить отказаться от старых убеждений или принять новые.

Базовые принципы НЛП

1. «Карта не есть территория». Согласно этой исходной конструктивистской предпосылке, реальный мир существует, но познать этот мир мы можем только в субъективных переживаниях. У людей переживание мира проходит не только через такой фильтр, каким является разрешающая способность органов чувств, но также через пласты лингвистических различий, культурных ценностей и личностных убеждений. Все эти фильтры и определяют личную карту субъекта, его собственный взгляд на мир и свое место в нем. В категориях субъективного опыта карта, которой пользуется человек и является его территорией. Поэтому, если изменить карту, которая грешит неточностями и искажениями – изменится и окружающий мир, точнее его восприятие человеком. Проблема часто состоит не в том, что люди делают неверный выбор своего поведения, а в том, что их выбор ограничен отсутствием ясного и четкого образа мира.
2. Сопротивление различным предложениям психотерапевта просто указывает на то, что нужно установить более адекватный раппорт, а сами предложения должны соответствовать картине мира клиента.
3. Сознание и тело – две части единой системы. Поэтому через работу на когнитивном уровне можно воздействовать на тело и наоборот.
4. Все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, вероятно, имеют в настоящем адаптивные функции. Эти скрытые позитивные намерения симптомов необходимо учитывать при их коррекции.
5. Весь наш жизненный опыт закодирован в мозге в виде образов, звуков, чувств, вкусовых ощущений и запахов, а не в форме логических рассуждений. Субъективное восприятие опыта зависит от того, как структурирована хранящаяся в памяти информация. Меняя структуру опыта, мы меняем отношение к событиям прошлого. Мышление – это интерпретация опыта, который мы превращаем в словесное описание.
6. Если один человек может сделать нечто, то это может сделать и другой человек. Любые навыки и достижения имеют структуру, которая может быть скопирована и использована для их моделирования.
7. Измениться легко. Само по себе изменение занимает меньше времени, чем долгое пребывание в неизменном состоянии.
8. Люди располагают необходимыми ресурсами для решения возникающих перед ними проблем, но не всегда имеют доступ к этим внутренним ресурсам.
9. Все полученные результаты (позитивные и негативные) представляют собой полезную обратную связь при дальнейшем взаимодействии.

Первое описание НЛП включает лингвистические паттерны (мета-модель) и их взаимодействие с глубинной структурой опыта, идеи о подстройке, о репрезентативных системах, субмодальностях, стратегиях, о разделении намерений и поведения, а также ряд техник, созданных на этой основе, в частности, якорение, изменение личностной истории, шестишаговый рефрейминг, взмах, визуально-кинестетическая диссоциация, работа с убеждениями, реимпринтинг и др.

Второе описание НЛП (Новый код НЛП), предложили Дж. Гриндер и Дж. Делозье (1993). Его основное отличие состоит в том, что производимые изменения, (в том числе, выбор состояния, ресурсов и новых вариантов поведения) совершаются с помощью бессознательного. В основе подхода лежит доверие бессознательному мышлению и использование его мудрости. Одной из главных целей в Новом коде НЛП является развитие раппорта между сознательным и бессознательным, и, как следствие, достижение человеком собственной конгруэнтности. Вариантом такого взаимодействия сознательного и бессознательного является т. н. состояние высокой эффективности (СВЭ). В этом состоянии человек не производит сознательного поиска решения задачи, а остается спонтанным, позволяя решению прийти самому, из бессознательного. Вызов СВЭ выполняется с помощью специальных паттернов дыхания или игр Нового кода НЛП. Особенность последних состоит в активизации работы обоих полушарий мозга, задействовании всех каналов восприятия, одновременном выполнении нескольких параллельных процессов, присутствии четкого ритма и постепенном усложнении задач. Эти игры позволяют человеку быстрее и точнее войти в СВЭ. При наработке определенного опыта использования этого состояния, оно может достигаться более простыми способами. Новый код НЛП не ограничивается раппортом сознательного и бессознательного, конгруэнтностью и работой с состояниями. Он включает в себя также управление фильтрами внимания, моделирование из второй позиции и системное НЛП (множественное описание, учет петель обратной связи при создании изменений и работа на мета-уровнях).

Практические аспекты применения метода

Сбор информации о клиенте в НЛП (способы изучения его модели мира)

Собрать необходимую информацию о клиенте позволяет расспрос, включающий изучение особенностей речи человека, отражающих его способ восприятия мира и работу с мета-моделью, а также наблюдение за поведением субъекта, его невербальными реакциями в ходе общения.

Изучение содержания речи человека может рассказать о его представлениях, анализ ее особенностей (привычного использования в разговоре слов-предикатов – глаголов, прилагательных и наречий, т. е. слов, определяющих взаимоотношения между вещами) показывает, как человек достиг этих представлений, какие сенсорные системы он предпочитает использовать для этого. Люди мыслят в одной из трех систем. Они могут создавать внутри себя зрительные образы, испытывать ощущения или что-то говорить сам себе. Эти основные сенсорные системы (визуальная, аудиальная и кинестетическая) в НЛП обозначаются как репрезентативные системы. Это пути, посредством которых человек познает и представляет окружающий мир. Их еще называют модальностями внутреннего опыта, поскольку весь наш опыт закодирован в структурах мозга в виде образов, звуков, ощущений (к последним относят осязание, обоняние и вкус). В норме у человека задействованы все системы, поэтому, строго говоря, не существует чистых визуалов или кинестетиков (за исключением случаев, когда в результате травмы или заболевания, один или два сенсорных канала отрезаны). В то же время, люди склонны действовать в той системе, где сознательно представлена большая часть их опыта. Они пользуются ею чаще и полнее других, особенно в стрессовых ситуациях. Привычное использование в речи множества слов-предикатов, относящихся, например, к визуальной системе, указывает на первичную репрезентативную систему (РС), т. е. ту внутреннюю систему, которая больше других развита и шире используется. Поиск слов-предикатов в речи пациента позволяет выявить его первичную РС – ту систему, благодаря которой внутренний опыт человека становится доступным сознанию. Она же является преимущественным каналом информации о внешнем мире. Визуальные слова-предикаты: видеть, рисовать, яркий, ясный, туманный, прозрачный, перспектива и т. д. Аудиальные: слышать, звучать, громкий, шумный, звонкий и т. д. Кинестетические: чувствовать, ощущать,

трогать, теплый, мягкий, гладкий, зажатый, колющий, сухой и т. д. Следует помнить, что речь идет о переносном, метафорическом словоупотреблении («ты сегодня очень кислый», «она просто сияла»), потому что независимо от первичной РС все скажут: «Кислый лимон».

Необходима некоторая практика для автоматического вылавливания слов-предикатов из речи. Это важно, т. к. некоторые люди буквально видят то, что им говорят, другие ощущают, а третьи слышат. Чтобы человек лучше Вас понял, надо говорить с ним на его языке, используя слова-предикаты, относящиеся к предпочитаемой им РС.

Ключи доступа. Доступом в НЛП называется процесс получения внутренней информации – картин, звуков, слов, ощущений, составляющих воспоминания или фантазии человека. Ключи доступа – движения глаз и физиологические признаки, указывающие на способы обработки внутреннего опыта, т.е. как человек думает в картинках, словах или ощущениях. В 1969 г. Р. Бакан (США) установил соотношения между сигналами мозга и движениями глаз. При ответе на вопрос, требующий обдумывания, субъект уходит в себя (смотрит сквозь собеседника, вверх или вниз). В этот момент он обращается к памяти, своему внутреннему опыту. Например, визуальное воспоминание запускает вопрос: «Какого цвета Ваша входная дверь?», а визуального конструирования требует вопрос: «Вы можете представить себе черный треугольник внутри красного квадрата?». Аудиальные воспоминания стимулирует вопрос: «Как звучит звонок в Вашем телефоне?», а аудиальное конструирование происходит при вопросе: «Как будет звучать Ваш голос под водой?» Внутренний диалог стимулирует просьба: «Прочитайте детский стишок про себя», а кинестетический канал восприятия включается в ответ на предложение: «Вспомните вкус лимона». На рис. 1 представлена схема глазных сигналов доступа для праворуких. У леворуких все глазные сигналы инвертированы (расположены наоборот). У амбидекстров (равноруких) могут быть инвертированы только визуальные сигналы, либо, напротив, кинестетические и внутренний диалог.

Визуальные конструкции Визуальные воспоминания

Аудиальные
воспоминания Аудиальные конструкции

Кинестетика Аудиальные представления ,
(ощущения, осязание, обоняние, вкус) внутренний диалог, контроль речи

Рис. 1 Типичная схема глазных сигналов доступа (для правшей)

Функцию поиска и извлечения информации в виде образов, звуков или ощущений выполняет ведущая система – особый внутренний канал, который извлекает необходимый материал из памяти для последующего сознательного обдумывания (работает ниже уровня осознания, поэтому ее можно определить только по направлению, куда глаза идут первыми при поиске ответа на вопрос). Система, которая предоставляет информацию сознанию, – первичная РС, является предпочитаемой системой мышления субъекта. Выявляется по словам-предикатам. Наконец, существует референтная система (ее определяют по тому, куда последними идут глаза перед началом ответа на вопрос). Референтная система служит для проверки извлеченной в сознание информации (истинная она или ложная), а также для принятия решений. При несовпадении ведущей и первичной РС могут быть проблемы, поскольку субъект извлекает информацию, например, визуально, а в сознание она поступает в виде чувств и не понятно, как они возникают. Например, женщина испытывает ревность. При этом она говорит об этом чувстве, а глаза идут вправо и вверх (конструирует неосознаваемые картины измены мужа). Осознается лишь безотчетное, тягостное чувство ревности, которое возникло как бы само по себе. Поэтому важно определить, находится ли ведущая система в пределах осознания или нет, что необходимо для построения адекватных терапевтических стратегий.

Внутренние стратегии – последовательность внутренних процессов, т.е. шагов, которые определяют поведение субъекта и вызывают у него различные чувства.

Например, человек может создавать или воспроизводить в сознании картины которые вызывают у него те или иные чувства, а затем он говорит сам себе об этих чувствах, т. е. это – последовательность $B > K > A$. Эту стратегию нередко используют при покупках. Стратегии могут быть удачными и неудачными. Удачные – эффективно приводят к полезному результату. Неудачные – эффективны, но не являются полезными. Например, спеллинг – стратегия грамотного письма. Известно, что независимо от языка и страны, люди, которые хорошо владеют правописанием, пользуются одной и той же стратегией. Они вызывают визуальный (эдейтический) образ слова, а затем проверяют правильность кинестетически (ориентируются на изменения ощущений поблизости от средней линии тела). Менее эффективная стратегия – проверять написание аудиально (проговаривать слово про себя). Большинство людей использует мало стратегий достижения (2–3–4). Р. Бендлер и Д. Гриндер (1996) утверждают, что гибкая, эффективно функционирующая личность имеет до 10–12 поведенческих стратегий. Используя информацию о внутренних стратегиях принятия решения, можно организовать своё сообщение так, что оно легко будет понято и принято человеком. Для этого слова-предикаты должны чередоваться в сообщении так же, как чередуются соответствующие внутренние стратегии клиента. Субмодальности – тонкие различия внутри каждой из трех модальностей. Они и позволяют людям воспринимать мир или ярким, эмоционально насыщенным, или тусклым и неинтересным. От того, как сконструирован наш внутренний опыт, как он организован, во многом зависит и наше к нему отношение. Субмодальности – это фактические характеристики структуры опыта. Визуальные субмодальности: цвет, яркость, размер, форма, контрастность, резкость, расстояние до картинка, движение (фильм или слайд), ассоциированное (вижу своими глазами) или диссоциированное (вижу себя со стороны) восприятие. Аудиальные субмодальности: громкость, стерео или моно звук, тон, тембр, ритм, резкость, чистота звука, продолжительность, местоположение источника звука и расстояние до него. Кинестетические субмодальности: локализация, интенсивность, давление, текстура, тяжесть, температура, длительность ощущений. В НЛП считают, что есть хороший способ сделать себя неудачником: весь позитивный опыт хранить в виде черно-белых фото, далеко и нечетко, а весь отрицательный опыт представлять ярко, объемно, крупным планом, в движении. На этом принципе основаны техники работы с субмодальностями, например, взмах, визуально-кинестетическая диссоциация и др.

Тройное описание. Д. Гриндер и Дж. Делозье выделили три основных позиции восприятия. Первая позиция позволяет субъекту смотреть на мир полностью со своей точки зрения, изнутри своей собственной реальности, не принимая в расчет другие возможные точки зрения. Вторая позиция часто известна как эмпатия. Субъект может представить себе, что бы он увидел, почувствовал и услышал с точки зрения другого человека. Очевидно, что одна и та же ситуация или поведение могут иметь различные смыслы для различных людей. Третья позиция – опыт наблюдения за ситуацией со стороны. Эта отстраненность позволяет субъекту более объективно оценивать происходящее. Все три позиции одинаково важны, и полезно уметь свободно менять, переходя от одной к другой. Они помогают человеку лучше понять любой результат и любую ситуацию. Различия, которые можно заметить, если смотреть на мир под различными углами зрения, – это то, что делает мир разнообразным, и то, что дает людям возможность выбора.

Линия времени. Общий способ организации картин прошлого, настоящего и будущего в представлениях человека заключается в их пространственном расположении. Прошлое чаще всего располагается слева от субъекта. Чем дальше в прошлое, тем дальше располагается картинка. Будущее будет уходить вправо, причем картины более далекого будущего будут находиться дальше. Картинки по обе стороны могут располагаться друг над другом либо каким-то другим способом, позволяющим легко увидеть и рассортировать их. Многие люди используют визуальную систему для представления временной последовательности событий, хотя могут существовать некоторые субмодальные различия и в других системах. Звук может усиливаться по мере приближения к настоящему, ощущения могут становиться более интенсивными. Такой способ организации времени согласуется с нормальными глазными сигналами доступа (и способом чтения) и является весьма распространенным. Есть и другие способы организации временной линии. И хотя не существует неправильной временной

линии, то, где и как субъект ее выстраивает, будет влиять на то, как он думает. Например, если прошлое находится прямо перед ним, то всегда будет попадать в поле зрения и привлекать внимание человека. Прошлое становится важной и влиятельной частью опыта. Большие и яркие картинки далекого будущего сделают его весьма привлекательным, субъект будет ориентирован в будущее. Известно, что люди, ориентированные таким образом, обычно справляются с болезнями быстрее, и медицинские исследования подтверждают это. Линии времени важны в терапии. Если клиент не может увидеть своего будущего, то многие техники не будут работать, поскольку предполагается, что он способен мысленно передвигаться во времени, получать доступ к ресурсам прошлого или конструировать привлекательнее будущее.

Система логических уровней Г. Бейтсона. На любую проблему можно посмотреть под разными углами, с разных уровней. Чтобы кто-то существовал в мире, что-то с ним происходило, это должно быть где-то. Это – уровень окружения (1). Вопросы, обращенные к уровню окружения: «Где? Когда?» На этом уровне трудно говорить о проблемах, скорее можно решать какие-то задачи. Например, неудобно сидеть на этом стуле – можно пересесть на другой. Не нравится человек – можно исключить его из своего окружения. Следующий – уровень поведения (2). Ведь в любом окружении человек что-то делает (говорит, двигается, испытывает эмоции, дышит, ест и т. п.). Причем можно делать что-то в этом окружении, а можно совсем в другом. Вопросы поведенческого уровня: «Что? Что Вы делаете?» Уровень способностей и возможностей (3). является определяющим для поведения. Ведь чтобы осуществить то или иное поведение, нужны способности и возможности, которые позволяют сделать нечто в данном окружении. Способности – более сложная система, чем поведение. Имея способность писать, это можно делать многими способами, т. е. некая способность определяет достаточно широкий спектр поведения и, соответственно расширяет окружение. Вопрос этого уровня: «Как?». Уровень убеждений и ценностей (4) позволяет понять, почему могут быть и способности и возможности, но человек не хочет что-то делать. Вопрос этого уровня: «Почему?» Все то, чему человек осознанно и неосознанно придает значение, определяет его поведение, способности, возможность выбирать себе окружение. Если человек убежден, что он не может что-либо делать (петь, плавать, выступать перед аудиторией), то у него не будет соответствующих способностей и возможностей, поэтому он будет всячески избегать поведения, которое ему якобы недоступно. На уровне убеждений существует максимум ограничений, которые могут создавать жесткую и ригидную модель мира. Иногда уровень убеждений диссоциируется, и человек перестает осознавать свои убеждения и ценности, а начинает жить исходя из требований окружения. Это создает основу для формирования невротического поведения и зависимостей. Ибо существует внутренний конфликт, а значит психический дискомфорт, который нужно снимать. Поэтому одна из задач терапии – вернуть человека к его истинным убеждениям и ценностям. Сущностный уровень или идентичность (5) – это базисное ощущение самого себя, связанное с основными личностными ценностями субъекта. Отвечает на вопрос: «Кто я?». Он малоосознаваем, но очень важен, поскольку определяет все остальное. Если женщина говорит: «Я – мать» – в том смысле, что материнство является ее предназначением это – уровень идентичности.

На каждом логическом уровне есть своя симптоматика, свои проблемы, а также свои подходы к коррекции и техники работы. Разработана техника, позволяющая развести логические уровни, которые могут быть у человека перепутаны. Чем выше логический уровень проблемы, тем сложнее работать. Больше всего техник поведенческого уровня: интеграция якорей, техника быстрого лечения фобий и т. д. Сразу на двух уровнях (поведения, а также способностей и возможностей) работает техника взмаха и шестишаговый рефрейминг. На уровне убеждений и ценностей работает техника изменения убеждений, а реимпринтинг затрагивает не только уровень убеждений, но и идентичность.

Подстройка (присоединение) – техника установления раппорта путем уподобления психотерапевта своему клиенту в речи и поведении. Специалист делает похожей какую-то часть своего поведения на аналогичную часть поведения клиента. Существуют различные виды подстройки: подстройка к позе (прямая и не прямая); подстройка к движениям; подстройка к дыханию (говорят на выдохе клиента); присоединение к речи (отражают особенности речи клиента).

Калибровка – использование остроты восприятия психотерапевта для выявления малейших сдвигов во внешне наблюдаемом состоянии человека (ориентируясь преимущественно на невербальные каналы информации), по которым можно определить, когда в его внутреннем состоянии происходят изменения. С этой целью калибруют (внимательно изучают и запоминают для последующего сравнения) видимые невербальные реакции клиента: ширину зрачков, движения глазных яблок, ритм и глубину дыхания, цвет кожных покровов, мышечный тонус, мимику и микродвижения. При использовании техник вначале калибруют текущее состояние (например, предлагая погрузиться в проблему). После выполнения психотерапевтической интервенции вновь предлагают клиенту вспомнить проблемную ситуацию и следят, как изменилось его невербальное поведение.

Мета-модель — это набор лингвистических средств для сбора информации, направленных на то, чтобы восстановить связь языка человека и того опыта, который он в этом языке представляет. Язык – это не опыт, а представление опыта, как карта – представление территории. Существует поверхностная структура языка – то, что мы слышим от другого человека на уровне обыденной речи. Она малоинформативна, поскольку в процессе кодирования чувственного опыта в слова и в процессе декодирования слушателем, когда он расшифровывает для себя смысл этих слов, информация может теряться и искажаться. Глубинная структура языка – то, что на самом деле подразумевается и тесно связано с моделью мира человека. Но, чтобы перейти от глубинной структуры к поверхностной, люди используют три универсальных процесса: они обобщают, упускают либо искажают часть информации. Поэтому, изменяя поверхностную структуру при помощи мета-модели, можно восстановить утраченную информацию, а также в какой-то степени повлиять на глубинную структуру языка и собственно модель мира субъекта. Ниже приведены названия и примеры лингвистических паттернов, которые нуждаются в уточнении с помощью вопросов метамоделей:

- Чтение мыслей. «Я Вам не нравлюсь». – «Почему Вы думаете, что мне не нравится?»
- Безличность. «Критиковать плохо». – «Почему Вы решили, что это плохо? Кто так считает? Кто сказал, что это плохо?»
- Причинно-следственные обороты. «Вы заставляете меня сердиться». – «По какой причине мои поступки заставляют Вас выбирать реакцию гнева?»
- Сложная равнозначность. «Вы всегда на меня кричите, то есть совершенно ко мне равнодушны!». – «Почему то, что я кричу, означает, что Вы мне безразличны? Вы никогда не повышали голос на того, кто Вам не безразличен?»
- Пресуппозиции. «Если бы начальник знал, сколько у меня работы, он не просил бы меня об этом». – «Почему Вы уверены, что он не знает, сколько у Вас работы? Почему Вы считаете, что у Вас слишком много работы?»
- Кванторы общности. «Она никогда меня не слушается». – «Совсем никогда? Что случилось бы, если бы она Вас послушалась?»
- Модальные операторы необходимости. Ключевые слова: «следует», «не следует», «должен», «не должен», «обязан», «нужно», «необходимо». «Мне нужно сделать это к вечеру». – «Что произойдет, если Вы этого не сделаете?»
- Модальные операторы возможности. Ключевые слова: «можешь», «не можешь», «смогу», «не смогу», «способен», «не способен», «возможно», «невозможно». «Я не смогу сдать этот экзамен». – «Что помешает Вам его сдать? Что случится, если Вы все-таки его сдадите?»
- Номинализации. «Общение здесь невозможно». – «Кому не удастся общаться и с кем именно? Как именно Вы хотели бы общаться?»
- Неопределенные глаголы. «Он меня обидел». – «Чем и как именно он Вас обидел?»
- Простое опущение. «Я сыт по горло». – «Чем? Кем? Что именно случилось?»
- Отсутствие точной ссылки. «Никого это не волнует». – «Кто именно проявляет безразличие?»
- Опущение при сравнении. Ключевые слова: «хорошо», «лучше», «лучший», «больше», «меньше», «самый», «плохо», «хуже», «худший». «Он плохой друг». – «По сравнению с кем?»

Итак, мета-модель используется: 1) для сбора информации о клиенте и его проблеме; 2) для выяснения истинного значения сказанного клиентом (что именно он имеет в

виду?); 3) для выявления ограничений в модели мира клиента; 4) с целью помощи в обнаружении новых выборов; 5) как способ коррекции мышления клиента.

Милтон – модель охватывает языковые структуры, которые Бендлер и Гриндер смоделировали благодаря работам Эриксона.

Эриксон широко пользовался тем, что сам называл «искусством неопределенности», т. е. оборотами речи, которые делают общение более эффективным, а также способствуют погружению человека в транс. Милтон-модель противоположна мета-модели, призванной уточнять то, что опущено. Она направлена на создание неопределенности, которую можно использовать для наведения транса и скрытых внушений. Передаваемые сообщения адресованы непосредственно бессознательному и оказывают прямое влияние на поведение людей, минуя преграды их сознательного ума. Приведем несколько примеров: очень полезно помнить, что... (безличность); Вы уже много узнали (пресуппозиция); но Вы можете... (неопределенный глагол); все не так плохо (опущение при сравнении).

Принципы терапии в НЛП

1. Личная конгруэнтность психотерапевта. Конгруэнтность – соответствие между всеми частями личности субъекта и его поведением. Обнаруживает себя в полном соответствии слов человека тому, что выражается им голосом, мимикой, позой, дыханием, движениями тела, мышечным тонусом и т. п. Неконгруэнтность возникает в силу определенного внутреннего конфликта. Это приводит к одновременной посылке разных, порой весьма противоречивых сигналов, свидетельствующих о том, что поведение, внешне демонстрируемое человеком, и его чувства не совпадают. От личной конгруэнтности психотерапевта зависит способность к установлению коммуникации и эффективное взаимодействие с клиентом.

2. Установление раппорта (присоединение) и сбор информации о текущем и желаемом состоянии клиента. Раппорт – установление доверительного контакта и поддержание его на протяжении всего сеанса. Раппорт создается через осознанное и бессознательное присоединение к клиенту на разных уровнях. На этом этапе определяют репрезентативные системы. Для сбора информации используют словесный расспрос (включая мета-модель), изучение ключей доступа, наблюдение за различными аспектами поведения клиента.

3. Обеспечение формулировки цели клиента с учетом пяти правил хорошо сформированного результата (см. далее). Для этого надо знать настоящее (текущее) состояние клиента, связанное с проблемой, о которой собирают минимум информации. Гораздо важнее знать, что хочет клиент.

4. Выяснение того, какие ресурсы необходимы клиенту для достижения желаемого состояния. Задача психотерапевта заключается в обеспечении доступа к этим ресурсам и извлечении их из бессознательного.

5. Выбор стратегии терапевтического вмешательства. Намечается тактика работы с клиентом, осуществляется выбор конкретных техник для достижения намеченных изменений.

6. Перевод в желаемое состояние (при помощи одной техники или сочетания различных техник).

7. Проверка результата (используя калибровку, проводят как в воображении, так и в реальности).

Пять правил хорошо сформированного результата

1) Результат должен быть сформулирован в позитиве. Необходимо выяснить, что действительно хочет клиент, а не чего он не хочет. Грамотной формулировки цели иногда бывает уже достаточно для изменений. Цель должна быть сформулирована в позитиве. Я не хочу расстраиваться, пьянствовать, ссориться с женой и т. п. – это не цели для психотерапевтической работы. Если клиент говорит: «Я не хочу...», психотерапевт спрашивает: «А что Вы хотите вместо этого?».

2) Результат приложим к конкретному лицу. Он должен касаться самого клиента. Например, женщина говорит: «Хочу, чтобы муж приходил домой вовремя». Но цель должна ставиться себе, а не другим, иначе проблема смещается вовне, где от клиента мало что зависит. Потому необходимо уточнить: «Что Вам нужно сделать для того, чтобы муж вел себя иначе?» и: «Что Вам необходимо для того, чтобы по-другому реагировать на его поздние приходы?»

3) Как узнает клиент, что результат уже достигнут? Результат должен быть выражен в категориях сенсорного опыта. Необходимо выяснить, что клиент увидит, услышит, почувствует? Этот пункт требует сбора субмодальных характеристик уже достигнутого результата. Должны быть ясные критерии достижения результата. Например, клиент говорит: «Я хочу быть уверенным». Психотерапевт вначале должен выяснить, в каких конкретно ситуациях ему нужна эта уверенность, а затем, как он узнает, что достиг уверенности в себе. Иногда можно сказать: «Притворитесь, что Вы уже стали уверенным в тех ситуациях, где хотите быть уверенным. Как Вы почувствуете свою уверенность? Как Вы будете себя вести? Что скажете?».

4) Результат должен быть размещен в должном контексте. Новые качества, способности хороши только в зависимости от того, когда, где и с кем они проявляются. Потому что не бывает ничего абсолютно хорошего или абсолютно плохого вне контекста. Не существует ни одной эмоции, ни одного состояния, которые были бы желательны везде. Ибо в одной ситуации действительно надо проявить твердость и решительность, а в другой вполне уместна мягкость.

5) Проверка экологичности. Необходимо выяснить, как полученный результат может отразиться на жизни клиента. Ведь люди часто не осознают всех последствий изменений, которых они якобы хотят. Например, если человек хочет быть спокойным, то как его спокойствие повлияет на взаимоотношения с близкими, как отразится на работе и т. п. Иногда после этого пункта происходит переформирование результата, так как выясняется, что клиентом учтено не все.

Коррекционные техники НЛП

М. Холл и Б. Боденхамер (2004) считают, что НЛП является метадисциплиной, которая позволяет моделировать все то, что работает, к какой бы ветви психотерапии это не относилось (поскольку НЛП сфокусировано на решениях, предпочтение отдается краткосрочным видам психотерапии). Поэтому нельзя описать НЛП-терапию как самостоятельную дисциплину. Правильнее говорить о различных паттернах, процессах или формах вмешательства (техниках), которые основаны на НЛП-моделировании различных видов психотерапии. Ниже приведено описание некоторых техник (преимущественно относящихся к уровню НЛП-практик), которые используются в психотерапии и консультировании. Для более детального ознакомления с принципами и методами НЛП отсылаем читателя к изданным на русском языке книгам М. Холла и Б. Боденхамера «НЛП-практик» (2003) и «НЛП-мастер» (2004).

Техника интеграции якорей. Якорь - это специфический стимул, предъявление которого позволяет перенести прошлый опыт человека в настоящий момент и воссоздать связанные с ним переживания. В основе применения техник якорения лежат классические работы И. П. Павлова (1938) об условных рефлексах. Чтобы добавочный стимул стал якорем, повторное использование которого приводило бы к обретению человеком требуемого переживания, необходимо соблюдать определенные условия: 1) выбранный стимул, чаще всего кинестетический (сжатие плеча, надавливание на колено либо на пястные кости), вводят в момент максимальной погруженности пациента в воспоминание на высоте связанных с ним эмоциональных проявлений; 2) для быстрого возвращения в это воспоминание якорь должен быть воспроизведен предельно точно (локализация, интенсивность давления). В зависимости от характера переживаний, с которыми сформирована условно-рефлекторная связь, якоря могут быть положительными (ресурсными) или отрицательными.

Техника интеграции якорей выполняется следующим образом. Вначале пациенту предлагается как можно ярче и ассоциированно оживить в памяти проблемную ситуацию. На высоте отрицательных представлений и эмоций осуществляется постановка негативного якоря, например, психотерапевт надавливает пальцами руки на левое колено пациента в течение 25-40 секунд. После короткого перерыва, уже на высоте положительных эмоций, связанных с ресурсным воспоминанием, на его правое колено аналогичным образом накладывается позитивный якорь. Иногда для формирования более мощной положительной альтернативы один позитивный якорь последовательно соединяют с несколькими ресурсными воспоминаниями, т. е. стопка якорей. Далее производится собственно интеграция якорей. Для этого вначале накладывают негативный якорь, предлагая пациенту вновь погрузиться в проблемную ситуацию, а при возникновении отчетливых невербальных признаков страха перед

близостью (побледнение кожи лица и изменение мимики, учащение дыхания, мышечное напряжение и т. п.) вводится позитивный якорь, причем не менее 30-40 секунд оба якоря удерживаются одновременно, а затем еще столько же - один позитивный. Если в результате совмещения якорей отрицательное переживание ослабло, подверглось нейтрализации - это отражается в изменении внешних реакций пациента, а при расспросе он отмечает, что неприятное воспоминание поблекло, воспринимается с меньшим драматизмом, порой отстраненно. Для этой же цели может использоваться модификация методики - замена двигательных якорей.

Замена двигательных якорей выполняется в три этапа. На первом этапе, пациенту, который стоит напротив психотерапевта на расстоянии вытянутой руки, предлагается представить себя в проблемной ситуации. При этом его просят почувствовать некий внутренний ритм своего тела, а затем постепенно начать раскачиваться на прямых ногах, подбирая свой собственный темп, ритм, амплитуду и направление раскачиваний, которые соединяются с дискомфортным воспоминанием. Переживания пациента суггестивно усиливают, способствуя большему погружению в образы, мысли, эмоции, ощущения и неоднократно подчеркивая, что они связываются, соединяются с движениями, которые совершает его тело. Затем пациента необходимо взять за плечи, чтобы точнее уловить ритм движений соответствующий негативному воспоминанию, и, определив его, даже несколько усилить движения. Если образовалась устойчивая связь между определенным типом раскачиваний пациента (негативным якорем) и отрицательным воспоминанием, то при увеличении амплитуды этих движений обычно усиливается его яркость и интенсивность эмоционального реагирования. На втором этапе пациент максимально отчетливо представляет себе ресурсную ситуацию, которая так же, как и в первом случае, связывается с раскачиваниями тела (позитивным якорем). Затем пациента следует взять за плечи и, определив характер раскачиваний, усилить их, чтобы убедиться в наличии связи между ними и ресурсным воспоминанием. При выполнении третьего этапа пациент вновь должен обратиться к негативной ситуации, но при этом стоять неподвижно. При появлении явных невербальных признаков оживления дискомфортного воспоминания психотерапевт берет пациента за плечи и начинает его раскачивать в ритме позитивного якоря. На фоне выполнения движений, соответствующих ресурсным переживаниям, пациенту предлагается еще некоторое время удерживать в воображении проблемную ситуацию, пока она не начнет стираться, распадаться на отдельные фрагменты, утрачивать свою негативную эмоциональную окраску. Возможно усиление нейтрализующего воздействия введенного в негативное воспоминание позитивного якоря за счет дополнительных суггестий.

Изменение личностной истории – это техника для переоценки причиняющих беспокойство воспоминаний в свете накопленного к настоящему моменту опыта. Каждый из нас имеет богатую личностную историю прошлых переживаний, которые существуют в виде воспоминаний в настоящем. Несмотря на то, что невозможно изменить произошедшие с нами на самом деле события (факты), мы способны изменить смысл этих событий (отношение к ним) в настоящем и, следовательно, ослабить их воздействие на наше поведение. Изменение личной истории особенно полезно в тех случаях, когда проблемное поведение или внутренний дискомфорт продолжают повторяться вновь и вновь. После установления хорошего раппорта с клиентом начинают пошаговое выполнение техники: 1) идентифицируют негативное состояние (воспоминание), извлекают его, проводят калибровку, закрепляют якорем, после чего прерывают его; 2) удерживая негативный якорь, просят клиента вернуться назад и подумать о том времени, когда у него были похожие ощущения (переживания). Необходимо продолжать до тех пор, пока клиент не достигнет самого раннего негативного опыта, который он может вспомнить. Затем клиента полностью возвращают в настоящее; 3) клиента просят подумать о том, какие ресурсы были необходимы ему в тех прошлых ситуациях, чтобы они утратили свой негативный оттенок; 4) извлекают и ставят на якорь переживание необходимого ресурсного состояния; 5) удерживая положительный якорь, клиента возвращают снова к раннему опыту. Вначале ему, вооруженному новыми ресурсами, предлагают посмотреть на себя со стороны (диссоциированно) и заметить, как ресурсы изменяют его переживания. Затем клиенту предлагают пройти через негативный опыт (поочередно ассоциировавшись с каждой из проблемных ситуаций) вместе с ресурсами (при этом терапевт продолжает удерживать якорь) так, как будто это происходит снова. Его просят обратить внимание на реакцию

других людей в этой ситуации теперь, когда он располагает новым ресурсом. Если клиента не удовлетворяют достигнутые изменения, необходимо вернуться к шагу 4, чтобы определить и закрепить (поставить на якорь) иные, более подходящие ресурсы, а затем снова внести их в ранний опыт. Когда клиент будет способен переживать ситуацию по-новому и даже учиться на ней, якорь убирают и прерывают воспоминание; б) для оценки достигнутых изменений, не используя якорь, клиенту предлагают вспомнить прошлое переживание, наблюдая за тем, как изменились его невербальные реакции на эти воспоминания. Наличие признаков негативного состояния, предполагает возврат к шагу 4, чтобы накопить больше ресурсов для более удачной трансформации отношения к событиям прошлого.

Техника взмаха, позволяет быстро и эффективно менять ригидный стереотип поведенческого реагирования человека на какие-то другие, более его устраивающие. Используется, когда нужно изменить нежелательные поведенческие стереотипы. Например, такие автоматизмы, как грызение ногтей, сосание пальцев, курение, переедание. В случаях зависимого поведения взмах используется на завершающем этапе лечения, когда проработан позитивный аспект зависимости (техника не учитывает вторичной выгоды симптоматического поведения).

В технике взмаха можно выделить три основных блока.

1. Определение ключа (негативного стимула), от которого начинается взмах. Ключ – это триггер, запускающий нежелательное поведение. Трудность в том, что эти процессы свернуты и происходят почти мгновенно, поэтому требуется навык сбора соответствующей информации. Бывает внешний ключ, когда человек видит часть себя ассоциированно (например, курильщик перед тем, как ощутить неодолимое желание закурить, в 90 % случаев на долю секунды представляет свою руку, тянущуюся к сигарете). Внутренний ключ для курильщика – диссоциированное представление себя в компании курящих людей. Иногда внутреннее состояние, запускающее нежелательное поведение, вызывается внешним ключом. Например, страх перед половой близостью, сопровождающийся потерей эрекции, возникает в интимной обстановке при виде возбужденной женщины (внешний ключ), который сразу же запускает внутренний ключ (на долю секунды перед глазами мужчины возникает картинка предшествующей неудачной попытки полового акта), который и запускает дисфункциональные сексуальные реакции.

2. Клиенту предлагают создать желаемый образ поведения самого себя (как если бы человек никогда не имел той или иной проблемы). Этот образ должен быть диссоциированным. Он наполняется ресурсами, возможностями, способностями действовать определённым образом в разных ситуациях. Образ должен включать качества, способности и выбор, а не конкретные виды поведения. Необходимо показать, что желаемый образ – это действительно то, к чему стоит стремиться. Предлагают представить курильщику, какое свежее лицо будет у него, сколько дополнительного времени он сэкономит, да и денег тоже.

Чёткий контекст не требуется, т. е. фон, на котором рисуют позитивный образ себя, должен быть размыт. Основа формирования желаемого образа – он должен притягивать к себе, нравиться, в том числе субмодально (следует помнить, что в 80 % случаев цвет, размеры, яркость и расстояние до картинки меняют субъективное восприятие образа).

3. Осуществляют быструю повторную трансформацию негативного стимула (ключа) в желаемый образ. Субъекту предлагают представить картинку ключа. В углу этой картинки размещается маленький и темный желаемый (ресурсный) образ.

Психотерапевт просит клиента подготовиться к тому, что, когда он скажет: «Взмах», – большая негативная картинка (триггер) мгновенно начнет стираться, разрушаться, а маленький ресурсный образ взорвется всеми красками и быстро заместит ее, станет большим и ярким. Чем быстрее удаётся стереть негативный образ при одновременном росте позитивного, тем эффективнее техника взмаха. Процедуру смены негативной картинки (триггера) позитивной (ресурсной) повторяют от 5-6 до 10 раз. После каждого такого замещения пациент выходит из сферы воображения, как бы «очищает» внутренний экран, глядя по сторонам, затем вновь сосредотачивается на картинке негативного стимула и превращает ее в ресурсный образ.

В заключение осуществляется проверка, которая состоит в том, что пациента просят вновь представить себе негативный образ. Если взмах был эффективным, ему будет трудно это сделать, а если и удастся, то образ будет блеклым, размытым, удаленным и,

главное, неприятным. Картинка будет тускнеть, исчезать, часто замещаясь другим образом, желательным.

Визуально-кинестетическая диссоциация (ВКД) позволяет отделить в сознании картину негативных событий прошлого от связанных с ними чувств и, таким образом, существенно уменьшить аффективные реакции, возникающие у человека при оживлении их в памяти либо в сходных ситуациях. Техника основана на представлении о том, что если субъект зрительно вспоминает драматичное или, наоборот, очень приятное событие так, как будто в нем находится (ассоциированно), он начинает испытывать прежние сильные чувства. Но если человек увидит себя участником этого события со стороны (диссоциированно), интенсивность переживаний оказывается значительно меньшей. Применение ВКД способно обеспечить эмоциональную отстранённость пациента от прежнего негативного опыта, что позволяет использовать метод при различных реакциях на стресс и других невротических состояниях. Метод трехместной ВКД положен в основу техники быстрого лечения фобий. Рассмотрим последовательность выполнения основных ее шагов.

1. Калибровка, что фобия есть. Например, спрашивают клиента, который боится высоты: «Что Вы почувствуете, если посмотрите вниз с балкона 15-го этажа?» При этом отслеживают невербальные проявления страха перед высотой.
2. Клиента просят вспомнить самую первую ситуацию, когда он испугался высоты (если самый ранний эпизод вспомнить не удаётся, работать можно с любой фобической ситуацией, но эффект может несколько отличаться).
3. Перевод клиента в позитивное состояние и формирование у него «базисного» состояния безопасности. Для этого ему следует вспомнить ситуацию, когда он чувствовал себя особенно спокойно и комфортно, испытывал положительные эмоции. Достигнутое состояние внутреннего комфорта ставится на якорь, что обеспечивает возможность легко возвратиться к нему в ходе дальнейшей работы.
4. Клиенту предлагают представить себя в уютном, безлюдном кинозале, где он чувствует себя в полной безопасности. Перед ним экран, где сейчас будет демонстрироваться черно-белый фильм о том давнем эпизоде в его жизни, когда он впервые испугался высоты. Экран освещается, и он видит себя там, в прошлом, перед самым началом фобической ситуации, но пока ещё ничто не несёт угрозы. На этой сцене делается стоп-кадр, превращая ее в неподвижный слайд.
5. Клиент мысленно представляет себе, как он словно бы выходит из собственного тела и перемещается в будку киномеханика. Фактически ему предлагается увидеть из третьего места себя в настоящем, сидящего в кинозале в ожидании предстоящего просмотра фильма о том, как он испугался когда-то в прошлом. После того как дополнительная диссоциация осуществлена, она также ставится на якорь.
6. В своем воображении клиент должен просмотреть этот фильм от начала (первый стоп-кадр) до самого конца, когда он прошёл через мучительный страх, но все самое неприятное уже осталось позади (второй стоп-кадр). Принципиально важный технический момент - на протяжении всего фильма субъект должен сохранять кинестетическую диссоциацию от травматического переживания. Он, как посторонний зритель, наблюдает за тем, как выглядит он в фильме, когда боится высоты, отделяя себя от тех чувств, которые тогда испытывал. Для этого психотерапевт, при необходимости, удерживая якоря внутреннего комфорта и диссоциации, время от времени подчеркивает, что клиент, ощущая полную безопасность, сохраняя спокойствие, видит себя сидящим в кинозале, где ему показывают фильм о событиях его прошлого. Иногда, чтобы усилить кинестетическую диссоциацию от просматриваемого эпизода, можно предложить понаблюдать за разворачивающимися на экране событиями, как если бы они демонстрировались в режиме ускоренного показа (в несколько раз быстрее, чем в реальности).
7. После того, как фобический эпизод полностью просмотрен без оживления невербальных признаков страха (до второго стоп-кадра), клиента просят вернуться с третьего места на второе, т. е. мысленно воссоединиться с собой, сидящим в кинозале.
8. Затем клиенту предлагают мысленно подняться с кресла в кинозале, подойти к экрану, на котором демонстрируется последний кадр из этого черно-белого фильма (второй стоп-кадр). Он должен войти в этот завершающий кадр фильма и очень быстро прокрутить весь фильм назад (за 1,5–3 секунды), сделав его цветным. Клиенту разъясняют, что это похоже на то, как будто он заново оказался там, на высоте и время

быстро побежало назад. Тогда все события и действия разворачиваются в противоположном направлении и весь процесс происходит от конца к началу. Можно привести пример с видеомангитофоном, в котором включена быстрая перемотка видеоленты назад с её просмотром на экране. После прокрутки ситуации в обратном порядке (до первого стоп-кадра) клиент вновь возвращается в свое кресло. Как вариант предлагают представить прокрутку туда обратно несколько раз с все возрастающей скоростью, остановив ее на первом стоп-кадре, который к этому моменту практически сливается с последним.

9. На заключительном этапе выполняется проверка. Поскольку любая поведенческая проблема так или иначе затрагивает и убеждения, важно тут же продемонстрировать клиенту достигнутый эффект. Его просят подумать о предмете фобии, калибруют невербальные реакции и сравнивают с тем, что было до начала работы. Если есть возможность, в ходе проверки погружают клиента в реальную ситуацию (отправляют на высокий балкон, предлагают побыть в темноте, спуститься одному на лифте и т. п.). Шестишаговый рефрейминг. Техника прекращения нежелательного поведения путем предоставления лучших альтернатив. Позволяет выявить позитивное намерение (вторичную выгоду) проблемного поведения и предложить клиенту взамен более адекватные способы его достижения.

Схема шестишагового рефрейминга

1. Определите симптом или проблемное поведение. "Какое поведение или симптом Вы хотите изменить?"

2. Установите коммуникацию с той частью, которая отвечает за это поведение.

«Пойдите внутрь самого себя и попросите ту Вашу часть, которая создает данное поведение: "Пожалуйста, дай мне сигнал, если хочешь разговаривать со мной".

Обратите внимание на любые внутренние слова, образы или ощущения, которые могут послужить сигналами, исходящими от этой части». Если ясный сигнал отсутствует, можно попросить эту часть усилить его. Также можно использовать сам симптом, попросив: «Пожалуйста, усиль симптом, если это так».

3. Отделите позитивное намерение части от проблемного поведения.

«Пойдите внутрь самого себя и поблагодарите свою часть за контакт, а потом спросите: "Что позитивного ты хочешь сделать для меня или сообщить мне своим поведением?"

Если намерение части кажется негативным, продолжайте спрашивать: "А что позитивного это мне принесет? Какова твоя позитивная цель?"». Ответ может быть получен разными способами: мысли, образы, изменения ощущений и т. д.

4. Найдите три иные возможности, которые реализуют позитивное намерение этой части, но не будут иметь негативных последствий симптома или проблемного поведения. Для этого следует выйти на контакт с «творческой частью», которую затем просят найти, по крайней мере, три разных способа удовлетворения позитивных намерений проблемного поведения и предоставить эти новые варианты действий проблемной части.

5. Попросите часть, создающую симптом или проблемное поведение, воспользоваться этими новыми идеями, и выбрать для последующей реализации одну из предложенных альтернатив. "Пойдите внутрь себя и попросите часть, ответственную за проблемное поведение: "Просигналь мне, если принимаешь этот новый способ к действию". Если какая-то из альтернатив неприемлема, или сигнала не последует, вернитесь на шаг № 4, чтобы поискать другие варианты.

6. Выполните экологическую проверку: может быть, некоторые части, высказывают возражения против этих новых возможностей?

«Пойдите внутрь себя и спросите: "Есть ли какие-либо части, возражающие против новых возможностей?"» Если такая часть есть, идентифицируйте ее, вернитесь на шаг 2 и вновь повторите весь цикл уже с этой частью.

Реимпринтинг. Импринт – это значимый опыт или период жизни из прошлого, когда у человека сформировалось убеждение (ряд убеждений) по поводу своей идентичности. Метод позволяет людям находить импринтированный опыт, и реимпринтировать (перезапечатлеть) его путем установления связей с другими бессознательными программами, или ресурсами, которые возникли позднее, и были недоступны в ситуации импринта. Это достаточно эффективный приём доступа к событиям давнего прошлого, которые в свете новой информации (не связывающейся обычным путем с

изолировавшимся в нейронных сетях негативным опытом) подлежат переоценке на разных уровнях.

Основные шаги техники реимпринтинга (по Р. Дилтсу, 1990)

Психотерапевт последовательно предлагает клиенту следующее:

1. Определите конкретные проявления симптомов, с которыми Вам надо работать. Любым образом изобразите линию времени, встаньте на ней на точку, соответствующую настоящему, и повернитесь лицом по направлению к будущему. Сконцентрируйте внимание на физических проявлениях Ваших симптомов и на убеждениях, связанных с ними, начните медленно двигаться назад, задерживаясь на тех местах, которые, как Вам кажется, имеют отношение к симптому или к связанным с ним убеждениям. Продолжайте двигаться назад по линии времени до тех пор, пока не достигнете самого раннего события, связанного с этими симптомами или убеждениями.
 - а) Удерживая это ассоциированное состояние возрастной регрессии, расскажите о своих ощущениях, обобщениях или убеждениях, связанных с данным событием. Следите за тем, чтобы речь шла от первого лица и в настоящем времени («Я чувствую сильное беспокойство...»).
 - б) Отступите на шаг назад, на то место на линии времени, когда событие с импринтом еще не произошло. Когда Вы это сделаете, почувствуете себя по-другому – как если бы импринт еще не оказывал на Вас психического и физического воздействия.
2. Сойдите с линии времени и вернитесь в настоящее, из метапозиции посмотрите назад на событие, связанное с импринтом:
 - а) отметьте воздействие, которое это раннее событие оказало на Вашу жизнь. Выразите словами любые другие убеждения, сформированные в результате импринтинга. На этот раз говорите в третьем лице и прошедшем времени, например: «Он/она думал/думала, что...»;
 - б) найдите позитивную цель или вторичную выгоду симптомов или реакций, сформировавшихся во время импринтинга. Какую позитивную функцию выполняли тогда эти симптомы?
3. Определите значимых других, участвующих в процессе импринтинга (некоторые симптомы могут возникать при ролевом моделировании этих людей). Причем значимые другие могут и не присутствовать физически во время самих событий. Иногда импринтинг происходит потому, что значимый другой в момент ситуации импринтинга находился где-то в другом месте и оказался исключенным из нее:
 - а) ассоциируйтесь с каждым из значимых других (2-я позиция) и ощутите ситуацию импринтинга с их позиции восприятия. Опишите их опыт, используя язык первого лица;
 - б) перейдите из позиции восприятия значимых других в точку, находящуюся вне линии времени (3-я позиция), и найдите позитивное намерение в их действиях и реакциях.
4. Для каждого из людей, участвующих в ситуации импринтинга:
 - а) определите те ресурсы и возможности выбора, которые нужны были этому человеку прежде и которых у него не было, но которые есть у Вас здесь и сейчас. Помните, что Вам не надо ограничивать себя только теми способностями, которыми Вы или значимый другой обладали в то время. Поскольку у Вас (но не у значимых других) сейчас есть эти ресурсы, используйте их для того, чтобы помочь изменить этот опыт. Убедитесь, что ресурсы находятся на соответствующем логическом уровне, для того, чтобы можно было ответить на потребности данного человека. Это уровень убеждений или идентичности. Иногда для целой системы необходим всего один ресурс;
 - б) встаньте на Вашу линию времени в том месте, где Вы в наибольшей степени ощущали присутствие данного ресурса, и проживите вновь со всей возможной полнотой то, как он ощущался, звучал и выглядел. Заякорите эти ощущения, создав представление ресурса в виде энергии, света или звука;
 - в) продолжая стоять на точке ресурса, передайте его назад по линии времени каждому человеку в системе, кому он требовался. Это можно сделать метафорически, посылая луч света или звук;
 - г) когда Вы почувствуете, что ассоциативная связь сформировалась с помощью Вашего якоря, сойдите с линии времени, вернитесь на то место, где произошел импринтинг, встаньте в позицию человека, которому был нужен ресурс, и вновь переживите данную ситуацию с точки зрения этого человека, уже обладающего новым ресурсом. Можете

продолжать использовать позитивный якорь, чтобы усиливать присутствие ресурса в этой позиции;

д) снова ассоциируйтесь с вашей собственной позицией внутри ситуации импринтинга и обновите или измените оценки, убеждения и обобщения, которые Вы теперь могли бы вынести из этого опыта. Выразите их словами от первого лица единственного числа в настоящем времени.

Повторите эти шаги для каждого значимого человека, участвовавшего в ситуации импринтинга.

5. Определите наиболее важный ресурс или убеждение, которые могли бы понадобиться вашему молодому «Я» в той ситуации. Заякорите его и отнесите назад по линии времени в точку до импринта. Пусть Ваше более молодое «Я» возьмет этот ресурс и пройдет с ним по всей линии времени до настоящего, внимательно следя за ощущениями, возникшими при реимпринтинге.

Таким образом, в процессе реимпринтинга человек ищет не просто новое решение событий прошлого, но, скорее, интеграцию жизненных этапов и обновление своих убеждений и чувства идентичности. Опыт импринтинга часто включает в себя бессознательное ролевое моделирование значимых других. Целью реимпринтинга является обнаружение ресурсов, необходимых для изменения убеждений и обновления сформированных ролей-моделей, а не только разрешение эмоциональных проблем, связанных с некоторым событием, как это происходит, например, в технике изменения личностной истории.

Остановка мысли. Техника, предложенная Л. Сандерсом (США), предназначена для устранения навязчивых неприятных мыслей. Такого рода технические приемы из арсенала НЛП обычно относят к «нейробиологическим», поскольку они изменяют программы мозга, «запутывая» нервную систему так, что субъект не может связать применяемый способ с тем субъективным феноменом, который он хочет изменить. Вначале субъект должен определить, какая мысль или образ заставляет его чувствовать себя плохо. Затем психотерапевт дает ему следующие инструкции: «Встаньте прямо. Правую (для людей с инвертированными глазными сигналами, левую) руку вытяните вперед, перпендикулярно туловищу, наподобие створки люка в полу, который открывается вниз, в черный провал» (Сам психотерапевт при этом встает напротив субъекта и держит свою полусогнутую руку со сжатыми в кулак пальцами на уровне его глаз на расстоянии примерно полуметра). «Теперь подумайте о том, что заставляет Вас чувствовать себя плохо. Сделайте глубокий вдох, а затем с силой выдохните, «выдувая» все плохие чувства вниз, в черный провал. Одновременно с этим резко бросьте руку вниз, сильно ударив ей по передней части бедра. Сразу же после этого проследите глазами, как я поднимаю свой кулак вверх и вправо. Как только Ваш взгляд поднимется, я разожму пальцы. По этому сигналу Вы делаете глубокий вдох, а затем снова выдыхаете, на этот раз вперед, в направлении горизонта». Все должно быть сделано очень быстро, так, что едва клиент войдет в одно состояние, его немедленно выталкивают в следующее. Важно также, чтобы шлепок по бедру был достаточно сильным. Процесс повторяют 4–5 раз, пока он уже не сможет снова получить от той мысли плохие чувства.

Таким способом происходит своеобразная перенастройка нервной системы, результатом чего является разрыв причинной связи между определенной мыслью (чем-то, что субъект говорит себе или представляет) и тем чувством, которое она вызывает.

В данном разделе рассмотрены лишь некоторые психокоррекционные техники из арсенала НЛП. Для более детального ознакомления с принципами и методами работы в модели НЛП отсылаем читателя к изданным на русском языке книгам М. Холла и Б. Боденхамера «НЛП-практик» (2003) и «НЛП-мастер» (2004).

Показания к использованию метода и его эффективность

С момента своего зарождения НЛП позиционировало себя как наиболее передовое направление прикладной психологии, позволяющее эффективно развивать коммуникативные навыки, овладевать секретами личного мастерства в любой деятельности и обладающее высокой разрешающей способностью в отношении весьма широкого круга человеческих проблем. Причем в пылу полемики, борясь за признание метода, основоположники НЛП не только демонстрировали свои высокие амбиции, но и

допускали не вполне корректные высказывания в отношении других психологических подходов и психотерапевтических методов. Все это не могло не привести к тому, что многие представители иных направлений в психологическом консультировании и психотерапии, до сих пор достаточно негативно воспринимают все, что связано с НЛП. Тем не менее, известно, что НЛП с успехом применяется в педагогике, спорте, бизнесе. Опираясь на большой практический опыт терапии в модели НЛП, Р. Болстад и М. Хемблетт (2003) формулируют основные показания к использованию метода в клинической практике: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); невротические состояния, включая фобии, случаи паники и другие тревожные расстройства; депрессия; расстройства личности, зависимости от психоактивных веществ и созависимости; психосоматические заболевания и даже некоторые случаи шизофрении. Они считают, что через хорошее присоединение и построение метафорической коммуникации с пациентами у них возможно формирование полезных навыков, а, изучив стратегии возникновения шизофренических симптомов, с помощью рефрейминга можно попытаться трансформировать их и значительно ослабить. В психологическом консультировании техники НЛП полезны для расширения коммуникаций клиентов, нейтрализации агрессивных побуждений, улучшения взаимоотношений и взаимопонимания, в кризисных ситуациях, для активизации сильных сторон личности, повышения мотивации к какой либо деятельности и т. д. В доступной нам литературе имеются достаточно разрозненные сведения об эффективности НЛП. Например, было установлено значительное снижение страхов у абсолютного большинства больных страдающих агорафобией, специфическими и социальными фобиями уже после 2-3 сеансов с использованием техник НЛП (С. Форман и др., 1988). При обследовании 70 полицейских, которые были свидетелями различных катастроф, у 19 человек обнаружили ПТСР. Все офицеры, которые прошли в среднем по три сеанса психотерапии, сообщили о полном исчезновении навязчивых воспоминаний и других симптомов ПТСР. В ходе дальнейшего наблюдения, выяснилось, что за период от 3 месяцев до 2 лет, улучшение состояния сохранялось (Д. Масс, 1991). Р. Болстад и М. Хэмблетт (2003), также отмечают высокую эффективность НЛП в коррекции острых реакций на стресс и ПТСР (по материалам их работы с пострадавшими в результате войны на Балканах в 1998 –1999 гг.).

Когнитивная психотерапия

История возникновения и развития метода

Основы когнитивной психотерапии были разработаны Аароном Бекон в 60-х гг. XX в. Бек родился в июле 1921 г. в Провиденсе (США) в семье эмигрантов из России. В 1946 г. получил диплом врача, с 1950 г. начал практиковать в качестве психиатра. С 1954 г. Бек преподает психиатрию в медицинской школе университета штата Пенсильвания, в 1959 г. получает должность ассистента, в 1967 г. становится доцентом, а в 1971 г. – профессором. Начальный этап развития когнитивной психотерапии приходится на период с 1960 по 1963 гг.

А. Бек опубликовал более 300 статей и ряд книг, посвященных когнитивной терапии, в т. ч. «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства», «Когнитивная терапия депрессии» (в соавторстве с А. Раш, Б. Шо и Г. Эмери), «Тревожные расстройства и фобии» (в соавторстве с Г. Эмери и при помощи Р. Гринберга), «Любви никогда не бывает достаточно» «Когнитивная терапия расстройств личности» (в соавторстве с А. Фрименом и коллегами). Книги «Когнитивная терапия депрессии» и «Когнитивная терапия расстройств личности» были переведены на многие языки, доступны они и в русском переводе.

Теоретическая основа и сущность метода

Взаимосвязь мышления, эмоций и поведения Была известна еще древнегреческим философам-стоикам. Они знали, что способ, которым человек интерпретирует свой опыт, предопределяет то, как он будет себя чувствовать и как действовать. А. Бек использовал этот факт как фундамент для построения высокоструктурированной и краткосрочной методики когнитивной психотерапии.

Поскольку эмоции и поведение человека во многом определяются его мышлением (когнициями), то, меняя мышление, можно изменить эмоциональное состояние и повлиять на поведенческую активность человека. Поэтому главное значение в

когнитивной психотерапии придаётся изменению процесса обработки информации человеком, трансформации мышления клиента.

Бек считал, что существенной разницы между нормальными и патологическими эмоциями и поведением не существует, и что наблюдаемые при психических расстройствах дисфункциональные эмоции и поведение представляют из себя не принципиально новое явление, а лишь чрезмерно усиленные нормальные адаптивные процессы.

В работах Бека выделяются три уровня мышления: 1) произвольные мысли; 2) автоматические мысли; 3) базовые убеждения (установки) и когнитивные схемы. Третий уровень является наиболее глубоким и поэтому наименее осознаваемым, произвольные мысли – наоборот, наиболее поверхностны и легко осознаваемы, автоматические мысли занимают промежуточное положение. Автоматические мысли отражают содержание более глубокого уровня – убеждений и схем.

Хотя Бек и находит некоторые отличия между базовыми убеждениями и когнитивными схемами (он считает, что схемы являются когнитивными структурами, которые организуют опыт и поведение а базовые убеждения представляют содержание когнитивных схем), в целом данные термины можно считать синонимичными, взаимозаменяемыми и обозначающими относительно устойчивые когнитивные модели, влияющие на то, каким образом человек обрабатывает поступающую информацию. Базовые убеждения не могут быть названы нормальными или патологическими, их можно разделить лишь на адаптивные или дезадаптивные. Более того, одно и то же базовое убеждение, в зависимости от ситуационных особенностей, в разное время может быть как адаптивным, так и дезадаптивным. Дезадаптивные убеждения приводят к возникновению выявляемых при анализе автоматических мыслей когнитивных ошибок.

Как уже говорилось выше, автоматические мысли не так глубоко спрятаны, как базовые убеждения, но в то же время они менее доступны для осознания по сравнению с произвольными мыслями. Автоматические мысли характеризуются рядом отличий. Они являются частью внутреннего диалога человека, отражают то, что человек говорит сам себе; в зависимости от особенностей мышления конкретного индивидуума, могут принимать форму слов, образов или сочетания образов и слов; протекают очень быстро, как правило, на грани осознания; предшествуют появлению эмоций и чувств; обычно расцениваются человеком как точные и правильные; имеют свойство возвращаться, несмотря на попытки заблокировать их; влияют на жесты, тон голоса, выражение лица; могут быть многоуровневыми – вторичные относительно очевидные автоматические мысли могут в своей основе иметь более глубокие, трудно уловимые первичные автоматические мысли; несмотря на изначальную трудность их выявления, они могут определяться человеком с достаточно большой точностью после обучения этому у когнитивного психотерапевта.

Когнитивные ошибки – это искажения мышления, которые возникают при обработке информации клиентом, мешают логично мыслить и способствуют возникновению и сохранению психопатологических расстройств. К числу наиболее распространённых когнитивных ошибок относятся следующие.

Произвольное умозаключение – это формулирование определенных выводов при отсутствии доказательств, которые подтверждали бы их истинность, или даже при наличии доказательств обратного (т. е. когда реальность совершенно не согласуется с выводами).

Избирательная абстракция (селективное внимание) – избирательное проявление внимания к отдельной, вырванной из контекста, детали при одновременном игнорировании иной, более существенной информации.

Сверхобобщение (сверхгенерализация) – формулирование общего правила или умозаключения на основании одного или нескольких изолированных случаев и чрезмерно широкое применение этого правила к различным ситуациям, в том числе и таким, которые не имеют к нему никакого отношения.

Преувеличение и преуменьшение – некорректная оценка каких-либо событий, расценивание их как гораздо более или менее важных, нежели они есть в действительности.

Персонализация (персонификация) – склонность приписывать себе значение событий, связывать внешние события с собой при отсутствии каких-либо доказательств.

Дихотомическое мышление – это максималистическое мышление (т. е. мышление, для которого характерен максимализм), мышление в полярностях всё прекрасно или ужасно, очень хорошо или очень плохо. Синонимичные термины: черно-белое мышление, мышление «или – или», поляризованное мышление, мышление по типу «всё или ничего».

Катастрофизация – формулирование заключений типа «всегда случается всё самое плохое».

Выделяют пять целей когнитивной терапии: 1) уменьшение и/или полное устранение симптомов расстройства; 2) снижение вероятности возникновения рецидива после завершения лечения; 3) повышение эффективности фармакотерапии; 4) решение психосоциальных проблем (которые могут либо быть следствием психического расстройства, либо предшествовать его появлению); 5) устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение дезадаптивных убеждений (схем), коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения. Для достижения указанных целей когнитивный психотерапевт помогает клиенту решить следующие задачи: 1) осознать влияние мыслей на эмоции и поведение; 2) научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними; 3) исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»); 4) заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли; 5) обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

Практические аспекты применения метода

Продолжительность лечения.

Когнитивная терапия, как правило, проводится в короткие сроки. Стандартная продолжительность одного сеанса составляет 45 минут. Курс лечения депрессии требует от 15 до 20 сеансов, которые проводятся в течение 12 или более недель лечения. Курс лечения тревожных расстройств состоит из 5 – 20 сеансов. Лечение завершается постепенно: после основного курса лечения клиенты получают возможность на протяжении одного или двух месяцев при необходимости посещать дополнительные занятия.

Из указанных выше пяти задач первая, как правило, решается уже в процессе первой (диагностической) сессии. Для решения остальных четырёх задач используются специальные техники, описание наиболее популярных из них приведено далее. Выявление автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений

Опрос. Психотерапевт расспрашивает клиента о мыслях, которые возникают в сознании в моменты обострения патологической симптоматики. В процессе расспрашивания терапевт внимательно наблюдает за эмоциональными реакциями клиента и использует их как подсказку для выбора направления дальнейшего опроса. В случаях, когда клиент затрудняется вспомнить и сформулировать мысль, в качестве вариантов данной техники можно использовать работу с воображением или ролевую игру.

Сосредоточение на образах. Как показали результаты научных исследований, большинство людей, представляющих себе какие-либо проблемные ситуации, реагируют на них так же, как реагировали бы на реальные события. Это позволяет использовать работу с воображением как важный путь получения информации об автоматических мыслях: клиенту предлагают в воображении погрузиться в проблемную ситуацию и затем обратить внимание на возникающие при этом мысли.

Ролевая игра. Данная методика в основном повторяет технику сосредоточения на образах, за единственным исключением: психотерапевт предлагает клиенту погрузиться в проблемную ситуацию не в воображении, а в процессе ролевой игры. Заполнение дневника самонаблюдения за мыслями. Психотерапевт просит клиента в интервалах между сеансами самостоятельно заполнять дневник самонаблюдения за мыслями. Один из вариантов такого дневника содержит 4 колонки: 1) дата и время; 2) ситуация, в которой возникли отрицательные эмоции (ответ на вопрос «Что произошло?»); 3) описание эмоции (эмоций) и оценка ее (их) силы по шкале от 0 до 100 процентов (ответ на вопрос «Что я чувствовал/чувствовала?»); 4) автоматические мысли и базовые убеждения (ответ на вопрос «Что я думал/думала?»). Клиенту

рекомендуется записывать все мысли и убеждения, возникающие в проблемной ситуации, независимо от их логичности или нелогичности с точки зрения клиента. Анализ обнаруженных мыслей клиент проводит вместе с психотерапевтом во время следующего сеанса. Для более точной фиксации автоматических мыслей можно использовать датчики, анализирующие уровень вегетативного напряжения (кожно-гальваническая реакция, частота сердечных сокращений и прочие), и извещающие клиента о его повышении до определённой границы.

Составление списка автоматических мыслей. Перечень записанных мыслей, находящийся перед глазами клиента, может быть хорошим стимулом для раскрытия более глубоких мыслей и переживаний. Для записи автоматических мыслей может быть использована доска или большой лист бумаги.

Наблюдение за мыслями в процессе погружения в проблемную деятельность. Психотерапевт просит клиента выполнять действия, которые вызывают у клиента тревогу или другие неприятные симптомы, и в процессе погружения в проблемную деятельность вербализировать свои мысли. Возможны два варианта использования данной техники: непосредственно во время сеанса (если проблемные действия легко могут быть воспроизведены в условиях терапевтического сеанса, как, например, звонок по телефону или подготовка неприятного письма) или же в реальных условиях, когда психотерапевт вместе с клиентом погружается в проблемные жизненные ситуации. В обоих случаях психотерапевт помогает клиенту осознавать автоматические мысли с помощью таких вопросов, как: «Какие мысли проходят через Ваше сознание в данный момент?», «О чем Вы думаете сейчас?» и т. д.

Проверка реалистичности автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений и их коррекция

Сократический диалог. Психотерапевт с помощью вопросов побуждает клиента подвергнуть сомнению обоснованность своих ошибочных умозаключений и затем найти более рациональные альтернативные интерпретации, которые больше соответствуют действительности. Поскольку принципиально важно, чтобы клиент пришел к правильным выводам сам, психотерапевт должен уметь правильно формулировать вопросы. Следует использовать преимущественно открытые вопросы (вопросы, начинающиеся со слов «Как Вы думаете...», «Почему...», «Каково Ваше мнение...») и не допускать наводящих закрытых вопросов, любой ответ на которые заведомо окажется неправильным (как, например, вопрос: «Вы уже перестали бить свою тетушку?»)

Идентификация когнитивных ошибок. Психотерапевт рассказывает клиенту о типичных когнитивных ошибках и затем просит клиента идентифицировать его ошибки во время занятия и/или при выполнении домашнего задания. Во втором случае используется модифицированный дневник самонаблюдения за мыслями (см. выше) с дополнительной колонкой «когнитивные ошибки».

Декатастрофизация. Данная техника используется при обнаружении в автоматических мыслях клиента когнитивной ошибки катастрофизация. Психотерапевт задает клиенту вопросы: «Что случится, если это произойдет?», «Что самое страшное может произойти?», «Какими будут последствия самого ужасного развития событий?» и т. д. (для некоторых клиентов более понятными будут упрощённые вопросы, такие как «Ну и что?»). Клиент вместе с терапевтом анализирует степень серьезности события, вероятность его возникновения, свою способность справиться с проблемой или адаптироваться к самым плохим из возможных результатов.

Реатрибуция. Техника реатрибуции помогает проверить и изменить дезадаптивные убеждения и основанные на них автоматические мысли благодаря нахождению альтернативных объяснений причин проблемы. Клиентам, которые склонны всю вину возлагать на себя (или наоборот, во всем себя оправдывать), можно порекомендовать в процентах по шкале от 0 до 100 оценить свой вклад в возникновение проблемы. Далее в процессе сократического диалога психотерапевт побуждает клиента к генерированию альтернативных объяснений.

Переопределение. Суть техники переопределения состоит в изменении формулировки проблемы с целью ее конкретизации и повышения выполнимости вызванных проблемой задач. Например, первоначально сформулированная клиентом проблема «Я чувствую себя никому не нужным» при переопределении может быть сформулирована

следующим образом: «Я слишком мало общаюсь с другими людьми и мне следует выделять больше времени на общение со своими друзьями и знакомыми».

Децентрализация. Данная техника используется при обнаружении в автоматических мыслях клиента склонности к персонализации и помогает изменить убеждение в том, что окружающие сосредоточены только на клиенте. Психотерапевт может попросить клиента с большим вниманием оценивать действия других или понаблюдать за тем, как часто сам клиент проявляет внимание к другим людям (иногда здесь бывает уместным привести афоризм «Не беспокойтесь о том, что думают о Вас другие: они слишком озабочены тем, что думаете о них Вы»).

Рациональные реакции. Рациональные реакции на автоматические мысли позволяют обратить внутренний диалог на пользу клиенту. Клиент, фиксируя у себя вслед за эмоциональной реакцией ошибочную автоматическую мысль, сразу же находит другое, более рациональное объяснение произошедшему, останавливается мысленно на нём и тем самым уменьшает или устраняет негативные эмоции.

Дневник самонаблюдения рациональных реакций. После того, как психотерапевт удостоверился в правильности выполнения клиентом техники рациональных реакций, клиенту можно предложить вести дневник самонаблюдения рациональных реакций. Первые четыре колонки соответствуют таковым в дневнике самонаблюдения за мыслями (см. выше), в пятой колонке фиксируются рациональные мысли, в шестой клиент указывает свои эмоции после рациональной реакции и там же оценивает их силу в процентах.

Образные техники. Образные техники особенно эффективны в работе с клиентами, имеющими развитое воображение. С целью увеличения степени реалистичности мышления клиента используются техники многократного мысленного представления воображаемых ситуаций, проецирование себя в будущее и взгляд на актуальную для клиента сегодняшнюю проблему из будущего, гиперболизация (преувеличение до абсурдности) тревожащих клиента ситуаций и прочие.

Поведенческие техники

Не только когнитивные, но также и поведенческие техники используются когнитивным психотерапевтом для изменения мышления клиента. Поскольку поведенческие методики могут использоваться как для выявления когнитивных ошибок, так и для проверки истинности (и при необходимости коррекции) автоматических мыслей и/или дезадаптивных убеждений, они не делятся на подгруппы в зависимости от направленности действия.

Планирование деятельности. Планирование деятельности очень эффективно в лечении депрессивного синдрома, как благодаря повышению мотивации к деятельности, так и благодаря осознанию того, что клиент способен сам правильно распределять свое время. Вечером или утром, в специально отведённое для этого время, клиент составляет план своих действий (расписание, график) на предстоящий день. В психотерапевтическом отношении важно, чтобы в расписание вносились дела, которыми клиент хочет и согласен заниматься, а не задачи, которые он должен выполнить.

Оценка мастерства и удовольствия. Клиент по 10-балльной шкале оценивает своё мастерство при совершении какого-либо действия и степень испытываемого при этом удовольствия. Данная техника помогает клиенту осознать, какие именно действия улучшают его эмоциональное состояние, и в дальнейшем сознательно использовать эту информацию для управления своим эмоциональным состоянием.

Проведение поведенческих экспериментов. Для обеспечения клиента информацией, опровергающей его ошибочные автоматические мысли и дезадаптивные убеждения, могут быть использованы поведенческие эксперименты. Например, клиенту, который собирается уклониться от выступления перед аудиторией из-за страха («Я не смогу произнести ни одного слова»), может быть рекомендовано не проявлять избегающего поведения, но в то же время исходить из гипотезы, согласно которой он не сможет произнести ни слова. Результаты эксперимента опровергнут данную гипотезу. Эту технику рекомендуется применять на поздних стадиях когнитивной психотерапии, когда частично проблема уже решена, поскольку на начальном этапе подобные эксперименты могут быть чрезмерно стрессогенными.

Репетиция поведения и ролевая игра. Репетиция поведения и ролевые игры помогают клиенту развить навыки, которые могут понадобиться в определенных дискомфортных ситуациях. Если позволяют технические (наличие видеотехники) и организационные (работа в группе) возможности, при обучении этим навыкам рекомендуется использовать моделирование (демонстрацию навыка другим участником группы) и обратную связь (видеозапись репетируемого навыка с последующим её клиенту). Более сложный вариант – репетиция поведения в воображении. В любом варианте репетиция поведения должна включать в себя многократные повторения отрабатываемого навыка и проверки его правильности.

Постановка постепенно усложняющихся задач. Причиной неудачи в выполнении поставленных задач может быть стремление клиента сделать всё и сразу. В таком случае психотерапевт помогает клиенту составить иерархию задач (сложных для клиента ситуаций) и затем договаривается с ним о том, что клиент будет начинать работу над проблемами с наименее трудных задач и лишь после определённой практики переходить к более сложной деятельности.

Использование методов отвлечения. Психотерапевт рекомендует клиенту заняться деятельностью, которая способна отвлечь его от отрицательных мыслей и негативных эмоций. В роли терапевтической активности могут выступать работа, игра, общение с друзьями, хобби и т.д. – по сути, любая деятельность, которая с точки зрения клиента не несёт в себе негатива (т. е. не является для клиента неприятной).

Показания к использованию метода и его эффективность

Когнитивная психотерапия первоначально была создана для лечения депрессий (и достигла больших успехов на этом поприще, показав эффективность, сопоставимую с эффективностью антидепрессивной фармакотерапии (Robinson L, Berman J, Neimeyer R., 1990)), однако данный вид психотерапии успешно применялся также в семейной психотерапии, при лечении тревожных расстройств, личностных расстройств, в работе с клиентами с посттравматическим стрессовым расстройством, шизофренией, гипертонией, диссоциативными расстройствами, зависимостями и т. д. Когнитивная психотерапия зарекомендовала себя адекватный и эффективный метод психотерапии при тех состояниях, в патогенезе которых важную роль играют дезадаптивные когниции.

Существуют достоверные научные данные о высокой эффективности когнитивной психотерапии не только при психотерапии депрессии, но и при терапии ряду других расстройств. С. Хофман и Д. Шпигель (1999), свидетельствуют о преимуществах когнитивной терапии при лечении тревожных расстройств, указывая на сопоставимое с фармакотерапией действие во время лечения и заметно более высокие результаты после завершения лечения, когда успех фармакотерапии может свестись до нуля, в то время как результаты психотерапии продолжают сохраняться. Когнитивная терапия сопоставима по своей эффективности с экспозиционными методиками при лечении обсессивно-компульсивного расстройства (J.Abramowitz, 1997) и социальной фобии (S.Taylor, 1996). Когнитивная терапия успешно применялась в лечении панического расстройства (M. Gelder, D. Clark, P. Salkovskis, 1993) булимии (M. Whittal, W. Agras, R. Gould, 1999) и в семейной психотерапии (R. Dunn, A. Schewebel, 1995).

Противопоказаниями к проведению когнитивной психотерапии являются тяжёлые расстройства восприятия (галлюцинации и т. д.); существенное ухудшение памяти и других когнитивных способностей (например, при психоорганическом синдроме). В то же время недостаточно высокий интеллект не является противопоказанием к проведению когнитивной терапии: исследования Бека не обнаружили статистически достоверных связей между эффектом психотерапии и уровнем интеллектуального развития.

Рационально-эмотивная психотерапия

История возникновения и развития метода

Основоположителем рационально-эмотивной психотерапии является Альберт Эллис. Первоначальный её вариант, созданный в 1955 г., Эллис назвал рациональной терапией, но уже в 1961 г. переименовал её в рационально-эмотивную терапию (РЭТ), поскольку полагал, что данный термин точнее отражает суть этого направления психотерапии. Через тридцать с небольшим лет (в 1993 г.), после широкого внедрения

поведенческих техник в практику РЭТ, А. Эллис решил добавить в название своего метода слово «поведенческая»: рационально-эмоционально-поведенческая терапия – РЭПТ (второй вариант перевода на русский – рационально-эмоционально-бихевиоральная терапия, РЭБТ). Из указанных выше названий на сегодняшний день наиболее употребительным является рационально-эмотивная (психо)терапия (РЭТ); мы будем следовать этой традиции, в то же время помня, что отсутствие слова «поведенческая» в названии не означает неиспользования бихевиоральных техник в рамках РЭТ.

Теоретическая основа и сущность метода

Теория РЭТ базируется на четырёх постулатах. Первый постулат выделяет три взаимосвязанные сферы функционирования человека: мышление, эмоции и поведение. Поскольку изменения в одной из них отражаются на двух других, РЭТ предлагает воздействовать на мышление с целью изменения эмоций и поведения. Второй постулат РЭТ утверждает, что в основе патологического нарушения эмоций лежат т.н. иррациональные суждения (когнитивные ошибки в терминологии Бека). Согласно третьему постулату, сформировавшиеся иррациональные суждения – это самоподдерживающиеся автономные структуры, и механизмы, которые поддерживают их в настоящем, как правило, отличаются от механизмов, вызвавших их развитие, поэтому РЭТ фокусируется больше на анализе настоящего, чем на изучении прошлого. Четвертый постулат РЭТ гласит, что иррациональные суждения могут быть идентифицированы и изменены (что, собственно, и является главной целью РЭТ). Для описания роли когниций в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств РЭТ использует модель ABC:

A а B а C

В данной схеме: А обозначает активирующее событие (activating experience); В – рациональные и/или иррациональные суждения (beliefs – мнение, убеждение); С – последствия (consequences). Последствия могут быть разделены на две подгруппы: последствия эмоциональные (Ce) и последствия поведенческие (Cb).

Практические аспекты применения метода

I этап: принятие философии РЭТ

Как правило, при первом обращении за помощью клиент считает, что А непосредственно вызывает С: («Они меня расстроили», «Он меня раздражает», «Это событие повергло меня в депрессию»). Собственные когниции В, которые вызвали последствия С в ситуации А, остаются в тени предсознания. Цель первого этапа – помочь клиенту понять, что его эмоциональные и/или поведенческие проблемы являются следствием не столько ситуации, сколько результатом собственных мыслей о ситуации. Для достижения этой цели психотерапевт должен опровергнуть убеждения клиента касательно того, что другие люди или внешние события являются источником его эмоций, и убедить клиента в возможности управлять своими эмоциями путём изменения мыслей.

Здесь уместным будет предложить клиенту обсудить, почему различные люди неодинаковым образом реагируют на одну и ту же ситуацию: если ситуация одинакова, значит, причина различных реакций в чём-то другом? В чём? В процессе сократического диалога терапевт подводит клиента к выводу о том, что эмоциональная реакция зависит больше от оценки ситуации человеком, чем от самой ситуации. Уже на первом этапе психотерапевт может познакомить клиента со схемой ABC и рассказать о влиянии мыслей на эмоции, привести примеры из реальной жизни, рассмотреть с клиентом какую-либо актуальную для него ситуацию с учетом этой информации и показать, каким образом изменение отношения к ситуации позволяет изменить эмоциональные и поведенческие реакции на неё.

II этап: сбор информации о клиенте и выбор проблемы

Если клиент не был хорошо обследован соматически, на втором этапе проводится дообследование для исключения (или подтверждения) соматических причин жалоб клиента. После исключения соматической этиологии психотерапевт продолжает сбор информации, необходимой для постановки правильного диагноза и выбора проблемы-мишени для психотерапии. Используется поведенческий анализ проблемы,

психодиагностические методики и т. д. Поскольку выбор проблемы будет коренным образом влиять на весь курс терапии, этот важный шаг должен закрепляться устным или письменным соглашением между психотерапевтом и клиентом. Проблема-мишень является и ориентиром для психотерапии, и критерием её эффективности.

III этап: прояснение активирующего события

Цель данного этапа – распознавание А (активирующего события), активизирующего иррациональные когниции и приводящего к развитию эмоциональных и поведенческих последствий. При описании проблемной ситуации клиент часто смешивает несколько разнородных явлений: реальное событие, своё субъективное восприятие события и оценку события. Терапевт должен объяснить клиенту различия между дескриптивным и оценочным познанием и помочь сформулировать, насколько это возможно, безоценочное описание события.

При описании А могут возникнуть две противоположные трудности: избыточная детализация либо, наоборот, неопределенность. В первом случае психотерапевт должен пресекать углубление в малозначительные детали и возвращать клиента к сути проблемы; могут быть полезными уточняющие вопросы («Что из рассказанного сильнее всего расстраивает Вас?») или переформулирование рассказанного с выделением наиболее важного. При неопределенности в описании А эффективными являются повторные вопросы, просьба привести пример из недавнего прошлого, заполнение дневника самонаблюдения, поведенческий анализ ситуации и др.

IV этап: работа над последствиями

Последствия (эмоциональные нарушения, поведенческие реакции, другие симптомы), как правило, являются главным мотивирующим фактором при обращении к психотерапевту, и последствия же определяют цель психотерапии. Именно поэтому работа над последствиями проводится перед идентификацией иррациональных когниций.

Ряд клиентов может испытывать затруднения при описании эмоциональных последствий вследствие неумения дифференцировать мысли и эмоции. В таком случае психотерапевт может использовать уточняющие вопросы («Это положительная или отрицательная эмоция?», словарь эмоций (перечень эмоциональных состояний, из которого пациенту предлагается выбрать наиболее подходящие определения), ведение дневника самонаблюдения за эмоциями, отдельные техники гештальт-терапии (техника пустого стула, обмен ролями) и др.

После описания последствий С клиент должен ответить на вопрос, готов ли он потратить время и силы на борьбу с ними. Продолжение работы возможно только при положительном ответе на данный вопрос.

V этап: идентификация установок

На данном этапе выявляются связанные с психотравмирующей ситуацией А иррациональные суждения В. Для решения данной задачи клиент должен научиться различать описательные, рациональные и иррациональные суждения. РЭТ разделяет все суждения на дескриптивные (описательные, безоценочные) и оценочные. Последние, в свою очередь, подразделяются на рациональные и иррациональные. Дескриптивные суждения констатируют факт, являются описанием реальности и не содержат в себе оценки. Рациональные и иррациональные суждения выражают оценочное отношение человека к происходящему (хорошо-плохо, удачно-неудачно, это катастрофа, это полный провал, это гениальный успех и т. п.).

Для обозначения трех указанных категорий когниций Эллис предложил использовать термины холодные, теплые и горячие когниции. Дескриптивные суждения являются холодными когнициями, поскольку они не предполагают сколько-нибудь выраженных эмоций. Рациональные суждения – когниции теплые, им соответствуют эмоции умеренной силы. Иррациональные установки, не соответствуя реальности, приводят к развитию высокого и длительного эмоционального напряжения, поэтому они получили название горячих когниций. Наиболее распространенная классификация иррациональных суждений включает в себя следующие четыре категории.

1. Установки долженствования выражают иррациональное убеждение клиента в том, что существуют некие универсальные долженствования, которые должны

реализовываться всегда, независимо от того, что происходит в окружающем мире. Установки долженствования могут быть обращены к себе («я должен/должна»), к другим людям («они должны»), к ситуациям и миру в целом («мир должен»). Вербальными маркерами установок долженствования являются слова «должен», «надо», «следует», «необходимо», «вынужден», «придётся» и т. д.

2. Катастрофические установки выражают иррациональное убеждение клиента в том, что в мире существуют катастрофические события, которые оцениваются так любыми людьми вне зависимости от системы отсчета. Катастрофические установки приводят к чрезмерному преувеличению негативных последствий событий, т. е. к катастрофизации. Вербальными маркерами катастрофических установок являются оценки, выраженные в крайней степени: «ужасно», «кошмарно», «невыносимо», «катастрофично», «смертельно», «невозможно», «жутко» и т. п.

3. Установка обязательной реализации своих желаний выражает иррациональное убеждение в том, что человеку для счастливой жизни обязательно нужно исполнять все свои желания, владеть определенными вещами, обладать некоторыми качествами. Установка обязательной реализации желаний трансформирует желания до уровня необоснованно завышенных императивных требований, которые в итоге приводят к противодействию, конфликтам и негативным эмоциям. Вербальными маркерами суждений данной категории являются слова «надо», «обязательно», «необходимо», «нужно» и т. д.

4. Оценочная установка выражается в том, что человек чувствует себя вправе оценивать не только отдельные поступки, характеристики другого человека, но и человека в целом (что изначально гарантирует ошибочность выводов, поскольку ни один человек не владеет достаточной информацией для точной оценки другого). При оценочной установке суждение о поступке распространяется на всего человека («он плохой, потому что поступил плохо»).

Если дифференциация дескриптивных и оценочных суждений обычно не представляет для клиента затруднений, то различение рациональных и иррациональных когний является более сложной задачей. РЭТ предлагает использовать для этого четыре критерия: истинность суждения; степень обязательности реализации суждения; уровень испытываемых эмоций; свобода выбора в достижении цели.

Рациональное суждение: 1) реалистично, истинно, оно верно отражает действительность; 2) выражает больше пожелание, чем не терпящее возражений и альтернатив предписание определенного развития событий; 3) как правило, сопровождается умеренными эмоциями; 4) сохраняет для клиента свободу выбора в избрании других способов достижения цели или даже изменения цели.

В противоположность сказанному выше, иррациональное суждение: 1) не является реалистичным, так как оно искажает реальность, его истинность невозможно доказать; 2) выражает требование (к себе, другим, миру), приказ, императив, не допускающий исключений или альтернатив; 3) приводит к сильным и длительным негативным переживаниям; 4) фиксирует человека только на одной-единственной цели и этим ограничивает свободу выбора.

В качестве примеров методов выявления иррациональных суждений приводим описание трех из наиболее часто используемых методик.

Опрос. Психотерапевт помогает клиенту сконцентрировать внимание на собственных суждениях при помощи вопросов: «О чем Вы тогда думали?», «Какие мысли проносились в тот момент в Вашей голове?», «Что Вы себе говорили?», «Что тогда вызвало у Вас наиболее сильные эмоции?», «Какие образы были у Вас перед глазами?» и т.п. При сильном эмоциональном реагировании клиента на вспоминаемую ситуацию ценную информацию может предоставить вопрос «О чем Вы думаете в данный момент?».

Заполнение дневника самонаблюдения. Стандартная форма используемого в РЭТ дневника самонаблюдения содержит четыре колонки: 1) дата и время; 2) описание проблемной ситуации (А); 3) описание мыслей (В), вызвавших в проблемной ситуации А последствия С; 4) описание эмоциональных и поведенческих последствий С. Клиент должен вносить в дневник новую запись при каждом проявлении последствий, третья колонка (В) заполняется в последнюю очередь (после С).

Сосредоточение на образах. Психотерапевт просит клиента вспомнить проблемную ситуацию, сконцентрироваться на ней и как можно детальнее описать ее. Далее он расспрашивает клиента о мыслях, которые возникают в сознании при представлении психотравмирующей ситуации.

6 этап: диспут

Диспут — это дискуссия, во время которой происходит окончательное разделение рациональных и иррациональных когний и осуществляется оспаривание и коррекция иррациональных установок. Клиент, который изначально является носителем иррациональных установок, в процессе дискуссии под воздействием различных аргументов постепенно отказывается от них и заменяет их на рациональные.

В диспуте выделяются две фазы: 1) изучение и критическое обсуждение связанных с проблемой иррациональных установок; 2) замена иррациональных установок на рациональные. В зависимости от используемых психотерапевтических техник выделяют три вида диспута: когнитивный, образный и поведенческий.

Когнитивный диспут – это дискуссия, которая происходит на рациональном уровне и использует в основном приемы т. н. разговорной терапии (сократический диалог, поучительные истории из жизни других людей, аналогии, метафоры, притчи и прочие). Главный инструмент когнитивного диспута – использование вопросов. В зависимости от доминирующей категории иррациональных суждений, психотерапевт может использовать одну из следующих групп вопросов:

- 1) Вопросы, направленные на выявление алогичности, нереалистичности суждений: «Что означает для Вас данное утверждение?», «Где доказательства истинности данного утверждения?», «Как Вы можете обосновать данное суждение?», «Какие еще факты его подтверждают?», «Как Вы убедите других в истинности данного утверждения?», «Объясните, почему Вы настаиваете на данном суждении?», «Какие факты опровергают его?», «Какие еще факты за или против Вы можете привести?».
- 2) Вопросы, направленные на декатастрофизацию мышления и осознание клиентом правомерности своих опасений: «Если предположить, что произойдет самое худшее, что это будет?», «Что случится, если это произойдет?», «Что будет, если события будут продолжаться так развиваться?», «Что самое плохое в этом худшем сценарии? Что еще?», «Объясните, почему это столь ужасно?», «Почему это так сильно подействовало на Вас?», «Какова вероятность возникновения самого худшего варианта?», «Можно ли испытать другие эмоции, если это произойдет?», «Можно ли быть радостным или даже счастливым, если это произойдет?».
- 3) Вопросы, направленные на изучение и коррекцию установок обязательной реализации своих желаний: «Зачем Вам нужно обязательно обладать этим?», «Что особенного Вы получите, если достигнете этого?», «Как Вы будете себя чувствовать, если у Вас не будет этого?», «Что для Вас означает иметь это?».

Образный диспут предполагает использование воображения и может использоваться самостоятельно либо как следующий после когнитивного диспута этап. Образный диспут может проводиться как под руководством психотерапевта, так и самостоятельно клиентом в рамках домашних заданий (что особенно важно для закрепления достигнутых результатов). Наиболее часто используются следующие техники образного диспута:

- 1) Воображение психотравмирующей ситуации. Психотерапевт предлагает клиенту представить себя в психотравмирующей ситуации и затем обратить внимание на свои эмоции, оценить, изменились ли они, адекватны они или нет; после этого клиент должен обратить внимание на свои мысли. При адекватных эмоциях следует сформулировать рациональные когнии, при неадекватных – иррациональные, последние могут потребовать проведения когнитивного диспута.
- 2) Негативное воображение. Клиент в воображении погружается в один из худших вариантов проблемной ситуации и затем пытается вызвать у себя прежние негативные эмоции. Если таковые появились, терапевт просит клиента сформулировать в словах свой внутренний диалог. После этого клиенту предлагается снизить, насколько это возможно, уровень испытываемых отрицательных переживаний. После достижения минимально возможного уровня эмоционального напряжения клиент формулирует новый внутренний диалог, содержащий рациональные убеждения, которые помогли уменьшить интенсивность эмоций.

- 3) Позитивное воображение. Клиент в воображении погружается в проблемную ситуацию, но с первого же момента представляет себя в позитивном состоянии, а затем формулирует рациональные когниции, которые помогли успешно выполнить задание.
- 4) Образ преодоления. Клиент воображает психотравмирующую ситуацию и восстанавливает свои обычные иррациональные мысли. Затем он проводит активную внутреннюю дискуссию, заменяя иррациональные когниции рациональными, четко формулируя и развивая их.
- 5) Образный диспут в состоянии релаксации. Использование состояния релаксации облегчает преодоление негативных эмоций и связанных с ними иррациональных когниций. Для самостоятельного использования данной техники клиенту следует предварительно пройти курс обучения релаксации.

Поведенческий диспут помогает клиенту, меняя поведение, опровергнуть свои иррациональные установки. Одной из наиболее популярных поведенческих техник в РЭТ является изменение поведения на противоположное: клиент поощряется многократно совершать действия, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Например, при социальной тревожности со страхом публичного выступления клиенту может быть рекомендовано выступать много раз в день и использовать для этого любую подходящую ситуацию: в очереди, на остановке, в вестибюле, в транспорте и т. п. При выполнении задания клиент постепенно приходит к убеждению, что проблемная ситуация не обязательно должна вызывать сильные неприятные эмоции и что изменение когниций приводит к устранению неблагоприятных эмоциональных и поведенческих последствий. В рамках поведенческого диспута с успехом используются и такие типично бихевиоральные техники, как методика наводнения и тренинг уверенного поведения.

7 этап: закрепление изменений

Последний этап – закрепление изменений, достигнутых на предыдущих этапах РЭТ. Новые рациональные убеждения должны стать привычными для клиента, должны воплотиться в его повседневных поступках. Для закрепления изменений, как правило, используются домашние задания, такие как поведенческий тренинг, заполнение дневника самонаблюдения за мыслями в реальных ситуациях, прослушивание записей прежних занятий, упражнения с использованием воображения и др. Приветствуется также самостоятельное чтение специальной литературы, участие в работе групп самопомощи, посещение лекций, ведение записей и т. д. Домашние задания помогают не только укрепить сформированные на этапе диспута рациональные убеждения и окончательно освободиться от иррациональных убеждений, но и обнаружить новые полезные рациональные убеждения, а также сформировать более адаптивное поведение.

Показания к использованию метода и его эффективность

Показаниями к применению РЭТ являются различные психические и поведенческие расстройства и психосоматические заболевания, в этиопатогенезе которых ведущая роль принадлежит психологическим факторам, в том числе расстройства невротического уровня и невротические реакции при психических и соматических заболеваниях.

В период с 1972 по 1988 гг. эффективность РЭТ при лечении различных расстройств и групп населения была изучена более чем в 70 исследованиях, обобщённых путём метаанализа в 1991 г. Лайонзом и Вудсом (L.C.Lyons, P.J.Woods). Было установлено, что применение РЭТ обеспечивало значительное клиническое улучшение у 73 % пролеченных пациентов по сравнению с теми, кто не получал РЭТ. Эффект увеличивался при повышении продолжительности лечения и в случаях, когда РЭТ проводили опытные психотерапевты. В.Weiss и его коллеги (1995) в своём метаанализе 150 итоговых исследований доказали, что РЭТ является эффективной также при лечении детей и подростков.

Эффективность РЭТ превосходит результативность терапии, центрированной на клиенте, и терапии человеческих отношений (Н.Т.Prout, R.DeMartino, 1986). Интересно, что эффективность рационально-эмотивной психотерапии не изменяется при сравнении

вариантов РЭТ с акцентом на когнитивных или на поведенческих техниках (G.I.Engels и соавторы, 1993).

Поведенческая психотерапия

История возникновения и развития метода

Хотя поведенческая психотерапия ведет свое начало от создания первой теории научения – теории классического обусловливания И. П. Павлова, в самостоятельное психотерапевтическое направление она оформилась лишь в 50-х гг. прошлого века. К середине XX в. уже был развенчан миф об эффективности психоанализа (господствовавшего в то время направления психотерапии) и в то же время были опубликованы описания эффективных и приносящих быстрый результат поведенческих психотерапевтических методик.

Термин «поведенческая терапия» впервые был использован в конце 50-х гг. независимо друг от друга двумя основоположниками данной школы психотерапии – А.Лазарусом и Г.Айзенком. С 1950 по 1960 г. в мире существовали три исследовательских центра, занимавшихся проблемами поведенческой психотерапии. В одном из них, расположенном в Южной Африке, Дж. Вольпе, А. Лазарус и С. Рахман занимались разработкой метода систематической десенсибилизации и тренинга ассертивности. Второй центр располагался в США, его сотрудники О. Линслей и Т. Айлон развивали идеи своего учителя и коллеги Б. Ф. Скиннера с целью модификации поведения пациентов с психическими расстройствами; созданная ими методика впоследствии получила название «жетонной экономики». Исследователи третьего центра – Г. Айзенк, А. Йетс и Д. Шапиро – работали в институте психиатрии Лондонского университета. Позже, в 60-х г.г., в Стэнфордском университете (США) под руководством А. Бандуры и Р. Уолтерса сформировалась еще одна школа поведенческой психотерапии, развивавшая теорию социального научения. В 60-е гг. в поведенческую терапию влился ряд самостоятельных до этого психотерапевтических школ, в т. ч. когнитивная и рационально-эмоциональная терапия. С конца 60-х гг. поведенческая терапия стала общепризнанным самостоятельным психотерапевтическим направлением. С 70-х гг. сфера применения поведенческих методов распространяется далеко за пределы психиатрии и психотерапии, поведенческие методики начинают использовать в рекламе, менеджменте, обучении и т. д. В рамках поведенческой психотерапии формируются отдельные направления: когнитивно-поведенческая терапия, процедуры самоконтроля и др.

Теоретическая основа и сущность метода

Ключевым понятием в поведенческой психотерапии является научение, под которым понимают изменения в поведении, возникшие в процессе жизнедеятельности или в результате тренировки. В отличие от обучения суть которого состоит в передаче и направленной организации знаний, научение – это процесс и результат выработки навыков.

Существуют три основные теории научения:

- 1) теория классического обусловливания И. П. Павлова;
- 2) теория оперантного обусловливания Б. Ф. Скиннера;
- 3) теория социального научения А. Бандуры.

Теория классического обусловливания описывает реактивное научение (или научение типа S, от «stimulus», стимул), в большинстве случаев требующее практически одновременного воздействия условного и безусловного стимулов (в идеальном варианте воздействие условного стимула должно немного опережать безусловный).

Теория оперантного научения доказывает, что на поведение влияют не только стимулы, которые воздействуют на организм перед совершением какого-либо действия, но и сами результаты поведения. Оперантное научение (или научение типа R, от «reaction», реакция) базируется на сформулированном Скиннером фундаментальном принципе: поведение формируется и сохраняется его последствиями.

Автор теории социального научения Альберт Бандура доказал, что научение может происходить не только при воздействии на организм определенных стимулов, как при реактивном или оперантном научении, но также и при осознании и когнитивной оценке личностью внешних событий (здесь нельзя не отметить, что народная мудрость

зафиксировала возможность такого научения задолго до Бандуры: «Умный учится на чужих ошибках...»). Теория социального научения делает акцент на моделировании (замещающем научении) и механизмах саморегуляции и добавляет к двум присутствующим в классическом и оперантном обусловливании элементам (поведению и средовым воздействиям) третий элемент – когнитивные процессы. Практические аспекты применения метода

Техники поведенческой психотерапии, представленные в данной главе, сгруппированы в соответствии с тремя основными теориями научения. Процедуры оперантного обусловливания

Термин «подкрепление» имеет как минимум три значения: 1) закрепление определенного поведенческого стереотипа; 2) стимул-подкрепитель (приятный или неприятный), который может предъявляться или устраняться и таким образом изменять вероятность повторения определённого поведения; 3) психотерапевтическая техника, которая использует последствия определённого поведения как инструмент для изменения этого поведения. В данном разделе мы будем использовать третье значение слова «подкрепление».

В зависимости от вида используемых стимулов, выделяют техники положительного и отрицательного подкрепления. При положительном подкреплении увеличение вероятности повторения желаемого поведения обеспечивается благодаря сопровождению поведения приятным для клиента стимулом. При отрицательном подкреплении увеличение вероятности повторения желаемого поведения достигается благодаря устранению воздействовавшего на клиента неприятного стимула при совершении желаемого поведения.

В зависимости от регулярности подкрепления выделяют постоянное и периодическое подкрепление. Постоянное подкрепление подразумевает подкрепление желаемого поведения после каждого случая его проявления. Поскольку постоянное подкрепление не обеспечивает стабильного научения (в отсутствие подкреплений новое поведение быстро угасает), рекомендуется использовать его лишь на самых ранних стадиях овладения новым поведением. В противоположность постоянному подкреплению, при периодическом подкреплении психотерапевт подкрепляет не каждый случай желаемого поведения клиента. Интервалы между подкреплениями регулируются в зависимости либо от качества полученной желаемой реакции, либо от периода времени, прошедшего до следующего появления желаемого поведения.

Существуют три варианта техник дифференциального подкрепления.

При дифференциальном подкреплении иного поведения подкрепляющий стимул предъявляется клиенту в том случае, когда нежелательное дезадаптивное поведение не проявлялось в течение определённого периода времени (максимальная величина которого не должна превышать 60 минут).

Дифференциальное подкрепление противоположного поведения – психотерапевт устраняет подкрепление, которое поддерживало нежелательное дезадаптивное поведение и затем предъявляет новое подкрепление, целью которого является формирование поведения, несовместимого с прежним.

Дифференциальное подкрепление частоты поведения – психотерапевт использует подкрепление для формирования определённой частоты поведения (для дезадаптивных реакций подкрепляется низкая частота, для желательного адаптивного поведения – высокая).

Аппроксимация – это подкрепление успешных приближений к некоему сложному конечному поведению. Несмотря на значительные затраты времени, данная техника сохраняет свою популярность благодаря высокой эффективности. При применении данной техники психотерапевт должен остерегаться двух крайностей: с одной стороны, не следует слишком долго останавливаться на одном и том же шаге, а с другой, дистанция между любыми двумя соседними шагами не должна быть слишком большой, иначе задание для клиента будет трудновыполнимым.

Прямой и обратный цепной метод получил своё название благодаря разделению сложного поведения на отдельные фрагменты – звенья единой цепи. Вначале каждое поведенческое звено формируется по отдельности, впоследствии все звенья последовательно соединяются друг с другом, причём переходить к следующему шагу

можно только после того, как клиент овладел предыдущим. Научение начинается с первого звена и завершается последним при прямом цепном методе, и наоборот – при обратном цепном методе. Цепной метод эффективен при научении детей и имеющих отставание в развитии взрослых таким элементарным навыкам, как ходьба, одевание, чистка зубов, завязывание шнурков и прочие.

Практическое исполнение – психотерапевт в процессе работы с клиентом предоставляет ему различные возможности потренироваться в желаемом поведении. Каждая успешная попытка подкрепляется, что увеличивает вероятность повторения желаемого поведения в реальных условиях.

Суть различных методов погашения состоит в устранении подкреплений, которые поддерживают дезадаптивное поведение, что в итоге приводит к постепенному исчезновению нежелательного поведения. При использовании погашения психотерапевт должен точно выяснить, какие именно стимулы поддерживают дезадаптивное поведение, и убедиться, что устранение связи между нежелательным поведением и стимулами-подкрепителями не нанесёт существенного ущерба клиенту или другим лицам. Поскольку на начальном этапе нежелательное поведение может усиливаться и даже сопровождаться агрессией, рекомендуется предупредить об этом близких клиента.

Из различных форм погашения чаще всего используются негативная практика, стимульное пресыщение и постепенно устранение.

Негативная практика. Психотерапевт просит клиента при появлении нежелательного поведения преднамеренно усилить его. Данная техника особенно эффективна в тех случаях, когда клиент, сам того не желая, усиливает свои симптомы, начиная борьбу с ними. К примеру, при бессоннице интенсивное желание уснуть приводит к нарастанию тревоги и напряжения, которые плохо совместимы со здоровым сном. Если клиент получает задание «не спать», он перестает бороться с бессонницей, уровень напряжения не повышается, тревога остаётся в рамках нормы, сонливость нарастает и в конце концов задание оказывается не выполненным, а бессонница – побеждённой.

Стимульное пресыщение. Желательный с точки зрения клиента стимул много раз подряд предъявляется клиенту, что приводит к стимульному пресыщению и снижению привлекательности и силы действия стимула. (Следует отметить, что родители и воспитатели были знакомы с данной техникой и до того, как поведенческая психотерапия приобрела известность; яркие примеры использования методики стимульного пресыщения приведены в мультфильме «Праздник непослушания»).

Постепенное устранение: Клиенту вначале предъявляются самые слабые стимулы (т. е. стимулы, вызывающие лишь минимальную эмоциональную реакцию). После того, как клиент привыкает к слабым стимулам, вместо них включаются более сильные и так до тех пор, пока самый сильный (в прошлом) стимул не перестанет вызывать даже минимальную реакцию.

Наказание как лишение положительных подкреплений включает в себя техники изоляции, наблюдения и штрафы.

Изоляция. При вовлечении клиента в дезадаптивное поведение его деятельность сразу же прерывается на 5–10 минут: например, клиент обязан всё это время стоять, повернувшись лицом к стене, или сидеть на стуле за пределами группы. Применение изоляции требует соблюдения следующих правил: 1) сильные негативные реакции клиента в начале изоляции не должны привести к прекращению изоляции; 2) во время изоляции любые подкрепления дезадаптивного поведения должны быть исключены; 3) продолжительность изоляции следует обговорить с клиентом заранее; 4) эту технику следует сочетать с техниками подкрепления желаемого поведения.

Техника наблюдения является модификацией изоляции. Находясь во временной изоляции, клиент в это время наблюдает, как другой человек демонстрирует желательное альтернативное поведение. По возвращении в группу клиент моделирует наблюдаемое поведение, и, если попытка удаётся, новое поведение подкрепляется. Данная техника издавна (ещё до появления бихевиоральной терапии) использовалась родителями и учителями («Выйди из-за стола и посмотри, как хорошо кушает твой братик/сестричка»).

Штрафом в поведенческой психотерапии называют лишение клиента определенных положительных подкреплений при появлении нежелательного дезадаптивного поведения. Штраф необязательно подразумевает лишение денег: это может быть также

лишение каких-нибудь привилегий (например, дополнительное время на прогулку) либо какой-нибудь ценной с точки зрения клиента деятельности (к примеру, просмотр телефильма).

Наказание как предъявление неприятного стимула применяется в рамках техник порицания, кратковременного физического удержания и использования неприятных безвредных веществ.

Порицание. При появлении нежелательного поведения психотерапевт высказывает недовольство (важно высказывать недовольство в отношении именно поведения, а не личности клиента) и порицает дезадаптивное поведение вербально и невербально (повышает тон, сдвигает брови, использует адекватные жесты).

Кратковременное физическое удержание. Психотерапевт кратковременно (10 – 30 секунд) физически удерживает клиента от дезадаптивного поведения, вредного для окружающих либо для самого клиента. Удержание, как и другие виды наказания, в обязательном порядке необходимо сопровождать подкреплением альтернативного желательного поведения.

Техника использования неприятных безвредных веществ используется относительно редко (как правило, для коррекции чрезмерно агрессивного или угрожающего жизни поведения), и требует обязательного получения предварительного согласия клиента.

При появлении нежелательного поведения психотерапевт воздействует на клиента безвредными, но неприятными стимулами, такими как лимонный сок, брызги воды, направленная в лицо струя воздуха

Исправление – комплекс действий, позволяющих исправить ситуацию, которая сложилась в результате нежелательного поведения клиента. Например, если ребёнок забыл о том, что ему нельзя грызть ногти, он должен для предотвращения возможного заражения прополоскать рот и тщательно вычистить зубы – и так после каждого случая нежелательного поведения,

«Жетонная экономика». При появлении желаемого поведения клиенту выдают жетоны, которые впоследствии можно обменять на ценные для клиента и оговоренные заранее вознаграждения (деньги, вещи, привилегии, деятельность и т. д.). Методика наиболее эффективна в условиях закрытых или полужакрытых групп (учебный класс, психиатрическое отделение и т. п.).

Процедуры классического обусловливания

Целью метода прогрессивной мышечной релаксации является обучение клиента самостоятельно расслабляться в различных (в т. ч. стрессовых) ситуациях, что повышает способность к управлению своим состоянием.

Метод был создан Эдмундом Джейкобсоном (1888–1983) в 20-х гг. прошлого века и назван прогрессивным по ряду причин: 1) клиент обучается выборочно уменьшать уровень напряжения в конкретной мышце в определенной последовательности (или прогрессии); 2) клиент напрягает и расслабляет мышцы таким образом, что процесс в целом прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела (или отдельной его части); 3) при постоянных ежедневных занятиях отмечается прогрессирующая тенденция к развитию привычки отдыхать — психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам. Высокая эффективность метода Джейкобсона обусловлена тем, что он не требует непосредственного управления эмоциями: для того чтобы устранить излишнее психоэмоциональное напряжение, достаточно просто расслабить мышцы.

Хотя первоначальное расслабление достигается благодаря упражнениям, они не являются самоцелью. Их предназначение — вызвать расслабление, за которым обучающийся будет наблюдать во второй части занятия. При выполнении упражнений внимание должно быть сфокусировано на напрягающихся мышцах. Обучающийся должен почувствовать напряжение в мышцах при нагрузке и расслабление в этих же мышцах после выполнения упражнений.

После выполнения упражнений обучающийся приступает ко второй, самой важной части занятия – наблюдению за расслаблением. Именно в это время происходит формирование условного рефлекса расслабления, умения расслабляться произвольно, без упражнений. Обучающийся должен обнаружить расслабление в тех мышцах, которые напрягались при выполнении упражнений, и затем наблюдать за

расслаблением таким образом, чтобы оно сохранялось или даже усиливалось на протяжении всей второй части занятия.

Наблюдать за расслаблением рекомендуется с закрытыми глазами, сохраняя полную неподвижность, поскольку любые движения уменьшают глубину расслабления. Расслабление проявляется, как правило, в виде чувства тепла, тяжести и/или пульсации. Чем сильнее эти ощущения – тем глубже расслабление. При регулярных занятиях эти ощущения становятся более яркими, появляются быстрее и удерживаются дольше.

Важно не переходить к следующим упражнениям, не освоив предыдущие. Признаком освоения очередного уровня обучения является сохранение или даже углубление расслабления (тепла, тяжести или пульсации) в напрягавшихся при выполнении упражнений мышцах на протяжении всех 10 минут второй части занятия.

По мере формирования условного рефлекса надобность в выполнении упражнений (являющихся безусловным стимулом) отпадает. После того, как обучающийся научился эффективно расслабляться без упражнений, можно переходить к динамической релаксации (частичному расслаблению во время обычной повседневной деятельности), а также использовать релаксацию как составляющую других техник поведенческой психотерапии, в т. ч. метода систематической десенсибилизации.

Систематическая десенсибилизация (десенсибилизация) стала первым действительно эффективным методом лечения фобий. Несмотря на очень солидный для психотерапевтического метода возраст, десенсибилизация и сегодня является одним из лучших методов лечения фобий. После прохождения курса десенсибилизации выздоровление наступает у 90 % пациентов, причём эффективность метода не зависит ни от интенсивности тревоги, ни от ее продолжительности, ни от того, была ли фобия приобретена внезапно или постепенно.

Слово «десенсибилизация» происходит от лат. sensibilis – чувственно воспринимаемый. Приставка «де» обозначает отделение, удаление, отмену, уменьшение, понижение.

Термин «десенсибилизация» первоначально использовался в фотографии (в значении понижения чувствительности фотоплёнки) и в медицине при лечении аллергий. В последнем случае под десенсибилизацией подразумевалось уменьшение чувствительности организма к воздействию какого-либо вещества, обычно путём систематического применения этого вещества, начиная с наименьших доз. В определенном смысле страх похож на аллергию. При аллергии обычный стимул (клубника, шоколад, апельсины и т.п.) вызывает чрезмерную реакцию (сыпь, зуд и т.д.). При фобии обычная ситуация также вызывает чрезмерную (фобическую) реакцию. Попытка использовать принципы лечения аллергии для избавления от фобий оказалась весьма успешной.

Автором метода является Джозеф Вольпе (1915–1997). Изучая модель тревожного невроза, Вольпе доказал, что «если в присутствии вызывающих тревогу стимулов может быть осуществлена реакция, подавляющая тревогу, то она ослабит связь между этими стимулами и реакцией тревоги». Это открытие привело к созданию метода систематической десенсибилизации. Страх, тревога, фобия неразрывно связаны с напряжением. Нет напряжения – не может быть и страха, т.е. если человек сможет расслабиться в фобической ситуации, фобия исчезнет.

В методе систематической десенсибилизации выделяют три этапа: 1) овладение методикой нервно-мышечной релаксации; 2) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; 3) собственно десенсибилизация – соединение представлений, вызывающих страх, с релаксацией.

Первый этап – обучение релаксации. Результатом этого этапа должно быть приобретение пациентом умения самостоятельно за 20–30 секунд достигать достаточно глубокого расслабления, сопоставимого по своей силе с действием транквилизаторов. Такой результат достигается в среднем за два-три месяца, при условии, что пациент выполняет все указания терапевта и регулярно, три раза в день, проводит самостоятельные занятия.

Второй этап – составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. Вначале пациент должен составить список всех ситуаций, вызывающих страх. Обязательным условием является реальное переживание пациентом страха в такой ситуации, т. е. она не должна быть воображаемой.

Затем проводится оценка силы страха в каждой из этих ситуаций. Наиболее сильный страх оценивается в 100% (или в 10 баллов). Сила страха в остальных ситуациях оценивается по сравнению с этим страхом. После этого ситуации выстраиваются по иерархии, начиная с тех, которые вызывают самый слабый страх. Важно, чтобы в составленной иерархии не было больших разрывов. Интервал между силой страха в двух соседних ситуациях должен составлять не более 10%.

Если у пациента несколько фобий, то все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам, и иерархия составляется отдельно для каждой группы. После того, как должным образом освоена релаксация и составлена иерархия фобических ситуаций, начинается третий этап – собственно десенсилизация. Пациент, находясь в состоянии глубокой релаксации, вызывает представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха, затем с помощью релаксации снимает возникающую тревогу.

Как уже говорилось выше, релаксация (расслабление) несовместима со страхом и тревогой, поскольку последние связаны с напряжением, а релаксация является состоянием, противоположным напряжению. Именно поэтому столкновение с провоцирующими тревогу стимулами в состоянии расслабления лишает эти стимулы способности вызывать страх.

Методика проведения десенсилизации сравнительно проста. Пациент входит в состояние глубокого расслабления, затем в течение 5–7 секунд воображает первую ситуацию из иерархии, после чего оставляет эту ситуацию и снова возвращается к расслаблению на 20–30 секунд. Затем цикл повторяется. Если в течение трёх циклов тревога не возникает, пациент переходит к следующей, более трудной ситуации. В течение одного занятия отрабатываются 3–4 ситуации из списка. Если при воображении какой-то ситуации появляется сильная тревога и она не угасает при повторных предъявлениях ситуации, необходимо вернуться к предшествующей ступени иерархии.

Подобным образом в воображении представляются различные ситуации от самых легких к трудным, вызывающим наибольший страх. Десенсибилизация заканчивается, когда самый сильный стимул перестаёт вызывать страх. Иногда для закрепления результатов рекомендуется повторить процедуру с отдельными ситуациями в реальных условиях. В случае множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди применительно к каждой фобии.

Этот вариант десенсилизации является классическим и предназначен для взрослых людей и подростков. В детской практике чаще используются варианты десенсилизации, не требующие предварительного обучения нервно-мышечной релаксации. К таким вариантам относятся контактная десенсилизация, эмотивное воображение и ролевая игра.

Контактная десенсилизация. Вначале психотерапевт вместе с клиентом составляет иерархию вызывающих страх объектов или ситуаций, а затем начинает побуждать клиента к физическому контакту с первым объектом из списка до тех пор, пока он не перестанет вызывать страх. Затем переходят ко второму пункту и т. д. Помимо физического контакта с фобическим стимулом, в данном варианте используется и моделирование (выполнение другим ребёнком, не испытывающим данного страха, действий в соответствии с составленной иерархией).

Эмотивное воображение – еще один вариант десенсибилизации для лечения детей. Как правило, дети легко вживаются в образ любимого героя. Психотерапевт направляет воображение ребёнка таким образом, чтобы он в роли своего любимого героя постепенно сталкивался с ситуациями из иерархии страхов. Техника включает следующие стадии: 1) составление иерархии фобических стимулов (вызывающих страх объектов или ситуаций); 2) идентификация любимого героя (героев), с которым ребёнок легко бы себя отождествил; 3) выявление фабулы действия, которое ребёнок хотел бы совершить в образе этого героя; 4) представление любимого героя в повседневной ситуации: психотерапевт просит ребёнка с закрытыми глазами вообразить близкую к повседневной жизни ситуацию и затем постепенно вводит в неё любимого героя; 5) собственно десенсибилизация: после достаточно глубокого эмоционального вовлечения ребёнка в игру воображаемый герой сталкивается с первой ситуацией из иерархии страхов, после ее нейтрализации со следующей ситуацией и т.д.

Ролевая игра. Данная техника включает те же стадии, что и эмотивное воображение, но десенсибилизация проводится не в воображении, а в процессе ролевой игры с участием терапевта и других детей.

Скрытая сенсбилизация (аверсивное обусловливание). Под руководством психотерапевта в воображении клиента дезадаптивное, но привлекательное для последнего поведение соединяется с представлением сцен, которые вызывают негативные реакции (например, сильный страх или отвращение). Повторные представления сочетания неприятных стимулов с дезадаптивным поведением приводят к снижению частоты нежелательного поведения. Данная техника часто используется при лечении алкогольной, табачной и пищевой зависимостей, общей характеристикой которых является наличие мощных подкреплений, поддерживающих дезадаптивное поведение.

Скрытое подкрепление. Клиент представляет, что он вовлекается в желаемое поведение, пока картина в воображении не станет достаточно яркой. Сразу после этого клиент представляет какое-либо весьма приятное для него событие. В технике скрытого подкрепления используется неявное подкрепление желаемого адаптивного поведения, что в итоге приводит к повышению его частоты.

Скрытое погашение. Клиент должен представить, как он вовлекается в дезадаптивное поведение. После формирования четкого мысленного образа нежелательного поведения психотерапевт просит клиента вообразить, что это поведение не сопровождается типичными для него приятными последствиями (подкреплениями).

Данная техника позволяет разорвать ассоциативные связи между дезадаптивным поведением с одной стороны и поддерживающими его положительными подкреплениями с другой.

Имплозия (вбрасывание). Клиент в реальности или в воображении резко погружается в наиболее проблемную для него, вызывающую наиболее сильный страх, ситуацию.

Клиент не должен пытаться избежать воздействия стрессогенных стимулов, напротив, он должен на протяжении достаточно длительного периода времени (десятки минут, часы) продолжать контактировать с ситуацией и испытывать максимально сильные негативные эмоции. Если клиент позволит себе покинуть проблемную ситуацию до того, как эмоции начнут угасать сами по себе, результаты лечения будут обратными: страх усилится. Ввиду подобных осложнений технику имплозии рекомендуется использовать лишь после того, как другие методы психотерапии не принесли ожидаемых результатов.

Использование неприятных стимулов. После того как клиент вовлечен в нежелательное поведение, терапевт воздействует на клиента каким-либо неприятным стимулом (удар током, резкий звук, неприятно яркий свет, направленная в лицо струя воздуха и т. д.). Воздействие стимула устраняется сразу же после прекращения выполнения дезадаптивного поведения. Стимул должен быть неопасным, но в то же время достаточно чувствительным и неприятным для клиента; клиент до применения данной техники должен дать письменное информированное согласие на такое лечение. Учась не допускать неприятных последствий нежелательного поведения, клиент начинает избегать и самого дезадаптивного поведения.

Процедуры социального научения и самоконтроля

Имитация и моделирование. Клиент обучается новым, более эффективным формам поведения, используя модели желательного поведения. Первоначально он наблюдает за тем, как кто-либо демонстрирует желательное поведение и получает подкрепление. Затем с помощью психотерапевта клиент начинает сам моделировать (повторять увиденное поведение). При успешном моделировании новое поведение подкрепляется. Методы самоконтроля. В отличие от большинства других техник поведенческой психотерапии, методы самоконтроля не требуют активного участия психотерапевта, его функция ограничивается лишь оценкой правильности их самостоятельного применения клиентом.

Самоподкрепление. При овладении новым желательным поведением или при выполнении поставленной задачи клиент вознаграждает себя каким-либо привлекательным для него стимулом-подкрепителем.

Ведение записей. Клиент ведет учет частоты, интенсивности и продолжительности определённого адаптивного или дезадаптивного поведения. В некоторых случаях само

по себе направление внимание на поведение уже приводит к его изменению. Техника может использоваться и для закрепления достигнутых изменений.

Метод ограничений. Для уменьшения или полного устранения дезадаптивного поведения клиент вначале выделяет все возможные ситуации, в которых у него появлялось дезадаптивное поведение, а затем начинает постепенно ограничивать количество таких ситуаций, причём вначале в некоторых из них может допускаться дезадаптивное поведение, а впоследствии количество случаев нежелательного поведения постепенно уменьшается до нуля.

Постановка целей, управление временем. Клиент под руководством психотерапевта формулирует свои стратегические, тактические и оперативные цели как в отношении терапии, так и касательно повседневной жизни. Управление временем (планирование, анализ эффективности расходования времени, расстановка приоритетов и прочее) позволяет не только последовательно продвигаться к желаемому адаптивному поведению, но и снизить уровень стресса за счет частичного или полного устранения дефицита времени и повышения способности управлять ситуацией.

Показания к использованию метода и его эффективность

Результаты научных исследований подтвердили высокую эффективность методов поведенческой психотерапии при лечении детей (B. Weiss, J. Weisz, 1995), взрослых (M. Smith, G. Glass, T. Miller, 1980; D. Shapiro, 1982) и семейных пар (K. Hahlweg, H. Markman, 1988).

Различные техники поведенческой психотерапии с успехом применялись при тренинге социальных навыков (P. Corrigan, 1991), обучении клиентов методам управления стрессом (T. Saunders и коллеги, 1996) и гневом (H. Kassinov, R. Tafrate 2002), обучении релаксации пациентов с гипертензией, головными болями и бессонницей (R. Human с коллегами, 1989), проведении поведенческого родительского тренинга с целью модификации антисоциального поведения у детей (W. Serketich, J. Dumas, 1996), лечении обсессивно-компульсивного (A. van Balkom и соавторы, 1994) и панического (A. van Balkom и соавторы, 1997) расстройств, лечении пациентов с умственной отсталостью (R. Didden, P. Duker, H. Korzilius, 1997), при лечении мигренозных головных болей (K. Holroyd, D. Penzien, 1990), нервной анорексии и булимии (L. Lewandowski и соавторы, 1997), сексуальных расстройств (A. Roth, P. Fonagy, 1996), синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (W. Pelham и соавторы, 2000), артериальной гипертензии (W. Linden, L. Chambers, 1994), курения (C. Viswesvaran, F. Schmidt, 1992), ночного энуреза (A. Houts, J. Berman, H. Abramson, 1994) и бессонницы (D. Murtagh, K. Greenwood, 1995).

Краткосрочная мультимодальная психотерапия

История возникновения и развития метода

Основоположителем метода является Арнольд Лазарус (родился в 1932 г.) – почетный профессор психологии в университете Рутгерса (США). А. Лазарус был президентом Ассоциации развития бихевиоральной терапии, а также получил награду «За особые заслуги в области психологии», присуждаемую американским Комитетом профессиональной психологии. Он является автором 16 книг и свыше 200 научных статей. Помимо академической и научной деятельности, с 1959 г. Лазарус ведет обширную психотерапевтическую практику. Уже в конце 50-х гг. прошлого века он выдвинул тезис, что к проблемам лучше всего подходить в расширенной системе координат, и призвал к синтезу различных психообразовательных, психотерапевтических и фармакологических подходов. В 1967 г. Лазарус изложил достоинства технического эклектизма в психотерапии: «Я давно убежден, что психотерапевт, который хочет, чтобы его работа с широким кругом проблем была эффективной, должен обладать гибкостью, быть разносторонне образованным и использовать технически эклектичный подход. Психотерапевт, не забывающий в своей деятельности об этике, может пользоваться разными техниками, которые кажутся ему полезными, независимо от их происхождения. Но одновременно с этим он должен с большой осторожностью подходить к использованию породивших эти техники теорий. Психотерапевтические процедуры могут быть эффективными по причинам, не имеющим ничего общего с их теоретической подоплекой. Полезные техники можно почерпнуть из любого источника. Таким образом, психотерапевт, придерживающийся технического

эkleктизма, использует большое количество разнообразных методов воздействия, оставаясь при этом, приверженцем определенной теоретической структуры, правильность которой может быть подвергнута проверке или опровергнута». Воплощая в жизнь идеи технического эkleктизма, Лазарус дополнил поведенческую терапию когнитивными вмешательствами, а позднее значительно расширил спектр используемых психотерапевтических вмешательств. В результате в 1973 г. он предложил подход, получивший название мультимодальной терапии. В 1981 г. был опубликован его классический труд «Практика мультимодальной терапии». На протяжении десятилетий А. Лазарус выступал активным пропагандистом своего метода, проводя по всему миру множество обучающих семинаров, постоянно публикуя статьи и книги, а также выступая с докладами на конференциях и симпозиумах. Его высочайший профессионализм и невероятная харизматичность привели к тому, что в ходе национальных опросов коллеги неизменно включают Лазаруса в число наиболее известных и влиятельных психотерапевтов. В странах Северной и Южной Америки, Европы имеется множество институтов и тренинговых центров мультимодальной терапии, где проводится обучение методу. Средняя продолжительность мультимодальной терапии составляла около 40 еженедельных сессий (примерно 7–8 месяцев). Позднее Лазарус стал развивать краткосрочную модель мультимодальной психотерапии, которой посвятил ряд специальных работ. В своей книге он спрашивает: «Краткосрочную терапию может предложить кто угодно, но возможно ли провести курс непродолжительной, но всесторонней психотерапии? На это я однозначно отвечаю – зачастую можно» (А. Лазарус, 1997). Эффективная краткосрочная терапия гораздо меньше зависит от того, сколько часов работы затрачено психотерапевтом, нежели от того, чем он их заполнил. Попытка добиться скорого результата минимальными средствами предъявляет серьезные требования к мультимодальному психотерапевту, стоящему на позициях технического эkleктизма. Он должен стремительно и последовательно идентифицировать проблемы пациента, установить терапевтические отношения и умело использовать разнообразный технический инструментарий, выбирая то, что лучше подходит конкретному человеку с конкретными проблемами. Теоретическая основа и сущность метода

Мультимодальная психотерапия представляет собой применение принципов и техник (основывающихся главным образом на данных социальной, когнитивной и экспериментальной психологии, а также на клиническом опыте) для уменьшения страданий людей и увеличения жизненной адаптивности. Задачи, решаемые данным направлением психотерапии, могут быть охарактеризованы как обучающие, а основное внимание уделяется внутриличностному функционированию и межличностным взаимодействиям в социальных и семейных системах. Для достижения устойчивых положительных изменений необходим широкий спектр навыков, позволяющих справляться с жизненными трудностями. Индивид должен обладать ощущаемой им самим эффективностью «Я». Тщательная оценка предполагает изучение BASIC I.D. клиента.

Мы – существа, которые движутся, чувствуют, ощущают, воображают, думают и общаются друг с другом. В основе своей мы – биохимические и нейрофизиологические единицы. Следовательно, полноценное лечение заключается в коррекции дезадаптивного и девиантного поведения, неприятных чувств, негативных ощущений, нежелательных фантазий, дисфункциональных убеждений и биохимического дисбаланса. Результаты лечения оказываются позитивными и долговременными, если при определении проблемы (постановке диагноза) принимается во внимание каждая из этих модальностей и уже на основании такого широкого диагноза осуществляется терапевтическое вмешательство (Лазарус, 1981). Для обозначения семи отдельных, но связанных друг с другом столпов, на которые опираются человеческий темперамент и личность, Лазарус ввел акроним BASIC I.D., где В (англ. behavior) – поведение, А (англ. affect) – эмоции, S (англ. sensation) – ощущения, I (англ. Imagery) – воображение, C (англ. Cognition) – мышление, I (англ. interpersonal relationships) межличностные отношения, D (англ. drugs/biology) – медикаменты/биология (Basic I.D. в США также обозначает удостоверение личности). При взаимодействии клиента с психотерапевтом всегда имеет место поведение (например, лежание на психоаналитической кушетке и свободное ассоциирование или активное участие в ролевой игре), эмоции (радость от

того, что тебя принимают не оценивая, или высвобождение подавленного гнева), ощущения (осознание телесного дискомфорта или же целенаправленное вызывание у себя приятных ощущений), воображение (промелькнувшее в памяти детское воспоминание или воспроизведение успокаивающих образов) и мысли (догадки, идеи и суждения, из которых состоят наши фундаментальные установки, ценности и убеждения). Все это происходит в контексте межличностных отношений. Кроме того, многим пациентам требуется еще и медикаментозная терапия (нейролептики, антидепрессанты или транквилизаторы).

Для того чтобы понять, каковы основные составляющие BASIC I.D., необходимо многое знать о человеке и о социальной среде, в которой он живет. Далее следует уделять пристальное внимание взаимодействию всех семи модальностей – тому, как определенное поведение влияет на эмоции, ощущения, воображение, мышление и значимые взаимоотношения и как они, в свою очередь, влияют на поведение. Это необходимо, чтобы достичь такого уровня точности предсказаний и контроля, при котором не останется места случайностям. В мультимодальной психотерапии исходят из того, что, чем большему количеству способов реагирования человек научится во время терапии, тем меньшей будет вероятность возникновения у него рецидивов.

Поскольку основное внимание уделяется обучению и формированию навыков совладания с трудными жизненными ситуациями, выяснению символических значений или предполагаемых вытесненных комплексов отводится мало времени. Теория социального научения в ее наиболее полном и наиболее разработанном варианте (А. Бандура, 1986) составляет теоретическую базу, в основе которой лежат психологические исследования в нескольких областях. Предпочтение отдается техникам, хорошо зарекомендовавшим себя на практике (например, тренировке навыков социального поведения, методу «захлестывающей экспозиции», десенсибилизации, методам саморегуляции, когнитивного реструктурирования, методам релаксации), но эффективная психотерапия требует, кроме того, запаса клинической мудрости.

Мультимодальная психотерапия – это и искусство, и наука. Психотерапевты данного направления постоянно ведут поиск эмпирически обоснованных методов лечения. Техники и цели психотерапии существенно варьируют в разных случаях. Иногда необходима всего лишь поддержка и ободрение. В других случаях клиент нуждается и в устранении определенных дефицитов (и с ним, например, следует провести тренинг по развитию уверенности в себе). Иногда хорошим выбором становится сочетание гипноза с методом обратной связи. Суть в том, чтобы с помощью мультимодальной оценки определить, кто или что принесет данному индивиду наибольшую пользу. Лазарус убежден, что к клиентам, имеющим множество специфических проблем, должно применяться такое же количество специфических методов лечения.

Мультимодальный психотерапевт в каждом конкретном случае должен решать, какая психотерапия наиболее адекватна для его клиента – индивидуальная, супружеская, семейная, групповая или же определенное сочетание всех этих видов. Необходимо стремиться к тому, чтобы быть специалистом достаточно широкого профиля и овладеть разнообразным набором техник и приемов. В мультимодальной психотерапии исходят из того, что клиент получит больше пользы, работая с психотерапевтом, который достаточно хорош во многих областях, чем с психотерапевтом – высококласным специалистом в одной-двух областях.

В мультимодальной психотерапии чаще всего применяются техники, из арсенала когнитивно-бихевиоральной терапии, поскольку при многих нарушениях они оказываются весьма эффективными. Достаточно широко представлены технические приемы, которые заимствованы из других направлений психотерапии (гештальт-терапии, психодрамы, психотерапии реальностью, трансактного анализа и др.). При этом использующий их психотерапевт не обязательно должен принимать соответствующие теоретические концепции. Такой эклектический подход к выбору техник требует тщательной оценки поведенческих трудностей, испытываемых клиентом, его аффективного дистресса, сенсорного дискомфорта, негативных образов, когнитивных искажений, межличностных проблем и биологических нарушений. Таким образом, в центре внимания попеременно оказываются то индивид, то его социальное окружение. Первая задача, возникающая перед мультимодальным психотерапевтом, заключается в том, чтобы составить план действий, соответствующий целям клиента.

Он должен приводить стиль своей работы в соответствие с потребностями различных людей. Идеальная цель терапии заключается в том, чтобы обеспечить адекватные «совпадающие» реакции клиентов, минимум аффективного дистресса, способность к чувственному удовольствию и радости, позитивный образ «Я», рациональные убеждения, любящие и вознаграждающие межличностные отношения, а также следование привычкам здорового образа жизни (речь идет, например, о хорошем питании, физических упражнениях и отдыхе). Основная цель — переход клиента от неуверенности в себе к осознаваемой эффективности собственного «Я». Функционирование индивида, которое мы называем компетентным, требует не только определенных навыков и умений, индивид должен также верить в свою способность эффективно использовать их.

Все вышесказанное сводится к подчеркиванию необходимости конкретности, а именно — определения того, «какое и кем проводимое лечение и при каких обстоятельствах окажется наиболее эффективным для этого человека, с этой конкретной проблемой» (Н. Пол, 1967).

Практические аспекты применения метода

А. Лазарус (2001) утверждает, что краткосрочная мультимодальная терапия укладывается в рамки от 1 до 15 сеансов продолжительностью один час, которые могут проводиться с частотой от нескольких раз в неделю до нескольких раз в месяц. Короткий формат психотерапевтической помощи предполагает соблюдение нескольких важных принципов: 1) необходимо определить наличие существенных проблем в каждой из семи модальностей BASIC I.D.; 2) совместно с клиентом выбирают три или четыре основные проблемы, которые требуют особого внимания; 3) при необходимости проводится медицинское обследование и, если требуется, назначаются необходимые психотропные средства и другие лекарства; 4) по возможности применяются наиболее адекватные (эмпирически доказавшие свою эффективность) техники работы с особыми проблемами. На практике не всегда возникает необходимости обращаться к полному BASIC I.D. Когда основная проблема в одной из модальностей успешно решена, эффект кругов на воде (возникающих системных сдвигов) может уменьшить трудности в других модальностях.

. В краткосрочной мультимодальной психотерапии господствует принцип конкретности, который находит свое отражение в первичном интервью с клиентом (А. Лазарус, 2001).

Должны быть получены ответы на следующие вопросы:

Каковы жалобы клиента и в чем заключаются их основные последствия?

Что, по всей вероятности, предшествовало возникновению жалоб?

Кто или что подкрепляет неадаптивное поведение клиента?

Достаточно ли ясно, что клиент ожидает от терапии?

Каковы сильные стороны и положительные качества клиента?

Почему клиент обратился за помощью именно в данный момент?

Как выглядит клиент? Каковы его физические характеристики, особенности речи, осанка? Насколько он следит за собой?

Проявляются ли у клиента какие-либо психотические симптомы?

Наблюдается ли склонность к самообвинениям, к депрессии, суицидальным или преступным наклонностям?

Возможно ли установить взаимодовлетворяющие отношения между клиентом и терапевтом или же его следует направить к другому специалисту?

Предполагают ли личностные и поведенческие особенности клиента необходимость использования жестко определённого стиля общения (например, холодного или тёплого, формального или неформального, поддерживающего или конфронтационного)?

Существуют ли достаточные основания надеяться на успешное лечение?

Далее проводится оценка BASIC I.D. клиента, что предполагает получение ответов на ряд вопросов (А. Лазарус, 2001):

В (поведение): Что мешает человеку почувствовать себя счастливым и реализовать свой потенциал (неадаптивное поведение, саморазрушающие действия)? Что необходимо клиенту увеличить или уменьшить? Что ему следует прекратить делать, а что стоит начать делать?

А (эмоции): Какие эмоции (аффективные реакции) доминируют у клиента? С какими эмоциями мы имеем дело: с гневом, беспокойством, сниженным настроением или с их комбинациями, и в какой степени они выражены(например, раздражение в сравнении с яростью, печаль в сравнении с глубокой меланхолией)? Что, вероятнее всего, вызывает эти негативные эмоции – определённые мысли, представления, межличностные конфликты? Как человек реагирует(ведет себя), когда испытывает определённые эмоции? Важно найти взаимосвязь между процессами – как влияет поведение на эмоции человека и наоборот? Как это влияет на другие модальности?

S (ощущения): Есть ли особые сенсорные жалобы (например, напряжение, хронические боли, тремор)? Какие чувства, мысли и действия приводят к этим негативным ощущениям? О каких позитивных ощущениях (например, тактильных, обонятельных, вкусовых удовольствиях) сообщает человек? (Здесь же следует анализировать индивида как чувственное и сексуальное существо, поскольку усиление удовлетворения в половой жизни является распространенной терапевтической целью).

I (представления): какие фантазии и образы доминируют? Кокой «Я» образ сложился у человека? Существуют ли особые представления об успехе и неудаче? Есть ли негативные и навязчивые образы (например, воспоминания о травмирующих событиях)? Как эти представления связаны с особенностями мышления, поведения, эмоционального реагирования и т.д.?

С (когниции): Можем ли мы определить главные установки, ценности, убеждения, мысли индивида? Какие «должен», «обязан», «следует» доминируют у человека? Есть ли определенные дисфункциональные убеждения или иррациональные идеи? Можем ли мы обнаружить какие-либо неблагоприятные автоматические мысли, которые мешают нормальному функционированию?

I (межличностные отношения): Кто относится к значимым людям в жизни человека? Что он хочет, желает и получает от них? Что он, в свою очередь, дает им и делает для них? Какие отношения приносят ему особое удовольствие или причиняют боль?

D (лекарства/биология): Здоров ли человек физически и психически? Есть ли какие либо медицинские жалобы или проблемы? Какие особенности имеются у человека в отношении диеты, веса, сна, физических нагрузок, употребления алкоголя и наркотиков?

После проведения первичного интервью и оценки BASIC I.D. клиента имеет смысл выстроить модальный профиль, в котором перечислены основные жалобы в каждой из семи исследуемых областей, а также предполагаемое лечение. Ниже, в качестве примера приводится модальный профиль пациента, страдающего дистимией.

Модальный профиль при дистимических нарушениях

Модальность

Проблема

Предлагаемое лечение

В

Ухудшение выполнения служебных обязанностей, снижение активности

Определение субъективно приятной активности (до 20 моментов: теннис, карты, анекдоты, душ, секс, музыка, вкусный обед) и выполнение 2–3 из них ежедневно

А

Грусть, подавленность, тяжесть на сердце, периодическая тревога

Релаксация, самокорение

ресурсных состояний

S

Еда и секс доставляют мало удовольствия

Концентрация на наиболее приятных визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных и вкусовых стимулах

I

Представления одиночества и неудач, образы отрицания себя значимыми в его жизни людьми

Проекция во времени (представление себя в будущем наполненным позитивными эмоциями и приятными видами деятельности)

C

Отрицательная самооценка, чувство вины, преувеличение реальных или воображаемых недостатков

Устранение когнитивных ошибок (с этого начинают работать с дистимией)

I

Уменьшение социальных контактов

Тренинг социальных навыков, ролевое проигрывание

D

Периодическая бессонница

Увеличение физической нагрузки, прогулки перед сном

Считается, что клиенты, чей модальный профиль имеет свыше двух десятков взаимосвязанных проблем, вряд ли годятся для краткосрочной психотерапии, поскольку 15 сеансов могут и не принести им заметной пользы.

Мультимодальный формат позволяет использовать несколько отдельных методов, которые улучшают качество диагностики и терапии:

построение моста;

процедура отслеживания;

вторичная оценка BASIC I.D;

структурные профили.

Построение моста – техника, которая используется, когда клиенты не готовы говорить о своих чувствах, предлагая рационализацию или интеллектуализацию. Она состоит в том, чтобы войти в предпочитаемую клиентом модальность (например, когнитивную) и через несколько минут беседы спросить о другой (предположительно более нейтральной) модальности, допустим, ощущениях. Таким образом перекидывается мост от когниций к ощущениям. После короткого обсуждения сенсорных реакций можно попытаться перекинуть мост дальше, к эмоциям.

Отслеживание (А. Лазарус, 1981) – процедура, обычно применяемая в тех случаях, когда клиенты озадачены необъяснимыми эмоциональными реакциями (например, внезапными приступами паники). Клиента просят рассказать об одном из последних приступов паники, который возник у него без какой-либо видимой причины, чтобы выявить «порядок зажигания», т. е. последовательность событий непосредственно предшествовавших возникновению интенсивной, захлестывающей тревоги. Путем интроспекции и тщательного самонаблюдения пациент обнаружил следующее: «Это случается так: все вроде бы в порядке, и вдруг я начинаю думать о том, что плохого может произойти. Тогда я начинаю видеть каждое из ужасных событий, о которых думаю. Я замечаю, что мое сердцебиение учащается, у меня возникает ощущение сильного давления черепа, и вскоре после этого начинается настоящий приступ паники». Итак, у этого клиента возникновению дисфункциональной эмоциональной реакции — пароксизма тревожности — предшествует последовательность М–В–О (Мысль–Воображение–Ощущение). Последовательность событий выстраивается субъективно и произвольно, у некоторых клиентов она может меняться. Иногда у человека при возникновении тревожности имеет место одна последовательность, а при депрессии – другая. С клинической точки зрения процедура отслеживания важна потому, что она способствует увеличению точности выбора необходимых техник. Рекомендуются выбирать техники для работы в соответствии с порядком, в котором, по словам клиента, «включаются» разные модальности. При наличии последовательности Мысль–Воображение–Ощущение (М–В–О) в качестве первой стратегии можно применить когнитивный компонент тренинга самоинструктирования Д. Мейхенбаума (1977). В результате клиент научится говорить себе при появлении негативных мыслей: «Стоп! Я буду думать только о приятном. Со мной все в порядке. Я буду концентрироваться только на хороших, здоровых, успокаивающих мыслях». После этого надо будет

обратить внимание на следующий элемент последовательности – воображение. Здесь главное – вызывать образы того, как клиент справляется с проблемами, а также успокаивающие сцены и приятные воспоминания (А. Лазарус, 1984). После этого следует начать работу с ощущениями при помощи методов релаксации, биологической обратной связи и т. д.

Вторичная оценка BASIC I.D. проводится, если терапия зашла в тупик. Она подразумевает сосредоточение на трудноразрешимой проблеме и повторное исследование её во всех семи модальностях, что часто позволяет получить новую информацию и найти верный путь к достижению позитивных сдвигов.

Структурный профиль выявляет предпочитаемые модальности, позволяя провести количественную оценку по каждой из них. Даётся следующая инструкция: оцените себя в каждой из семи областей, используя оценки от 0 до 6 (6 – высокая степень проявления, то, что для вас характерно; 0 – означает, что это для вас абсолютно не свойственно).

Поведение. Насколько вы активны? Как много вы делаете? Вам нравится постоянно чем-то заниматься? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0.

Эмоции. Насколько вы эмоциональны? Склонны ли вы легко возбуждаться или волноваться? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Ощущения. Насколько вы сосредоточены на удовольствиях или страданиях, которые ощущаете? Насколько для вас важны телесные ощущения от пищи, секса, музыки? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Представления. У вас живое воображение? Вы часто уходите в фантазии или мечты? Вы думаете образами (картинками)? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Когниции. Насколько вы являетесь мыслителем? Нравится ли вам анализировать, планировать, искать причины? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Межличностные отношения. Насколько вы общительны? Насколько другие люди важны для вас? Насколько вы стремитесь к людям? Желаете ли вы близких отношений с другими? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Биологические факторы (здоровье, лекарства). Вы здоровы физически и душевно? Хорошо ли вы заботитесь о своём телесном здоровье? Избегаете ли вы переедания, частого употребления лекарств, чрезмерного употребления алкоголя и других веществ, которые могут быть опасными? Оценка: 6 5 4 3 2 1 0

Несмотря на произвольность и субъективность этих оценок, из них можно извлечь полезную информацию об образе мышления клиента, его индивидуальном стиле и эмоциональных потребностях. Баллы по структурному профилю также помогают выбрать наиболее подходящие для данного клиента техники (например, высокие оценки по представлениям и низкие по когнициям указывают на то, что такой человек будет лучше реагировать на техники визуализации, чем на работу в когнитивной модели).

Остановимся подробнее на некоторых техниках супружеской терапии, используемых в мультимодальном подходе.

Супружеская терапия – частый вид работы при возникновении проблем в сфере межличностных отношений. Отметим, что когда поведение одного из партнёров разрушает супружеские отношения, вначале часто необходима индивидуальная терапия и лишь потом – супружеская. Если пара с проблемами относительно стабильна и заинтересована в достижении гармоничных отношений, акцент в супружеской терапии делают на поощрение взаимного сотрудничества и использование позитивного коммуникативного стиля вместо конфронтационного. В работе с парами А. Лазарус рекомендует использовать разработанный им опросник супружеской удовлетворенности.

Опросник супружеской удовлетворенности (А. Лазарус, 1997)

ИМЯ:

ДАТА:

Инструкция

Неприятно Отчасти приятно Очень приятно
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

В первой графе после каждого пункта, пожалуйста, поставьте цифру, которая наиболее точно и правдиво отражает Ваши нынешние чувства относительно брака отношений

или супруга партнера. В следующей графе укажите, как по вашему мнению, ваш супруг(а) партнёр ответит на этот пункт, если бы он она заполнял(а) этот опросник. Работайте как можно быстрее, попытайтесь не тратить слишком много времени на каждый пункт.

Я: ОН(ОНА):

Доволен тем, сколько мы разговариваем друг с другом.

Доволен качеством нашего общения (например, оно приятно и конструктивно, а не безразлично или враждебно и т. д.).

Удовлетворен нашими сексуальными отношениями.

Удовлетворен тем, как мы тратим деньги и вообще обращаемся с деньгами.

Удовлетворен количеством времени, которое мы проводим вместе.

Счастлив нашей общественной жизнью и общими друзьями.

Удовлетворен тем, каким родителем является мой партнер (если у Вас нет детей, оцените свой уровень удовлетворения по поводу этого факта).

Полагаю, что мой супруг партнер в «моей команде».

Удовлетворен тем, как мы проводим свободное время вместе (например, склонности, спорт, загородные прогулки и т. д.).

В основном я согласен со взглядами моего супруга партнёра на жизнь (например, ценности, религия, убеждения и т. д.).

Доволен степенью теплоты, которую даю и получаю.

Могу доверять тому, что говорит и делает мой супруг партнёр.

Доволен тем, сколько мой партнёр курит, пьет и другими его ее привычками.

Удовлетворен моими отношениями с членами семьи моего супруга партнера (например, его или ее родителями 160, то показатель ниже 80 свидетельствует о значительной не, братьями, сестрами.

Доволен тем, как мой супруг партнер общается с членами моей семьи (то есть с моими родителями, братьями, сестрами и т. д.).

Доволен внешностью своего партнера.

Интерпретация

Общий балл имеет меньшее значение, чем баллы по отдельным пунктам. Поскольку общее количество оценок колеблется от 16 до 160, то показатель ниже 80 свидетельствует о значительной неудовлетворенности супружескими отношениями. Тем не менее, наиболее продуктивным является обсуждение отдельных баллов, уточнение, почему определенные пункты оценены на 9 или 10 баллов, тогда как другие оценены только на 3 или 4. Также имеет смысл проанализировать различия в оценках, поставленных за партнера.

Широко используются бихевиоральные техники супружеской терапии, которые при наличии в паре хотя бы минимальной установки на восстановление нарушенных взаимоотношений довольно быстро приводят к позитивным изменениям. Они построены на выполнении супругами определенных, заранее оговоренных взаимных обязательств. Достаточно простая, но весьма эффективная процедура -техника семи основных правил которая заключается в обсуждении с супругами каждого из следующих пунктов (А. Лазарус, 2000).

1. Никогда не критикуйте. Предлагайте конкретные изменения в поведении супруга.
2. Никогда не занимайтесь измышлениями (т. е. не говорите за другого человека, что он думает или чувствует).
3. Остерегайтесь говорить: «Ты всегда ...» или «Ты никогда ...». Говорите о конкретном случае.
4. Избегайте категорий правильно-неправильно, плохой-хороший. Когда возникают разногласия – ищите компромиссное решение.
5. Используйте сообщения «Я чувствую ...» вместо сообщений «Ты ...». Например, скажите: «Я чувствую обиду когда ты меня игнорируешь!», но не говорите: «Ты эгоист и совсем меня не замечаешь».
6. Будьте откровенны и честны. Говорите, что думаете, и думайте, что говорите.
7. Я в порядке, ты в порядке. Я имею значение, ты имеешь значение.

Затем супругам дают копии этих правил с тем, чтобы они регулярно в них заглядывали и строили свои отношения, руководствуясь ими.

Одна из самых серьезных причин, связанных с коммуникативными проблемами в браке, состоит в том, что в настоящее время пары имеют слишком мало времени для общения, хотя у них возникает множество важных и интимных вопросов, требующих совместного обсуждения. На сегодняшний день к наиболее интимным и эмоционально связывающим типам бесед, происходящих с любой частотой, относят дебрифинг. В ходе такой беседы каждый партнер рассказывает о том, что произошло за день. Было установлено, что партнеры, которые имели обыкновение вести друг с другом подобные беседы, имели более высокую удовлетворенность браком (Т. Вангелисти, К. Бански, 1993). Поэтому одним из эффективных приемов изменения характера общения между супругами является предложение выделить время на то, чтобы вспомнить и обсудить друг с другом испытания, неудачи и радости, которые были в течение дня. Проведение дебрифингов является одним из самых простых путей для того, чтобы супруги могли каждый день подтверждать, друг другу, что они обеспокоены и заинтересованы тем, что происходит в жизни каждого из них. Общение в подобной форме служит прекрасным переходом от роли работника и коллеги к роли любовника и друга.

Продолжительность дебрифинга в зависимости от ситуации может варьироваться от 1–2 минут до одного часа и более, но чаще такой разговор занимает от 15 до 30 минут.

Дж. Готтман (1994) на основе обширного исследования супружеских пар обнаружил так называемое магическое соотношение 5:1. Он выявил, что пока во взаимоотношениях мужа и жены в пять раз больше положительных чувств и взаимодействий чем негативных, брак, вероятно, будет стабильным. Таким образом, в идеале на каждый коварный взгляд или замечание должно приходиться пять улыбок, шуток, комплиментов, поглаживаний. Дж. Готтман пришел к выводу, что это соотношение оказывается верным для трех различных стилей коммуникации. На одном полюсе существуют «переменчивые пары», брак которых отличается прочностью и стабильностью, несмотря на то, что их стиль общения характеризуется очень высоким уровнем позитивного и негативного влияния. В таких парах супруги отпускают в адрес друг друга много критических замечаний, равно как и много комплиментов. Это очень экспрессивные пары, общение в которых проходит живо, громко, с открытым выражением чувств, юмором и любовью. В переменчивых парах супруги ценят свою индивидуальность, и им необходимо иметь своё собственное пространство, причем как физическое, так и психологическое. Иногда создается впечатление, что они буквально погрязли в конфликтах, но при этом не теряют ореола романтики и по-прежнему полны страсти. На другом полюсе находятся «неконтактные пары», браки которых также весьма стабильны, даже несмотря на то, что их стиль отношений характеризуется очень низкими уровнями позитивного и негативного влияния. В неконтактных парах представлены люди, которые при обсуждении конфликтных ситуаций всегда стараются найти что-то общее и минимизировать важность открытого выражения различий. Они считают, что время примирит их, и что проблемы имеют обыкновение разрешаться сами собой, и нет необходимости их обсуждать. Промежуточное место между ними занимают «валидаторы». Они выражают непосредственные уровни позитивного и негативного влияния. Многие их обсуждения характеризуются легким и спокойным взаимодействием, но при обсуждении важных вопросов может возникнуть конфликт. Обычная для них атмосфера – это совместная работа над решением общей проблемы. «Валидаторы» делают больший акцент на «мы», чем на индивидуальные цели. Они разделяют физическое и психологическое пространство, равно как и свои ежедневные обязанности. Работа Дж. Готтмана разрушает миф о том, что стабильные браки могут быть только у «валидаторов». Он показал, что переменчивые и неконтактные браки так же стабильны, если супругам удастся удерживать соотношение 5:1 (пропорция позитива и негатива). Этой информацией полезно поделиться с супружеской парой с последующим обсуждением реальной ситуации в их семье. Необходимо побуждать пару к действиям, направленным на достижение «магического соотношения». Сам Дж. Готтман для улучшения брака рекомендует использовать четыре важных стратегии.

Кратко они могут быть представлены следующим образом:

Успокоиться – это означает, что проблема не будет решена эффективно, когда человек расстроен.

Говорить не прибегая к защитам. Защитный стиль проявляется тем, что человек высказывает бесконечные претензии, цепляется к другому, злится на него и т. д.. Подтверждать ценность своего супруга, т. е. говорить, слушать и показывать партнеру, что вы понимаете его слова. Акцент делается на том, как человек реагирует на эмоциональное состояние своего партнёра. Это может выражаться в извинениях, комплиментах, признании его чувств и принятии на себя ответственности за то, что другого человека что-то беспокоит или расстраивает.

Постоянно обучаться – эта стратегия включает в себя регулярную работу по улучшению брака и попытки найти новые способы коммуникаций и оптимального взаимодействия, когда после каждой конфликтной ситуации партнёры стараются не прибегать к защитам и подтверждать ценность друг друга.

Итак, супружеские конфликты – во многом проблема несбалансированного или редкого подкрепления. Когда супруги посылают друг другу очень мало положительных сигналов и пытаются манипулировать друг другом с помощью отрицательных приемов взаимодействия, их отношения будут совершенно неудовлетворительными. Причем большинство таких пар склонны обвинять друг друга в сложившейся ситуации, демонстрируя свою беспомощность в достижении какого-либо прогресса во взаимоотношениях. Поэтому целью использования бихевиоральных техник в супружеской терапии является изменение дисфункциональных поведенческих паттернов супругов, обучение их конструктивному сотрудничеству и практике позитивного поведения. В основе последнего лежат позитивные обмены, которые представляют собой активную деятельность, направленную на поддержку и принятие партнёрами друг друга, ведущую в конечном итоге к взаимному удовлетворению (Н. Джекобсон, Ж. Марголин, 1977).

Для повышения удовлетворенности браком широко применяют специальный поведенческий прием -двойственный договор. Договор представляет собой письменное соглашение между супругами, направленное на подкрепление положительного поведения. Основной упор в этом соглашении делается на укрепление положительного поведения (практику позитивных обменов), а не на устранение отрицательного. Такая расстановка акцентов связана с тем, что трудно заметить и подкрепить отсутствие каких-то поступков. Если супруги погрязли в рутине семейных отношений, мало и неэффективно взаимодействуют друг с другом, применяется один из вариантов «двойственного договора» - техника тройного увеличения (А. Лазарус, 2000). Каждого из супругов просят составить список из трех видов поведения, которые он или она хотели бы, чтобы их партнер делал чаще. При этом им объясняют, что просьба изменений в позитивных терминах (увеличения, а не снижения) - более конструктивна. Вместо фразы: «Я бы хотел, чтобы ты прекратила грызть свои ногти, потому что твои руки выглядят просто отвратительно» лучше сказать: «Я бы очень хотел, чтобы ты отрастила ногти, так твои руки будут выглядеть более красивыми». Составляя свои списки, большинство людей выражает свои пожелания слишком обобщенно: «Я бы хотела, чтобы он стал внимательнее и заботливее». Супругам предлагают заменять такие неопределенные предложения на более конкретные. Затем обсуждается каждый пункт, чтобы выяснить насколько он приемлем для другого партнера. Если нет - пункт изменяется. Когда супруги соглашались с обоснованностью каждой просьбы, фокус перемещается на их практическую реализацию. Уточняется как часто готовы он и она идти навстречу пожеланиям друг друга. После завершения переговоров каждый из партнеров расписывается в своем листе обещаний, обязуясь скурпулезно выполнять пункты договора. Основное достоинство этого метода состоит в том, что он учит шести важным видам поведения, которые входят в супружеский сценарий, повышая общий уровень удовлетворенности браком.

Лучшему пониманию потребностей и желаний друг друга в супружестве способствует техника прояснения взаимных ожиданий, также построенная на бихевиоральных принципах «двойственного договора» (С. Уолен и др., 1997). Супругам предлагают подумать о том, каких изменений в отношениях они бы хотели, а затем составить собственные списки ожиданий и предложений. Каждый из них делит лист бумаги на две части: справа указываются свои ожидания от партнёра, а слева - то, что ему можно предложить взамен. В ходе выполнения этой техники психотерапевт выступает как регулятор ситуации. Иногда, перебивая партнеров, он может вскрывать их

манипуляции, стимулируя пару к ясному и прямому изложению взаимных ожиданий. Достигнутая договоренность фиксируется на бумаге, причем вначале каждый из супругов пишет свой текст, а затем они обмениваются проектами супружеского соглашения. После обсуждения и уточнения некоторых пунктов взятых на себя обязательств супруги составляют совместное соглашение, которое остается у психотерапевта. Если заключенный контракт выполняется, у супругов, измотанных взаимными упреками и обидами, появляется реальный шанс изменить свое поведение, начать делать пусть маленькие, но конкретные шаги навстречу друг другу. Если обязательства не выполняются, это подлежит совместному обсуждению с парой во время очередной психотерапевтической сессии. Психотерапевт выясняет возможные причины несоблюдения контракта, в него вносятся уточнения, после чего супругам предлагают прийти к новому, более конструктивному соглашению.

В мультимодальной терапии широко используются различные техники работы с воображением. Рассмотрим некоторые из них.

Пошаговая техника. К А. Лазарусу обратилась женщина, которая получила повышение по службе, но вместо радости это событие вызвало у нее необъяснимую мучительную тревогу. Лазарус сказал ей: «Расслабьтесь и представьте, что Вы уже работаете в новом отделе. Вы на новом рабочем месте. Что Вы видите?» Однако ни один из образов не вызвал у неё дискомфорта. Тогда ей было предложено представить, что она дальше продвигается по службе и становится вице-президентом компании. В этот момент у женщины возникла сильная тревога и после некоторой паузы она сказала: «Теперь я начинаю понимать! У меня есть планы на ближайшие 5 лет, и мысль, что моя теперешняя работа меня затянет, очень пугает. Вдруг я соблазнусь большими деньгами и престижем и буду постоянно заниматься чем-то ужасно скучным». Итак, пошаговая техника может помочь понять суть проблемы, но ее можно использовать и для коррекции тревожности. Например, А. Лазарус консультировал студента, который очень боялся провалиться на экзамене. Он спросил студента: «Что произойдет, если Вы действительно провалитесь?» Студент составил целый список возможных несчастий. Лазарус предложил ему представить последствия провала на экзамене в преувеличенном виде (не просто огорчил родителей, а они отказались от него, кроме того, от него отвернулись все друзья, его выгнали из института и т. п.). После этого на вопрос: «И что Вы тогда будете делать?» – последовал ответ: «Уеду и начну все сначала!» Студенту стало ясно, что даже при таком невероятном стечении обстоятельств, жизнь не закончилась бы на этом. Он представил реальные перспективы, и беспокойство снизилось.

Негативное образное подкрепление (скрытое негативное подкрепление Д. Котелы). Используются негативные образы, например, требуют, чтобы алкоголик очень ярко представлял себе ощущение непереносимой тошноты после приема алкоголя, которая перерастает в жуткую рвоту, когда его буквально выворачивает наизнанку.

Образ отсутствия реакции. Например, студента, который боится заикаться при выступлении, просят представить ситуацию, когда, выступая перед аудиторией, он говорит настолько плохо, что заикается на каждом слове. При этом он должен представлять, что студенты и преподаватель совершенно не реагируют на его проблемы с речью. Несколько дней такой практики приводят к снижению страха перед публичными выступлениями.

На наш взгляд, мультимодальная психотерапия представляет особый практический интерес еще и потому, что кроме использования рекомендуемых автором метода стратегий и техник, в нее легко встраиваются и другие технические приемы, которые подчинены главной задаче – коррекции всех основных проблем, относящихся к каждой из семи модальностей.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с. Показания к использованию метода и его эффективность

Положительный опыт отмечен при лечении депрессивных состояний, сексуальных дисфункций, фобий, психосоматических расстройств, нарушений поведения у детей. Мультимодальная психотерапия противопоказана в тех случаях, когда интенсивное обследование и лечение приводит к перегрузке пациента, а также там, где требуется узкоспециализированное воздействие.

В своем обзоре А. Лазарус (1992) отмечает, что клиническая полезность мультимодальной терапии была проанализирована и подтверждена в нескольких диссертациях и ряде научных статей. Он сам провел целый ряд итоговых исследований и контрольных расспросов пациентов, продемонстрировавших весьма высокую ее эффективность. Однако к 2004 году все еще не было опубликовано никаких проконтролированных сравнительных исследований эффективности данного метода психотерапии.

Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ)

Важно не то, что именно случилось с вами, а то, что вы делаете с этим.

Психотерапевт, преподаватель Института ДПДГ,

инвалид-колясочник Р. Мартинез

История возникновения и развития метода

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

В настоящее время Ф. Шапиро является директором-распорядителем Института ДПДГ в Пасифик Гроув в штате Калифорния. Институт отвечает за подготовку и сертификацию, клиницистов, использующих метод в своей практической деятельности. Менее чем за 20 лет Шапиро и ее коллеги подготовили в области ДПДГ свыше 25 тыс.

психотерапевтов из различных стран, что вывело метод, в число наиболее быстро распространяющихся по всему миру психотехнологий.

Теоретическая основа и сущность метода

В основе метода лежит модель ускоренной переработки информации, согласно которой у человека существует особый психофизиологический механизм, получивший название информационно-перерабатывающей системы, обеспечивающий поддержание психического равновесия (Ф. Шапиро, 1995). При активизации этой адаптивной системы происходит переработка любой информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами и проблемами выживания. Эти процессы в норме происходят у всех людей на стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глазных яблок (фаза БДГ – сна). Если по каким-то причинам информационно-перерабатывающая

система блокируется, переработки и нейтрализации травматического опыта не происходит. При этом негативная информация как бы «замораживается» и застывает на долгое время в занимаемой ею части нейронной сети в своей первоначальной (обусловленной травматическим переживанием) форме. Нейронные структуры, хранящие в неизменном виде дисфункциональный материал, изолируются от других участков коры головного мозга. Поэтому адаптивная (психотерапевтическая) информация не может связаться с застрявшей и обособившейся информацией о травматическом событии, а значит, не происходит нового научения. Под воздействием различных внешних и внутренних факторов, так или иначе напоминающих о травме, происходит рестимуляция (активизация) изолированной нейронной сети, что приводит к высвобождению хранящейся в ней информации: визуальных образов, звуков, физических ощущений, вкуса, запаха, аффекта и представлений и убеждений, связанных с травматическим событием. При этом субъект не только ярко представляет себе его картину, но заново переживает всю гамму отрицательных эмоций и дискомфортных физических ощущений. Таким образом, отсутствие адекватной переработки приводит к тому, что весь комплекс негативных переживаний, связанных с травмой, продолжает провоцироваться текущими событиями, что может проявляться в виде кошмарных сновидений, навязчивых мыслей, избегающего поведения, вегетативных нарушений и т. д.

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

При ДПДГ происходят быстрые изменения, что отличает метод от большинства других форм психотерапии. Ф. Шапиро (1995) объясняет это несколькими причинами: 1) при выборе цели воздействия негативные воспоминания объединяют в кластеры (ряд однотипных эпизодов) и переработке с помощью ДПДГ подвергается лишь один, наиболее типичный эпизод из каждого кластера, что обычно бывает достаточно для генерализации эффектов переработки и нейтрализации сразу всех сходных воспоминаний; 2) метод позволяет получить прямой доступ к дисфункциональному материалу, хранящемуся в памяти; 3) происходит активизация информационно-перерабатывающей системы мозга, которая преобразует информацию непосредственно на нейрофизиологическом уровне. Кстати, вне зависимости от теоретического подхода, используемого психотерапевтом, вполне обоснованно можно предположить, что любые психотерапевтические изменения в конечном счете основаны на нейрофизиологических изменениях информации, накопленной в мозге. Даже при долгосрочной психотерапии, например, психоанализе – инсайты возникают на протяжении кратких отрезков времени. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что инсайты происходят при соединении двух разделенных нейронных сетей (при восстановлении связи между изолированной нейросетью, в которой хранится травматический материал и другими нейронными структурами мозга). Ф. Шапиро (1995) откровенно признает, что модель ускоренной переработки информации представляет собой лишь рабочую гипотезу, которая помогает уяснить, как именно работает ДПДГ. Допускается, что в будущем эта модель может быть пересмотрена на основе клинических и лабораторных наблюдений. В результате многочисленных исследований ДПДГ в настоящее время установлено, что движения глаз являются лишь одной из форм билатеральной стимуляции и не являются неотъемлемой частью лечения. В связи с этим следует признать, что формулировка «движения глаз» в названии метода ДПДГ оказалась неудачной.

Практические аспекты применения метода

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

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

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

3. Определение негативного самопредставления, т. е. существующего в настоящий момент отрицательного убеждения, отражающего представление пациента о себе непосредственно связанное с психотравмой. Психотерапевт спрашивает: «Какие слова более всего соответствуют картине события и отражают Ваше теперешнее представление о себе в той ситуации?» Клиент высказывает свои мысли в настоящем времени с использованием местоимения Я. Например: «я не могу защитить себя; я не контролирую себя; я в опасности; я бессилен (беспомощен); я неудачник; я не могу доверять самому себе; я не заслуживаю любви» и т. п.

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

5. Определение выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта. Выраженность отрицательных эмоций определяют по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 баллов - полное спокойствие, а 10 баллов - крайняя степень тревоги, достигающая панического уровня (либо чрезвычайная

интенсивность любых других отрицательных эмоций). Беспокойство, как правило, связано у пациента с мышечным напряжением и неприятными ощущениями в различных участках тела, которые также следует выявить. Психотерапевт задает вопрос: «Какие чувства и физические ощущения вы испытываете, когда у Вас возникает воспоминание о травматическом событии и слова отрицательного самопредставления?».

6. Десенсибилизация и переработка. На этом этапе у пациента вызывают движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения глаз следует выполнять с максимально возможной скоростью, избегая при этом появления чувства дискомфорта. Ему предлагают следить глазами за двумя пальцами руки психотерапевта, которая ладонью обращена к пациенту и перемещается на расстоянии 30–35 см от его лица. Одна серия обычно состоит из 20–30 движений глаз (туда и обратно - одно движение). Движения глаз могут изменяться: горизонтальные, вертикальные, круговые, в виде восьмерки.

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

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

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

9. Завершение. Если в ходе сеанса ДПДГ дисфункциональный материал полностью не переработан, перед окончанием сеанса пациента возвращают в состояние

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

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

Стратегии, используемые при заблокированной переработке

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

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, с постепенным сдвигом их то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.
2. Сосредоточение пациента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (отбросив образ и представление), в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.
3. Стимулирование пациента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз. Если пациент высказал какие-то слова между сериями, то потом надо повторить их во время следующей серии (нескольких серий) пока не сможет произнести их уверенно и без страха. Например, воображаемому преступнику сказать: «Я разрублю тебя на куски!»
4. С началом очередной серии движений пациенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуются, не меняясь, дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.
5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Пациента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т. д. Можно предложить пациенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем (например, звук выстрела).
6. В сложных случаях применяется когнитивное взаимопереплетение. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у пациента. Стимулирование переработки рекомендуется в следующих случаях:
«Мертвая петля». После выполнения множества последовательных серий движений глаз у пациента продолжает сохраняться высокий уровень беспокойства с повторяющимися отрицательными мыслями, эмоциями и образами. Переработка остается заблокированной даже после того, как были использованы вышеописанные дополнительные приемы.

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

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

Временной фактор. Сеанс подходит к концу, а пациент все еще находится в состоянии сильного эмоционального дискомфорта.

Существует несколько вариантов когнитивного взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает пациенту новую информацию, которая позволяет повысить ему степень понимания драматических событий прошлого и собственной роли в них. Затем пациенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз. Например, в ответ на самообвинения пациентки, которая испытала сексуальное возбуждение в момент изнасилования, психотерапевту следует разъяснить рефлекторную природу сексуальных реакций и привести примеры возникновения полового возбуждения в моменты не самые приятные для человека.
- Если психотерапевт считает, что пациент уже располагает необходимой информацией, но игнорирует ее и неадекватно интерпретирует травматическую ситуацию, следует активизировать у него более адаптивный взгляд на произошедшее. Например, пациентка утверждает, что сама виновата в сексуальном насилии, случившемся в детском возрасте. На вопрос психотерапевта, в чем собственно состояла ее вина, она заявила: «Я спровоцировала это». Психотерапевт, демонстрируя свое замешательство, говорит: «Я в полном недоумении. Неужели Вы хотите сказать, что пятилетняя девочка может спровоцировать взрослого мужчину на попытку изнасилования?» Когда пациентка с некоторым сомнением в голосе отвечает: «Да, но понимаете...», психотерапевт предлагает ей просто подумать обо всем этом на фоне очередной серии движений глаз.
- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для пациента лицам. Так, в примере, приведенном выше, психотерапевт в ответ на уничижительные самообвинения пациентки мог бы отреагировать следующим образом: «Я в замешательстве. Вы хотите сказать, что если бы Ваш собственный ребенок подвергся сексуальному насилию, то в этом была бы его вина?» В ответ на обычно следующее бурное отрицание, психотерапевт должен мягко сказать: «Просто подумайте об этом», а затем провести серию движений глаз. Другой пример: один из ветеранов войны продолжал винить себя за то, что, когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил пациента: «Если бы это был Ваш шестнадцатилетний сын, что бы вы велели ему сделать?» – «Пригнуться!» – ответил ветеран. Психотерапевт предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины снизилось и переработка была успешно завершена.
- Представление возможной положительной альтернативы проблеме часто приводит к прорыву пациента через страх и беспокойство (особенно обусловленные вторичной выгодой имеющейся у него невротической симптоматики). Например, если пациент не способен выразить реальные чувства по отношению к некому авторитетному для него человеку, психотерапевт может сказать: «Давайте представим, что произойдет, если Вы сможете сказать ему все, что думаете». Если ответ пациента демонстрирует адекватное отношение, психотерапевт может сказать: «А теперь представьте, что Вы действительно сказали это», а затем провести серию движений глаз.
- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме пациента. С помощью метафорических сообщений проводят параллели с реальной ситуацией пациента, даются скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движений глаз, так и вне ее, с последующим предложением пациенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей серии.
- Сократовский диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому

умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз.

При торможении переработки на низком уровне беспокойства могут быть использованы дополнительные стимулирующие стратегии. Например, добавляют выражения типа: «Достаточно!», которые предлагают произносить пациенту про себя во время очередной серии движений глаз, либо вводят туда положительное самопредставление (как вариант на фоне слабо выраженного, но упорно сохраняющегося беспокойства, можно использовать какое-то промежуточное, более нейтральное самопредставление). Когда переработка первоначального предмета воздействия тормозится на стадии десенсибилизации (уровень беспокойства не снижается до нуля по ШСБ) или на стадии инсталляции (длительно не достигает семи баллов по ШСП), необходимо выяснить, нет ли у пациента каких-либо дополнительных отрицательных убеждений, блокирующих переработку. В подобных случаях нередко удастся идентифицировать у него иное отрицательное представление («блокирующее убеждение»), которое может быть избрано предметом воздействия.

Переработка травматического материала может быть также блокирована по причине страха пациента перед последствиями самой переработки. Помимо высказываний самого пациента, по ходу сеанса у него можно обнаружить ряд проявлений страха перед изменениями: 1) постоянное напряжение и беспокойство, сохраняющееся вне зависимости от степени переработки травматического материала; 2) частые остановки во время движений глаз; 3) трудности в выполнении самих движений глаз; 4) нежелание активно участвовать в сеансе, даже если предшествующий опыт ДПДГ-психотерапии был положительным. Если не были проработаны возможные аспекты «вторичной выгоды» имеющихся невротических симптомов, пациент будет опасаться изменений в собственной жизни, связанных с успешным завершением терапии. Все это предполагает выяснение адаптивной функции невротических проявлений и обсуждение с пациентом их более адекватной и здоровой альтернативы.

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

мимо, и пассажиры находятся в полной безопасности. В другой полезной метафоре ДПДГ сравнивается с поездкой на машине через черный тоннель. Чтобы проехать через темный тоннель быстро, следует прибавить газа. В ДПДГ такой педалью газа являются движения глаз либо другие формы стимуляции, ускоряющие переработку информации. Если убрать ногу с педали газа, машина замедлит движение и ей потребуется больше времени, чтобы проехать через тоннель. Поэтому, чтобы пройти через состояние дискомфорта, пациент должен продолжать движения глаз как можно дольше. Важно предупредить пациента, что даже если он заплачет, необходимо постараться держать глаза открытыми и продолжить выполнять серии движений, чтобы не прерывать процесс. Если это невозможно следует использовать альтернативные формы стимуляции. Серии продолжают до полной нейтрализации травматического воспоминания и связанных с ним переживаний. На фоне отреагирования количество движений глаз в ходе одной серии может быть увеличено в 2–4 раза (с 20–30 до 45–90). Иногда удается добиться снижения наиболее сильного эмоционального и телесного дискомфорта уже в ходе одной-двух таких удлинённых серий, завершив отреагирование в течение нескольких минут. Далее десенсибилизация проводится в обычном режиме.

Три этапа стандартного протокола ДПДГ

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

1. Работа над прошлым. Первый этап связан с вопросом: «Какие события прошлого явились основой для тревожного расстройства?». Само лечение представляет собой переработку травматических воспоминаний, являющихся причиной нынешних симптомов пациента. Поэтому уже во время первого сеанса, посвященного анализу истории болезни, психотерапевту необходимо выявить у пациента до десяти наиболее беспокоящих воспоминаний. Они должны быть переработаны в первую очередь (с учетом возможной вторичной выгоды имеющегося расстройства). При переработке воспоминаний с наиболее высоким уровнем беспокойства, как правило, возникает эффект генерализации, поэтому работа с другими воспоминаниями связана с меньшими трудностями. Повторяющиеся психотравмирующие события разделяют на кластеры — группы родственных событий. Например, при паническом расстройстве такими кластерами могут быть пароксизмы тревоги, возникающие: 1) в наземном общественном транспорте, 2) в переполненных людьми магазинах; 3) в метро; 4) в лифте; 5) на рынке и т. д. В каждом кластере избирается по одному наиболее характерному событию, которое и подвергается переработке. Это способствует быстрому проявлению эффекта генерализации и снижению уровня тревоги, связанной со всеми другими сходными воспоминаниями. По мере переработки конкретного психотравмирующего эпизода у пациента могут всплывать дополнительные воспоминания, так или иначе с ним связанные. Основное правило состоит в том, что весь отрицательный материал, ассоциативно связанный с отдельным травматическим событием, избранным предметом воздействия на данном сеансе, должен быть переработан прежде, чем психотерапевт перейдет к другим целям. Когда повторное обращение к событиям, первоначально идентифицированным как наиболее беспокоящие, указывает на то, что они подверглись переработке, и произошла их переоценка с исчезновением чувства тревоги, психотерапевту необходимо обратиться к стимулам, связанным с настоящим.

2. Работа с настоящим. Вторая стадия протокола ДПДГ сосредоточена на вопросе: «Какие из существующих в настоящее время стимулов вызывают беспокойство?» На этом этапе предметом воздействия избираются нынешние жизненные обстоятельства пациента, провоцирующие у него тревожные реакции. Устранение наиболее дискомфортных симптомов (таких как приступы сильной тревоги, навязчивые мысли и тягостные воспоминания) позволяет психотерапевту адекватно оценить текущие жизненные обстоятельства пациента и его нынешние реакции на события прошлого. Общий принцип техники ДПДГ состоит в том, что страх и тревожность могут быть значительно снижены в результате переработки первоначального травматического

события, например первого в жизни пароксизма тревоги, а также наиболее типичных приступов паники. При этом будет уменьшаться беспокоящее воздействие этих воспоминаний на сегодняшнюю ситуацию. Чаще эти изменения происходят автоматически, но в некоторых случаях источники тревоги в настоящем могут сохраняться. Поэтому любые нынешние обстоятельства, которые продолжают вызывать у клиента сильную тревогу, должны быть переработаны. Если беспокойство, связанное с текущей ситуацией пациента, не уменьшается, психотерапевту следует изучить дополнительные воспоминания, которые возможно продолжают провоцировать тревогу. Важно подвергать проверке эффективность психотерапии, время от времени повторно избирая предметом воздействия любые нынешние ситуации для обнаружения неадекватно высокой тревожности и, при необходимости, проводить их переработку. Если пациент ведет дневник и делает записи между сеансами ДПДГ, этот материал может помочь психотерапевту выявить дополнительный материал для переработки и лучше увидеть, насколько новые паттерны реагирования клиента соответствуют его нынешней ситуации. Следует подчеркнуть, что ДПДГ не устраняет тревоги у пациента, которая адекватна возникшей неблагоприятной ситуации и побуждает его к соответствующим действиям. На работе или в личной жизни он вполне оказаться в ситуации действительно неприятной или неудачной. В этих случаях целесообразно дополнительно подключить различные формы семейной терапии, бихевиоральные техники или эриксоновскую гипнотерапию. Все это помогает принять неблагоприятные обстоятельства повседневной жизни, изменить которые человек не в силах. Ибо считается, что одним из важнейших аспектов душевного здоровья является способность индивида не фокусироваться на невзгодах, а просто принимать их как факт, ограниченный во времени. После идентификации и переработки психотравмирующих воспоминаний, а также всех нынешних беспокоящих обстоятельств, психотерапевту необходимо сосредоточиться на способности клиента принимать новые решения в будущем.

3. Работа с будущим. Третий этап стандартного протокола ДПДГ включает в себя создание в воображении пациента «образа достижения», в данном случае образа самого себя, свободного от сильной тревоги, способного реагировать на некоторые события иначе, испытывать глубокое спокойствие и чувство психического комфорта. Важно определить, сохраняются ли у клиента в будущем какие-либо беспокоящие проявления. Для этого он должен представить себе себя в недалеком будущем, как если бы это была видеозапись событий, которые ещё только произойдут. При этом нужно оценить любые проявления беспокойства, которые пациент, возможно, продолжает испытывать по отношению к отдельным ситуациям (езда в переполненном транспорте или пребывание в местах большого скопления людей) и определить необходимые и в данном случае формы психотерапевтического вмешательства. Необходимо создать и интегрировать воедино новое восприятие себя пациентом, охватывающее прошлое, настоящее и будущее. Лечение нельзя считать завершённым до тех пор, пока не произойдет принятие пациентом паттерна альтернативной поведенческой реакции, свободной от прежних беспокойства и страхов. Психотерапевт и пациент совместно определяют, как именно последний хотел бы в будущем чувствовать и действовать в ранее проблемных ситуациях. Введение положительных примеров включает в себя работу по визуализации. Пациент рисует в своём воображении ситуации в будущем, в которых он ведет себя адекватным образом и при этом чувствует себя спокойно и уверенно. Известно, что такое воображаемое достижение положительного результата действительно способствует реальным успехам. В ходе сеансов ДПДГ положительные примеры усваиваются лишь после того, как дисфункциональный материал действительно переработан. Поэтому создание в воображении и внедрение положительных примеров не следует предпринимать до тех пор, пока беспокоящие пациента ранние воспоминания и существующие в настоящее время негативные раздражители не будут успешно переработаны. После этого ему гораздо легче представить себе более адаптивное собственное поведение в будущем. Но прежде чем предлагать пациенту переносить все эти представления в реальную жизнь, должны быть проведены серии движений глаз для их закрепления и интеграции. Это третий и последний этап стандартного протокола ДПДГ, позволяет психотерапевту пронаблюдать ответные реакции пациента, помочь ему проработать возможные формы сопротивления или очевидные проблемы еще до того, как он

попытается действовать по-новому в реальном мире. Психотерапевт должен быть очень внимательным к любым проявлениям страха или сопротивления со стороны клиента во время инсталляции (внедрения) положительного примера его поведения в будущем. Завершающим шагом психотерапии должно быть формирование у пациента позитивной перспективы и обретение чувства собственной эффективности (в том числе способности действительно контролировать тревогу) и благополучия. Для этого обычно требуется от 8 до 15 сеансов ДПДГ-психотерапии.

Нами также используется оригинальная аппаратная модификация метода ДПДГ, где серии движений глаз пациента вызываются при помощи аппарата визуальной цветоимпульсной стимуляции «АСИР». Для этого пациенту надевают специальные очки со светофильтрами, цвета которых по возможности подбирают с учетом предпочтений индивида. (К аппарату прилагается набор из 24 светофильтров различных оттенков). Обычно, десенсибилизация и переработка негативного материала проводится с использованием успокаивающих цветов (голубого, зеленого), для работы с ресурсами и присоединения к будущему используется импульсное воздействие активизирующих цветов (оранжевого, красного). Диапазон периодов повторения световых импульсов - 1–1,5 секунды. Пациенту предлагают, удерживая дискомфортное воспоминание, одновременно следить за попеременно вспыхивающими то в правом, то в левом окуляре огоньками. При этом его глазные яблоки совершают быстрые горизонтальные движения, обеспечивающие переработку негативного материала. После выполнения всех необходимых этапов процедуры ДПДГ можно установить седатирующие светофильтры (синий, темно-зеленый), а цветоимпульсная стимуляция в течение 5-7 минут проводится в режиме поочередного постепенного увеличения и уменьшения яркости светового потока с длительностью световых импульсов от 4 до 6 секунд и паузами между ними около 1 секунды. Заключительный этап визуальной цветостимуляции (особенно при использовании дополнительных суггестий), обеспечивает снятие эмоционального напряжения и мышечную релаксацию даже в тех случаях, когда наиболее травмирующие переживания пациента не были до конца переработаны в ходе текущего сеанса.

Особенности применения ДПДГ у детей

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

Перед началом переработки дисфункционального материала необходимо создать у ребенка образ безопасного места. Для этого ему предлагают припомнить какую-то ситуацию, где ему было очень хорошо и спокойно. На фоне погружения в приятное воспоминание проводится несколько серий движений глаз, которые усиливают и закрепляют это ресурсное воспоминание (при этом ребенок должен почувствовать себя лучше). Потом, в случае возникновения у ребенка на стадии десенсибилизации сильного эмоционального и телесного дискомфорта, ему можно предложить сделать паузу и приостановить работу с травматическим материалом, чтобы на время целиком уйти в это комфортное безопасное место. При работе с маленькими детьми психотерапевт сталкивается с трудностями удержания внимания ребенка на протяжении сеанса. В связи с этим его средняя длительность у детей не превышает 45

минут, на протяжении которых движения глаз могут перемигиваться с играми или другими видами деятельности. Дети обычно реагируют на ДПДГ очень быстро, поэтому такой продолжительности бывает вполне достаточно для достижения позитивного эффекта.

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

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

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

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

У детей школьного возраста лучше использовать их собственные представления, даже если они сформулированы не лучшим образом. Психотерапевт предлагает ребенку представить сцену негативного события и ответить на вопрос: «Что ты думаешь об этом?». Ребенок может ответить: «Учитель ненавидит меня». Можно предложить ребенку удерживать в уме образ злого учителя и провести несколько серий движений глаз. После чего ребенка спрашивают: «Какие мысли у тебя появились сейчас?» При этом у ребенка может спонтанно произойти переход от отрицательного представления типа «Я все время отвлекаюсь» к положительному: «Я могу хорошо вести себя в школе».

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

Протоколы для терапии

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

Отдельное травматическое событие.

Процедура ДПДГ применяется к следующим предметам воздействия:

1. Воспоминания или образы действительно происходившего травматического события. Сцена, возникающая в навязчивых воспоминаниях (она может отличаться от образа, представляющего все травматическое событие).

Образ сновидения или наиболее травматическая сцена повторяющегося ночного кошмара.

Нынешние раздражители, вызывающие беспокоящие воспоминания или реакции (например, звук завожачей машины или особого рода прикосновения).

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

Изложение пациентом последовательной истории травматического события.
Избрание (при необходимости) предметом воздействия наиболее беспокоящих аспектов воспоминания.

Переработка остальных моментов травматического события в хронологическом порядке.

Визуализация клиентом (с закрытыми глазами) всей последовательности событий и их переработка по мере возникновения беспокойства. Процедура повторяется до тех пор, пока клиент не сможет визуализировать всю последовательность событий, оставаясь в спокойном состоянии.

Визуализация клиентом всего события с открытыми глазами и инсталляция положительного самопредставления.

Завершение процедуры и проведение сканирования тела.

Переработка (при необходимости) существующих в настоящее время раздражителей, ассоциативно связанных с травматическим событием.

Протокол для фобий

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

Воспоминание о моменте, когда страх был испытан в первый раз.

Воспоминание о наиболее выраженном переживании страха.

Самые недавние события, когда отмечались подобные переживания.

Любые дополнительные события, ассоциативно связанные с фобией.

Любые связанные с фобией нынешние раздражители.

Физические ощущения или другие проявления страха, например, учащение дыхания, сердцебиение.

Инкорпорирование положительного примера для будущего, свободного от чувства страха.

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

Воспроизведение в уме всей последовательности события, вызывающего страх и переработка тех моментов, где этот страх возникает.

Переработка новых целей воздействия, если таковые проявились между сеансами.

Протокол для случаев острого горя

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

Переработка проводится в следующем порядке:

Воспоминание о действительных событиях, в том числе страданиях или смерти любимого человека.

Навязчивые образы.

Навязчивые кошмары.

Нынешние факторы, вызывающие беспокойство и усиление горечи утраты.

Проблемы личной ответственности в связи со смертью близкого человека и возможный страх перед собственной кончиной.

Временные ограничения для использования ДПДГ при утрате не установлены.

Тревожное ожидание сексуальной неудачи и коитофобия

Последовательной переработке подвергаются:

Наиболее запомнившиеся сексуальные неудачи.

Воспоминания о негативной оценке партнёршей сексуальных качеств мужчины.

Навязчивые мысли о собственной сексуальной неполноценности.

Любые события, ведущие к появлению страха перед близостью.

Неадекватные представления о половой жизни (с использованием когнитивного взаимопереплетения).

Супружеская неверность

При переработке последствий супружеской измены объектом избирается наиболее явная причина психического дискомфорта (реальная или воображаемая сцена измены), а также навязчивые мысли, чувства (гнев, самоунижение), испытываемые обманутым

партнёром. Это не только улучшает существующую ситуацию, но при решении расторгнуть брак, помогает предотвратить дисфункциональные проявления в будущих партнёрских отношениях. Если в конфликте супругов участвуют дети, их отрицательные чувства по поводу развода (чувство вины и боязнь быть покинутыми) также должны быть переработаны.

Травмы сексуального насилия

Даже при полномасштабной симптоматике травмы сексуального насилия только у половины клиентов есть визуальное воспоминание о травматическом опыте. Прежде всего, следует сосредоточиться на симптомах клиента, чтобы облегчить эмоциональную и физическую боль. Часто приходится работать с последствиями: приступами паники, затруднениями в интимных отношениях, нарушениями сна и т.д. Не всегда можно гарантировать полное избавление, но существенного улучшения можно достичь. Следует учитывать, что при переработке травмы сексуального насилия клиенты проходят через различные эмоциональные стадии процесса исцеления. Носящий диссоциативный характер травматический материал изменяется, что приводит вначале к появлению чувства вины и стыда, затем к ярости, гневу, печали и, наконец – к чувству принятия происшедшего и даже к способности забыть его как страшный сон (печаль может возникать как до появления чувства гнева, так и после него) и обретению внутреннего покоя. Когда клиент испытывает чувство ярости, он может переживать образы и мысли связанные с тем, как он побеждает своего насильника. После того как чувство ярости переработано, оно может принять форму менее разрушительного чувства гнева, и этот справедливый гнев по отношению к насильнику вполне может быть завершающей стадией психотерапии. В ряде случаев стадия гнева может перерасти в принятие произошедшего, и даже прощение, хотя это не означает, что клиент забудет о поведении насильника или смирится с ним. Следует подчеркнуть, что чувство прощения не может возникнуть принудительно, путем навязывания извне, если клиент внутренне не готов к этому.

Протокол для случаев соматических нарушений

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

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

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

предлагают больному представить, что его белые кровяные тельца – это рыбы. Вначале он должен увидеть на экране, как рыбы подплывают к сероватым раковым клеткам и их поедают. Потом ему необходимо представить себя одной из рыб, которая ведет остальных в атаку на рак. Пациенту предлагают почувствовать себя рыбой, поедающей раковые клетки, уничтожающей их, подчищающей все, что после них осталось. Это может быть образ артиллерии, обстреливающей раковые клетки, либо образ электрического тока, пронизывающего все тело и уничтожающего на своем пути раковые клетки и т. п. При работе в модели ДПДГ пациенту вначале предлагают создать положительное самопредставление, например: «Моя иммунная система исцеляет меня». Затем предлагают одновременно удерживать в сознании эту фразу и избранный образ, проводя последовательные серии движений глаз. Домашнее задание может заключаться в повторных визуализациях (на фоне серий движений глаз) исцеляющего образа, который усиливают, например, фразой, произносимой при мочеиспускании: «Я вывожу из себя все, что отравляет мой организм». При работе с онкобольными ДПДГ-психотерапию можно считать завершенной, когда пациент сможет представить себя здоровым и полностью излечившимся от рака, а при сканировании тела будут отсутствовать какие-либо неприятные ощущения. Следует понимать, что хотя использование ДПДГ позволяет мобилизовать силы организма на борьбу с тяжелой болезнью, психотерапия не может гарантировать успех во всех случаях. Однако без подобных попыток еще труднее достичь положительного результата. Таким образом, методология ДПДГ предоставляет возможности для работы с достаточно широким кругом психических и поведенческих проблем, а также соматических заболеваний.

Показания к использованию метода и его эффективность

Показания к применению метода:

- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у ветеранов локальных войн и гражданских лиц (включая травмы сексуального насилия, последствия нападений, аварий, пожаров, техногенных катастроф и стихийных бедствий);
- обсессивно-компульсивное расстройство; паническое расстройство; психогенные сексуальные дисфункции;
- диссоциативные расстройства (при наличии у психотерапевта специальных навыков);
- зависимость от психоактивных веществ (данные о терапевтических результатах весьма противоречивы);
- хронические соматические заболевания и связанные с ними психологические травмы; случаи острого горя (синдром утраты);
- любые невротические и психосоматические расстройства, в анамнезе которых выявлена психотравма, которая предположительно имеет связь с текущей патологией (этот травматический эпизод подвергается переработке); - супружеские и производственные конфликты;
- проблемы, связанные с повышенной тревожностью, неуверенностью в себе, низкой самооценкой и др.;

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

С момента создания метод подвергался ожесточенной критике со стороны конкурирующих психотерапевтических школ. Причиной нападок послужили публикации Ф.Шапиро, в которых она, опираясь на результаты не проконтролированных исследований, провозгласила ДПДГ новым, высокоэффективным методом психотерапии. Она утверждала, что психотерапевты, прошедшие обучение под руководством опытного в технике ДПДГ специалиста, при правильной подготовке клиентов могут надеяться на достижение явно выраженного положительного результата в 80–90 % случаев. В настоящее время исследования, посвященных терапевтическим эффектам ДПДГ, превышает таковое в отношении любого другого нового метода психотерапии. Ф. Шапиро (2002), провела обзор результатов 13 проконтролированных исследований лечения психических травм с помощью ДПДГ, в которых участвовали 300 пациентов. Она выявила, что результаты применения метода достоверно превосходят отсутствие лечения и что его позитивные эффекты не уступают таковым при

использовании других психотерапевтических методов, с которыми проводилось сравнение. Во всех, за исключением одного из последних исследований ДПДГ-психотерапии с гражданскими лицами, было зарегистрировано, что от 77 до 100 % жертв однократных травм уже не соответствуют диагностическим критериям посттравматического стрессового расстройства после трех 90-минутных сеансов. Более сдержанные выводы делают В. Эттен и Ф. Тейлор (1998), которые провели метанализ по данным 61 итогового исследования лечения ПТСР. По показателю прерывания лечения при использовании психологических методов, случаи прерывания терапии имели место реже, чем при использовании лекарственных средств (14% против 32%). По показателю ослабления симптомов различные формы психотерапии оказались более эффективными, чем фармакотерапия, причём результаты обоих видов лечения превосходили таковые в контрольной группе. При сравнении различных форм психотерапии ДПДГ и экспозиционная терапия (в основе последней лежит воображаемая или реальная конфронтация со страхами), оказались наиболее эффективными, причем в равной степени. Тем не менее при использовании ДПДГ лечебный эффект достигался за меньшее количество сессий, чем при использовании методов поведенческой (экспозиционной) терапии. Несмотря на различные оценки эффективности метода, вполне очевидно, что ДПДГ имеет хорошие перспективы, и всё большее число клиницистов будет обучаться этой психотерапевтической модели. Доказана – и с этим неохотно соглашаются даже критики метода – его эффективность при устранении симптомов ПТСР и нейтрализации травматических переживаний. Поэтому ДПДГ широко распространилось по всему миру, как способ оказания психологической помощи жертвам военных конфликтов и террористических актов (на Балканах, в Северной Ирландии, Ираке, при взрыве Всемирного торгового центра в Нью-Йорке), стихийных бедствий (землетрясение в Сан-Франциско, наводнение в Новом Орлеане, ураганы во Флориде), техногенных катастроф, аварий на транспорте и т.д. Дальнейшие исследования позволят сделать, не вызывающие сомнений выводы, насколько эффективна ДПДГ-психотерапия при лечении других расстройств, помимо посттравматического стресса.

Вместо заключения

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

Сведения об авторе

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

Проводит обучающие семинары по краткосрочной стратегической психотерапии, психотерапии с помощью движений глаз (ДПДГ), психотерапии сексуальных дисфункций и супружеских дисгармоний в Институте психотерапии и клинической психологии (Москва). Ведет длительные обучающие программы по эриксоновской психотерапии и эриксоновскому гипнозу. Как практикующий специалист оказывает психотерапевтическую помощь пациентам с различными невротическими и психосоматическими расстройствами, сексуальными дисгармониями и дисфункциями. Автор двух, соавтор одной монографии и двух справочных руководств. Имеет свыше 90 печатных работ.

Рекомендуемая литература

Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб.: «Академический проект», 1997. – 335 с.

Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия – СПб.: Изд-во «Речь» 2000. – 220 с.

Бек А. и др. Когнитивная терапия депрессии: – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.

Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века – М.: Нез. фирма «Класс», 2003 – 272 с.

Болстад Р., Хэмблетт М. НЛП в психотерапии. Пер. с англ. – СПб «Питер», 2003. – 240с.

Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. – 144 с.

Гордеев М. Н. Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001 – 240 с.

Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия: Учеб. пособие. - 2-е изд., Мн.: Выш. шк., 1997. – 464 с.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 2002 – 364 с.

Кейд Б., О'Хэнлон В. Краткосрочная психотерапия. Методическое пособие для слушателей курса психотерапии. М., – 148 с.

О'Коннор Д., СейморД. Введение в нейролингвистическое программирование. Челябинск, 1997. – 256 с.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.

Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Акад. проект; Екатеринбург: Делов. книга, 2000. – 432 с.

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.

Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. – М.: Изд. Ин-та психотерапии, 2006. – 192 с.

Основные направления современной психотерапии / Ред. А. М. Боровиков – М.: Когито- Центр, 2000.– 379 с.

Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. – СПб.:прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е издание. – СПб, 2000.- 752 с.

Уолен С., Дигуссеп Р., Весслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. – М., Ин-т. Гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.

Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.

Хейли Д. О Милтоне Эриксона. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – 240 с.

Хейли Д. Что такое психотерапия – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.

Холл М., Боденхамер Б. НЛП-практик: полный сертификационный курс. Высшая магия НЛП. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 272 с.

Холл М., Боденхамер Б. НЛП-мастер: полный сертификационный курс. Высшая магия НЛП. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 320 с.

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – 496 с.

Эриксон М. Стратегии психотерапии – СПб.: ЗАО ИТД «Летний сад», 1999. – 512 с.

Эриксон М. Мой голос останется с вами: обучающие истории Милтона Эриксона. – СПб.: Петербург-XXI век, 1995. – 256 с.