



БИБЛИОТЕКА ГИПНОЗА ПРОФЕССОРА ГОРДЕЕВА

ДЖЕФФРИ К. ЗЕЙГ

СЛИЯНИЕ

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ
И ТЕРАПИЯ



СЕРИЯ «БИБЛИОТЕКА ГИПНОЗА ПРОФЕССОРА ГОРДЕЕВА»

Джеффри К. Зейг

СЛИЯНИЕ

Эриксоновский гипноз
и терапия



«Психотерапия»

Москва

2013

ББК 88
УДК 159.9.072
3 47

CONFLUENCE:

The Selected Papers of
Jeffrey K. Zeig
VOLUME ONE

*Перевод с английского
под общей редакцией Галины Бутенко*

Научный редактор М.Н. Гордеев

Зейг, Джеффри К.

3 47 СЛИЯНИЕ: Эриксоновский гипноз и терапия. — М.: Психотерапия, 2013.- 368 с.

В книгу включены избранные статьи, написанные Джеффри К. Зейгом, учеником и последователем Милтона Эриксона, посвященные теории и практике эриксоновского гипноза и терапии. В ней описаны важнейшие принципы и методы эриксоновской терапии, получившие дальнейшее развитие и обогащенные Дж. Зейгом в процессе его эволюции как психотерапевта.

Написанные в виде очерков, главы книги изобилуют практическими примерами, раскрывающими секреты святая святых эриксоновского гипноза: процесса утилизации, предписания симптомов и уникальной, мало где так подробно описанной эриксоновской техники посева идей. Особое внимание уделяется эволюционному развитию и подготовке самого психотерапевта.

Книга предназначена как для специалистов — психотерапевтов и гипнотерапевтов, психологов-консультантов, ведущих различных тренингов, студентов и аспирантов, — так и для читателей, интересующихся психологией, психотерапией, современными методами гипноза и развития личности.

© Copyright 2006, Jeffrey K. Zeig

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced by any process whatsoever without the written permission of the copyright owner.

Copyright © 2012 The Psychotherapy, Ltd., Russian Edition, Butenko G.P., Gordeev M.N. (Eds.)

Все права зарезервированы. Никакая часть данной публикации не может быть воспроизведена любым образом без письменного разрешения владельцев. Русское издание осуществлено с разрешения Джеффри К. Зейга.

ISBN 978-5-906364-02-9

© Издательство «Психотерапия», 2012

©Джеффри К. Зейг, 2006

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

ЧАРОДЕИ - УЧЕНИК ЧАРОДЕЯ

Удивительная судьба Милтона Эриксона продолжается даже после его ухода. Его продолжением стали его ученики. И среди них первый — Джеффри Зейг, президент Фонда Милтона Эриксона, звезда мировой величины в гипнозе, талантливый исследователь и практик. В России широко известны его книги: «Семинар с Милтоном Эриксоном», «Испытание Эриксоном». Но в его новой книге, предлагаемой вашему вниманию, яркость его таланта проявляется с особенной силой. Эта книга — результат 30-летней работы в эриксоновском гипнозе, разработки сложных тем, которым, казалось, было суждено пребывать в конспектах, оставшихся после великого Мастера. Но к счастью, Джеффри Зейг не просто доносит это знание, но представляет его на потрясающем уровне разработанности и продуманности.

Удивительные по изяществу и точности позиции психотерапевта будут находкой не только для начинающих, но и для маститых специалистов. Мозаика в предьявлении себя — это не просто набор технических инструментов, это продолжение одного из основополагающих принципов эриксоновской терапии: дать клиенту выбор, в данном случае выбор образа терапевта, который является предпочтительным для клиента, и с которым клиент готов двинуться к исцелению, кому он будет доверять, общение с какой позицией терапевта будет наиболее успешным. Долгая дорога начинается с первого шага. Первый шаг терапевта — знакомство клиента с таким собой, какой будет наиболее подходить для целей успешной терапии.

Описание способов и приемов утилизации позволяет использовать эту идею обдуманно и прогнозировать результат, который будет получен. А какова инструкция по посеву идей! Я впервые встречаюсь с таким полным и подробным описанием этого основополагающего приема эриксоновской терапии, когда основная, ювелирно выполненная работа производится до привычного наведения транса и служит плодородной почвой для трансовых идей тогда, когда субъект и не предполагает воздействия и его сопротивление минимально.

Описывая стили работы Эриксона, автор открывает нам область, как сказал один из моих учеников, — «секретного знания». Это «кухня» гипноза, рассказ о том, как готовить свои «фантастические блюда». Вся книга пропитана впечатлением от этих обучающих эриксоновских «деликатесов». Например, как из недостатка сделать достоинство, а из проблемы — решение, используя смысл и энергию, законсервированные в проблеме, и как предписание симптома может способствовать его трансформации в решение.

Подробно и поэтапно описывая модель «бриллианта» эриксоновской терапии, Дж.Зейг предлагает нам гораздо большее — «бриллиант» своей книги. Мы ждем его в Москве с большим обучающим семинаром, но уже сейчас, читая его книгу, можем сказать: «Здравствуйте и добро пожаловать, доктор Зейг!»

*М.Н. Гордеев, профессор,
научный редактор*

CONFLUENCE

The Selected Papers of
Jeffrey K. Zeig

VOLUME ONE

**ПОСВЯЩАЕТСЯ
МОЕЙ ЛЮБИМОЙ
ЛИЛИАН**

ОГЛАВЛЕНИЕ

Благодарности	9
Введение.....	11

БЫТЬ ТЕРАПЕВТОМ

1	Уроки эриксоновского гипноза: изменение позы терапевта - от А до Z	15
2	Эмпирические подходы к развитию клинициста.....	39
3	Помнится, Эриксон.....	75
4	Искусство эриксоновской психотерапии: Интервью Джеффа Зейга Джозефу Данну.....	95

МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ УТИЛИЗАЦИИ

5	Достоинства наших недостатков: ключевая концепция эриксоновской терапии.....	107
6	Современные техники утилизации: мета модель вмешательства и использование последовательностей, ключевых слов и фигур речи.....	139

ГИПНОЗ

7	Эриксоновский феноменологический подход к терапевтическому гипнотическому наведению и утилизации симптома	167
8	Гипнотическое наведение.....	195
9	Эриксоновский гипноз: взгляд на директивные и недирективные методы.....	209

10	Посев идей.....	229
11	Клиническое применение амнезии	261
12	Этические проблемы гипноза: информированное согласие и стандарты обучения.....	285

ЭРИКСОНОВСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

13	Терапевтические паттерны эриксонской коммуникации влияния.....	305
14	Предписание симптома и принципы эриксонского гипноза и терапии.....	331
15	Техника предписания симптома: клиническое применение с использованием элементов коммуникации.....	343
	Указатель авторов.....	361
	Предметный указатель.....	362

БЛАГОДАРНОСТИ

Я глубоко благодарен Лиз и Тревору Шин,
без их неустанных усилий эта книга не увидела бы свет.
Вы мои самые лучшие товарищи, и это истина без прикрас.

Благодарю также Сью Лоусон и Ги Чарлсворса
за помощь в подборе литературы, а также PsychOz Publications,
www.psychotherapy.com.au, которые стали моими большими
друзьями и увлеченными сторонниками моего учения.

Благодарю Карен Лемиски за то, что мягко побуждала меня...

Джеффри К. Зейг, доктор философии

ВВЕДЕНИЕ

Статьи, собранные в этой книге, отражают некоторые яркие моменты той работы, частью которой я являлся в течение более чем 30 лет. Большинство из этих статей были написаны по просьбе редакторов или журналистов, которые своей энергией подтолкнули меня к изложению моих мыслей на бумаге, чтобы другие смогли учиться на примере моего пути. На самом деле это было проблемой, поскольку, хоть я и люблю писать, но редко надолго остаюсь на одном месте, деля свое время между преподаванием, руководством Фондом Милтона Эриксона, издательством Зейга, Такера и Тайсена и частной практикой. Стороннему наблюдателю может даже показаться, что я отдаю слишком много, но правда в том, что я много и получаю.

Эти статьи отражают кое-что из того, что я «получил». В первой части книги работы организованы вокруг центральной темы бытия. Чтобы быть терапевтом — нужно быть артистом, прагматиком, драматургом, оптимистом, спортсменом.

Сначала меня интересовала техническая сторона: как проводить гипноз, создавать парадокс, делать косвенное внушение и т. д. По мере того как я сформировался как терапевт и преподаватель, у меня сменились приоритеты, и вместо вопроса: «Как проводить психотерапию?» моим основным вопросом стало: «Как стать наилучшим терапевтом?» Я постоянно исследую возможности более эффективного сотрудничества с клиентами в процессе поиска решений. Этот поиск начинается с позиции*, которую занимает терапевт. В первой части книги описывается, что при этом меняется.

* В оригинале автор использует слово *posture* (*суц.*) — поза, осанка, положение, а также - состояние, настроение, расположение духа; (*глаг.*) — позировать, ставить в позу. Хочется обратить внимание читателя на то, что в некоторых контекстах слово поза при переводе звучит для нас непривычно. Нам легче сказать сущностная позиция - а не поза, гибкая позиция терапевта - а не гибкая поза терапевта. Поэтому в переводе мы все-таки использовали слово *позиция*. Одна-

Во второй части книги рассматривается центральная концепция эриксоновского подхода, *утилизация*. Каждый из случаев практики Эриксона основан на утилизации. Утилизация является жизненной позицией, а не техникой. Утилизация является основой терапевтических решений. Большая часть моей работы с техниками была экспликацией эриксоновского утилизационного подхода.

В третьей и четвертой части я перехожу к действию. Как же на самом деле проводятся гипноз и терапия? Здесь я говорю о техниках - одни из них выучены, другие позаимствованы, третьи изобретены — все они входят в репертуар возможных реакций разных людей с различными проблемами и ситуациями. В некоторых главах даются конкретные примеры, чтобы показать, каким образом репертуар этих техник включается в процесс. Бытие терапевта становится делом.

Я убежден в том, что, подобно настоящему искусству, терапия должна быть живой. Терапия является символической драмой изменений, императив которой: «Прожив этот опыт, вы станете другими». Динамический опыт предшествует динамическому пониманию. Я надеюсь, что читатели извлекут для себя пользу из описания моего путешествия и захотят узнать больше о тех эмпирических подходах, которые родились из лона эриксоновской терапии.

*Джеффри К. Зейг, доктор философии
Феникс, Аризона*

2006

ко автор настаивает на понимании этого термина еще и в качестве позы, а не только в качестве позиции или состояния терапевта, поскольку слово поза (помимо подразумеваемого внутреннего состояния) автоматически включает в себя еще и (если и не сознательную, то обязательно бессознательную) оценку положения тела человека (в данном случае психотерапевта). Понятно, что поза тела внешне выражает и проявляет внутреннее содержание и состояние человека через наработанные им автоматизмы движений, мимики и поведения. Но, используя слово поза при рассмотрении многоуровневой эриксоновской коммуникации, автор не дает нам забывать, что перед нами все время присутствует еще и это, «телесное» измерение. Как будет ясно из дальнейшего, на позицию автора (хочется сказать — на позу автора) оказали значительное влияние не только его занятия йогой, но и обучение актерскому мастерству, которому он посвятил достаточное время, пытаясь добиться большей спонтанности и гибкости в терапевтическом процессе для лучшего отражения проблем клиента. В дальнейшем он разработал систему подготовки психотерапевтов, названную им Психоаэробикой⁸¹¹. — *Прим. ред. пер.*

БЫТЬ ТЕРАПЕВТОМ

1

УРОКИ ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА:

ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА - «ОТ А ДО Z»*

Два эпизода в качестве предисловия...

Сновидение

Двадцать лет назад, когда я спал в своем гостиничном номере накануне заседания Первого международного конгресса по эриксонскому подходу к гипнозу и психотерапии, мне приснился один сон. Я организовывал этот конгресс как дань уважения Милтону Эриксону, как дар этому прославленному психотерапевту, безвозмездно обучавшему меня более шести лет. К сожалению, за девять месяцев до начала конгресса Эриксон ушел из жизни, однако он все же отчасти успел получить наш общий подарок, поскольку на момент его смерти было уже зарегистрировано семьсот пятьдесят участников, а это, как известно, рекордное число для конференций, посвященных гипнозу. Смерть Эриксона застала меня врасплох, и мне неожиданно для себя пришлось стать эмоциональным центром конференции. По правде говоря, я не был уверен, что справлюсь. Ведь тогда, в свои тридцать три года я был еще только начинающим психологом.

Текст этой главы под названием «Эмпирические подходы к развитию клинициста» был первоначально опубликован в книге: Зейг Дж. К. *Эволюция психотерапии: Третья конференция*. Нью-Йорк: Бруннер/Мазель, 1997, с. 161 — 176.

Здесь и далее мы сохранили латинское написание, поскольку в оригинале автор располагает названия всех терапевтических позиций в алфавитном порядке, что было бы довольно трудно сделать в переводе. — *Прим. ред. пер.*

В том сне доктор Эриксон ходил, хотя в действительности я никогда не видел его на ногах. Все годы, пока мы были знакомы, с 1973 по 1980, он был прикован к инвалидному креслу. Но в моем сне он подошел ко мне, обнял и сказал: «Я тебя люблю». Пробудившись от сна, я поблагодарил свой бессознательный разум за присущую ему креативность. Мне было интересно, как мое бессознательное, изобретшее этот сон, станет его использовать. И вскоре понял. Каждый раз, когда я нервничал или терялся, входя в зал, где проходили встречи, этот сон возвращался ко мне. Я отчетливо вспоминал его, включая ощущение, что Эриксон меня обнимает, и его слова. Кроме того, со мной произошло одно ощутимое изменение: изменилась моя привычная поза. Я стоял прямо и был от этого выше, а, следовательно, воспринимал себя иначе — мыслил иначе и вел себя иначе.

Курс йоги

Когда за несколько месяцев до конференции мои родители приехали в Феникс, и мы вместе с моей дочерью Николь посетили вводный курс йоги, я получил новый опыт. Инструктор творила с телом удивительные вещи, выполняла такие движения, которые, казалось, было невозможно повторить. И тут я понял, насколько я скован. Даже несмотря на то, что я регулярно выполняю упражнения, я не обладал той гибкостью, которой требовала йога. Но я был уверен, что если буду практиковать новые позы, то стану более гибким.

Эти две истории я рассказываю для того, чтобы стимулировать ваше мышление. Представьте себя в своем кабинете, где вы консультируете. Какую позу вы обычно принимаете? Какое воздействие она оказывает? Может, вы излишне скованы? Какие расслабленные позы можно принять, чтобы повисить свою эффективность? Я надеюсь, что эта глава даст убедительные ответы на эти вопросы.

Откуда берутся терапевтические вмешательства

Существует множество источников для возникновения терапевтических вмешательств. Я перечислю здесь пять.

1. Вмешательства могут проистекать из теории личности. Теория личности постулирует факторы формирования личности, основываясь на предписаниях своих гипотетических конст-

руктов. Некоторые специалисты превозносят теорию как таковую. Кажется, сам Эрик Берн говорил, что если у вас нет теории, значит, вы — мертвец.

2. Источником вмешательств могут служить и сами техники. Например, в наше время при медицинском обслуживании стандартом практики являются протоколы. И, похоже, роль психотерапевтов сводится к роли техников, которые, выявляя проблему, применяют к ней предписанный протоколом метод. Предусмотренные вмешательства могут вноситься в протокол заранее, еще до встречи с пациентом. Специалисты в той или иной технике, будь это предписание симптома, фокусировка на решении проблем или аналитические интерпретации, еще до первого интервью знают, какую технику они будут применять.
3. Вмешательства могут возникать в результате исследований. В исследованиях приводится статистика, показывающая, какие методы наиболее эффективны. Для каждого отдельного контингента могут применяться определенные вмешательства, нашедшие эмпирическое подтверждение.
4. Вмешательства могут возникать из философской позиции, или *мировоззрения*. Так возникла экзистенциальная терапия, и появилось моральное направление Томаса Саса.
5. В этой главе я предлагаю пятый источник, из которого могут происходить вмешательства. Но прежде чем перейти к этому источнику, давайте поговорим о пациенте.

Как выглядит и ведет себя пациент, когда он входит в кабинет? Как правило, пациентам свойственна скованная поза, выражающая ограничение, напряженная позиция ограниченного видения и неадекватных поведенческих паттернов. По сути, такой позой пациент показывает, что он — жертва, что он — жертва личной истории, жертва жестких установок, хронических эмоций, обстоятельств или жертва отношений. Такая поза пациента, как в прямом, так и в переносном смысле — это поза жертвы. Это поза человека, ищущего помощи и просящего о ней.

Таков пациент. А теперь давайте взглянем на традиционного клинициста и на традиционного гипнотизера.

В ответ на характерную позу пациента традиционный психотерапевт принимает так называемую «позу Джойс Бразерс». Психотерапевт сидит в надлежательной и несколько чопорной позе, сложив руки, и благосклонно улыбается; он словно приклеен к стулу, и в его открытости видна настороженность. Поза традиционного психотерапевта лишена императивной основы. Чаще всего в ней выражено скрытое любопытство, побуждение к исследованию.

Традиционный гипнотизер может вертеть в руках какой-нибудь яркий предмет, например -наручные часы, и говорить низким грудным голосом с размеренной модуляцией. Часто он авторитарен и доминантен. Как и традиционный психотерапевт, гипнотизер словно приклеен к стулу, репертуар его стандартен и ограничен.

Интересно было бы узнать, почему мы принимаем такие ограничивающие нас позы в ответ на позу пациента? И в каких более гибких позах мы могли бы находиться с большим успехом? Здесь мое центральное утверждение состоит в следующем: вмешательства могут рождаться из «позы» клинициста. Более того, психотерапевтам и гипнотизерам необходимо научиться выходить за пределы традиционных поз психотерапевта и гипнотизера.

В этой главе я описываю «от А до Z» все позы, из которых могут происходить вмешательства, усвоенные мной в процессе обучения у Милтона Х. Эриксона. Моя цель здесь лишь выборочно показать несколько его полезных идей и вкратце набросать перечень потенциальных терапевтических поз, а не превозносить Эриксона как *искусного* психотерапевта. Я буду в некоторой степени настаивать на том, что поза психотерапевта может определять исход терапии, а также на том, что психотерапевты, использующие наибольшее разнообразие поз, способны помочь наибольшему числу пациентов.

Возможно, кто-то из вас отреагирует на описанные мною позы самым удивительным образом. Вы можете представить их себе в образах вашей профессиональной жизни. И тогда, если вы вдруг почувствуете, что чем-то озадачены, подавлены или сбиты с толку, то, возможно, вы их вспомните и поймете, насколько они вам соответствуют. Когда вы увидите пациента, входящего к вам в кабинет в характерной для него позе, ваша реакция на его позу будет в некоторой степени уникальной, в некоторой степени императивной, в некоторой степени отличающейся от других и в то же время — она будет именно вашей реакцией.

Со сменой «позы» психотерапевта во время сеанса меняется и само воздействие его вмешательства. Совершенствуясь как психотерапевт, я все чаще в своей работе с пациентами использую графические изображения симптомов и ресурсных состояний человека в тех или иных позах, создавая тем самым что-то вроде зрительных якорей, которые запечатлеваются в памяти. Иногда я разыгрываю мини-драмы. Психотерапевт должен быть драматическим актером, а не застывшей фигурой. Как хрестоматийный образ, такая инсценировка может стоять тысячи слов.

Терапевтические позиции*

Позиция А:** **Терапия как призыв**

Когда пациент приходит в скованной позе, клиницист может принять призывающую позу. Я имею в виду здесь два смысла. Когда мы проводим терапию, мы можем как апеллировать к свойственному человеку чувству юмора, так и сделать саму терапию привлекательной для пациента. Многие привыкли думать, что терапия — это что-то мрачное и скучное, но она не должна быть такой.

Эриксон в большей степени, чем все остальные известные мне психотерапевты, делал терапию привлекательной. Он проводил ее как захватывающее изменение. Императивность этой терапии заключалась в том, что, проживая эту драму, проживая эту терапию, человек становился другим. Эриксон сам *проживал* терапию, что увлекало само по себе, к тому же он обращался к здоровым частям пациента.

Позиция В (*The Banker*): **Банкир**

Самые лучшие банкиры берут все, что бы им ни предлагали, и возвращают с процентами. Подобным образом могут действовать и клиницисты. Такими *банкирами* являются некоторые из самых заинтересованных и преданных своему делу психотерапевтов, у которых я учился, включая самого Милтона Эриксона, а также Виктора Франкла, Карла Витакера и Вирджинию Сатир.

Примечание. На конференции я демонстрировал эти позы, изображая их в стилизованном виде.

В оригинале: *The Therapy as an Appeal*. С англ. *appeal* — апелляция, обжалование, обращение, призыв, привлекательность. — *Прим.ред. пер.*

Позиция банкира в некотором смысле возникла из моей практики гипноза. Например, если я, проводя эриксоновское наведение, спрашиваю пациента: «Что ты испытываешь прямо сейчас?» и пациент отвечает: «Мне удобно», то следующей моей фразой будет: «Тебе *действительно* удобно». Любой позитивный ответ может быть повторен с усиленным акцентом. Сущность банкира — усилить позитивное и ослаблять негативное.

Позиция С (*The Cheerleader*): Чирлидер (болельщик)

Быть чирлидером - значит, приносить мотивацию. Одним из самых важных уроков гипноза, усвоенных мною у Эриксона, является принцип присоединения к указаниям явных или подразумеваемых «потому что», обосновывающих те или иные действия. Когда внушаешь загипнотизированному пациенту, что его рука поднимается, то лучше сформулировать причину: «Твоя рука может подняться к твоему лицу, потому что, когда она коснется твоего лица, ты сможешь сделать глубокий вдох и действительно почувствовать себя удобно» или: «Ты сможешь легко перевести дыхание... и по-настоящему расслабиться». Даже простое слово или выражение поддержки, следующее за внушением, уже может создавать мотивацию. Например: «Откинься на спинку стула и почувствуй себя удобно. *Вот так, правильно!*» Причина совершения действия дана — мотивация представлена. Идея доступа к мотивации, развития мотивации и использования мотивации — основная идея эриксоновской терапии.

О том, насколько бывает важным слово «потому что», свидетельствует один эксперимент, проводившийся в рамках социальной психологии, в котором оценивалось реагирование на двусмысленную социальную ситуацию (Cialdini, 1996). Студенту, участвовавшему в эксперименте, сказали подождать у фотокопировального аппарата в библиотеке, пока определенное число студентов не выстроится в очередь за копиями. От него требовалось, как только очередь выстроится, пройти в ее начало и сказать: «Мне нужно срочно сделать копии». Процент согласия был поразительно высоким — примерно в 60% случаев участника эксперимента пропускали вперед. Эта ситуация №1 в эксперименте была принята за исходное измерение.

В ситуации №2 участник должен был дожидаться образования очереди, а затем сказать: «Можно мне сделать копии, потому что

они срочно нужны моему преподавателю?» Процент согласия увеличился: в более чем в 90% случаев участника пропускали вперед, и все только благодаря фразе *«потому что они срочно нужны моему преподавателю»*.

В ситуации №3 участник дожидался образования очереди, затем проходил вперед очереди и говорил: «Можно я сделаю копии первым, потому что мне они очень нужны?» И здесь в 90% случаев этого человека пропускали вперед. Исследователи теоретически обосновали, что здесь срабатывало слово *«потому что»*. Поскольку присутствовало «потому что», и поскольку имела место некая оправданная мотивация, пусть даже показная, процент согласия возростал.

Мы, как клиницисты, можем использовать этот принцип в терапии. Когда мы даем пациентам задачи, мы можем прикреплять к ним некое обоснование, которое позволяет получить доступ к мотивации и поставить ее себе на службу.

Однако утилизация мотивации в терапии может быть более сложной, и заключаться не только в добавлении слова *«потому что»*. Я помню один простой случай с Эриксоном, благодаря которому, я навсегда запомнил, насколько была важна мотивация в его работе. Однажды, зайдя к нему, я услышал, как он отвечает на телефонный звонок одной женщины, которая обращалась с просьбой о проведении терапии. Эриксон авторитетно заявил ей: «Поднимитесь на Пик Скво, и после того как вы это сделаете, позвоните мне», и повесил трубку. Я недоуменно взглянул на него, и он сказал: «Она звонила мне, потому что хочет бросить курить. Я слышал двусмысленность в ее голосе. Я не хочу, чтобы она принесла эту двусмысленность ко мне в кабинет, и поэтому дал ей задание проверить свою мотивацию».

Вот еще пример использования мотивации, который произошел со мной во время моего первого обращения к Эриксоном. Впервые я написал ему в 1973 году, задав вопрос, могу ли я приехать в Феникс, чтобы у него учиться. Он ответил, что слишком стар и слишком болен, чтобы учить студентов.

Но в конце письма добавил: «Читая мои сочинения [заранее предполагая, что я буду их читать], не заучивайте профессиональный жаргон, техники и формулировки внушений. То, что действительно важно — это мотивация к изменению, и факт остается фактом, что ни один человек не знает всех своих способностей». Я был потрясен тем, что этот гений, которым я так восхищался, лично обращается в

письме к незнакомому человеку. И только после того, как я действительно продемонстрировал свою мотивацию, снова написав ему и спросив на этот раз, могу ли я просто посетить его, он согласился и, в конце концов, принял меня в ученики.

Позиция D (*The Driving Instructor*): Инструктор по вождению

Позиция инструктора по вождению особенно соответствует интересам тех, кто практикует гипноз. Инструкторы по вождению понимают, что, если вы едете задним ходом, то, чтобы перейти на первую скорость в автомобиле с механической коробкой передач, где переключение скоростей осуществляется вручную, вы должны сначала перевести рычаг в нейтральное положение. Нейтральное положение — это отправная точка, из которой можно перейти к первой скорости.

В гипнозе мы создаем основу диссоциации. В Программе интенсивного обучения при Фонде Эриксона мы с Брентом Гири, доктором философии, учим использовать для наведения модель ARE*: A (*absorb*) — поглощение; R (*ratify*) — подтверждение; E (*elicit*) — извлечение. Например, клиницист может занять внимание пациента неким визуальным образом; подтвердить изменения, которые происходят, когда пациент поглощен этим образом; а затем вызвать, извлечь диссоциацию. Из этой диссоциации мы можем извлечь гипнотические реакции, включая гипнотические феномены, а также ресурсы для изменения. Компонент диссоциации может служить простой исходной точкой. Работая в стиле Эриксона, я говорю пациенту: «Ты можешь быть бестелесным умом, интеллектом, парящим в пространстве, разумом, дрейфующем во времени», создавая тем самым основу для диссоциации, которая может быть впоследствии утилизирована для создания гипнотических реакций и терапевтических ресурсов.

Эта глава не ставит целью описание искусных гипнотических приемов. Достаточно сказать, что эти техники являются неотъемлемой частью эриксоновской терапии. Хорошие техники требуют от нас, чтобы, прежде чем переходить к реакциям и ресурсам, мы бы установили некий период диссоциации.

* В оригинале: *The ARE Model*, где *ARE* — аббревиатура и в то же время личная форма глагола *быть*: *you are* — ты *есть*, ты *существуешь*. — Прим. ред. пер.

Диссоциация согласуется с временными особенностями работы клинициста. Как гласит известная поговорка «Тише едешь — дальше будешь». Перемещение пациента в нейтральное положение, перед переключением его на первую передачу — довольно эффективный метод и может использоваться как в психотерапии, так и в гипнозе. Краткая передышка перед предъявлением указания способна усиливать этот момент.

Позиция E (*The Evocateur*): Вызывающий воспоминания (Эвокатор)

Терапия в лучшем своем варианте — это событие, вызывающее воспоминания.

Я целых восемнадцать недель изучал курс актерского мастерства, поскольку считал психотерапию больше похожей на импровизацию, нежели чем на науку. Мне было любопытно узнать, как обучает импровизации профессионал. В этот курс входило произнесение монолога. «Джефф, — наставлял меня преподаватель, останавливая на полуслове, — используй свое тело». «Мое тело?» — отвечал я про себя. Я думал, что мне следовало походить на «диктора телевидения», и мне даже в голову не приходило использовать жесты для пробуждения образов.

Традиционные психотерапевты не используют для коммуникации язык тела. Не используют они и жесты, чтобы подчеркивать отдельные моменты. Их терапевтическая коммуникация не эвокативна. Цель драматурга — вызывать образы — пробуждать чувства, пробуждать перспективы, и так далее, и он делает это за счет актеров, которые используют свое тело для эвокативного искусства коммуникации — чтобы намеренно пробудить эмоции, понимание, перспективу.

По сравнению с психотерапией, драма воздействует на большее число людей. Изучение драматургии внесло изменения в мою практику гипноза. Когда я в своем кабинете ввожу пациента в транс, пациент закрывает глаза, и я говорю ему: «Ты можешь открыться [*показывая жестом действие «открыться»*] переживанию, пока ты погружаешься [*показываю жестом вниз*], когда я говорю [*показываю жестом на себя*]. Даже, несмотря на то, что глаза пациента закрыты, я все равно подчеркиваю свои внушения, используя для это-

го свое тело, потому что жест добавляет тонкое воздействие на запланированную реакцию.

Точно так же, как, если вы звоните в Фонд Эриксона и слышите приветливый голос секретарши, то, даже не видя ее, вы знаете, что на противоположном конце провода человек, который улыбается и рад говорить с вами. И так же вы знаете, раз на крыльце горит свет, значит, кто-то есть дома.

Я вспоминаю тот робкий, мой самый первый звонок доктору Эриксону, с которого началось наше знакомство. Я жил тогда в Калифорнии и хотел приехать к нему в Феникс, чтобы что-то понять о терапии, да и о самой жизни, но я еще не был его учеником. Он взял трубку, и я сказал, запинаясь: «Здравствуйте, доктор Эриксон. Это Джефф Зейг».

«Джефф!» — ответил он приветственным тоном, словно я был его другом, с которым он не виделся много лет. Я до сих пор помню тот трепет, который почувствовал, услышав его теплый голос, и я четко помню, что в тот момент для меня значил его энтузиазм.

Мы, как клиницисты, для усиления своего сообщения можем использовать паравербальную коммуникацию, а также можем использовать для коммуникации свое тело. После прохождения уроков актерского мастерства, я изменил свой стиль преподавания. Я начал добавлять «графику», стилизованные жесты, способствующие осознанию основных идей. Я хочу создавать зрительные ассоциации с теми способами, которыми мои слушатели могут пользоваться тем, чему я их обучаю.

Позиция F (*The Farmer*): Фермер

Прежде чем засеять семена, фермер подготавливает почву. Технике, которую Эриксон использовал для предвосхищения будущих целей, Джей Хейли дал название «*посев идей*». Вклад Эриксона, связанный с использованием посева идей в терапии, можно считать монументальным, хотя до сих пор этот метод остается недопонятым и мало кем применяется.

Каждый великий драматург предвосхищает. Недавно я читал произведение Салмана Рушди «*Гарун и Море Историй*». Главные персонажи этой одной из великолепных книг, которые мне доводилось читать - мальчик по имени Гарун и его отец, рассказчик.

Книга начинается с того, что Гарун спрашивает своего отца, откуда берутся истории, и отец отвечает, что приходят они из Моря Историй.

Гарун злится на отца, когда тот говорит: «Стоит мне выпить теплой Воды Историй, и меня уже не остановишь». Гарун реагирует на это пренебрежительно: «Но, отец, если бы это было так...», на что отец сухо отвечает: «Никаких Если и Но...» В тексте слово «Если» написано с заглавной буквы Е, и «Но» с заглавной буквы Н.

Обычно «если» и «но» пишутся со строчной буквы. Но, как оказывается, эти слова здесь служат семенами, потому что на следующих страницах Гарун действительно знакомится с господином Если и господином Но. Рушди тонко предвосхищает то, что обнаруживается позднее.

Посев идей проводится с целью сделать некую будущую цель более доступной. Существует сотни исследований в области психологии, которые демонстрируют эффективность прайминга, - так этот феномен называют исследователи. Эриксон всегда сеял семена запланированных вмешательств — и это не преувеличение. Помню, как я просматривал архивную видеозапись сеанса гипноза, проведенного Эриксоном с одной женщиной. Во время транса он задает ей, казалось бы, совершенно нелогичный вопрос: «Если бы ты прямо сейчас сидела напротив блондинки, то у тебя не было бы оснований ревновать, ведь г ак?» Придя в замешательство, она подняла взгляд и ответила: «Нет».

Позднее я просмотрел другую запись сеанса, который Эриксон проводил через неделю после первого. На этот сеанс Эриксон пригласил блондинку и гипнотизировал обеих женщин одновременно. На первом сеансе Эриксон посеял то, что должно было произойти через неделю.

Использование посева идей меняет образ мышления психотерапевта относительно самой терапии: психотерапевт начинает действовать стратегически. У клинициста в уме появляется цель, и он начинает работать над осуществлением этой цели. Клиницист начинает обращать внимание на процесс и на привязку вмешательства по времени. И хотя прайминг изучался усиленно, по использованию техники посева идей в терапии работ было проделано мало (Zeig, 1990).

Позиция G (*The Good Humor Person*): Человек с настроем на хорошее

Я пользуюсь понятием «*настроя на хорошее*», чтобы указывать человеку на его здоровье, а не на мороженое. Один из самых ценных уроков, которые я почерпнул из общения с Кэй Томпсон, врачом-стоматологом и представительницей первого поколения учеников Эриксона — это обращение к физиологии. Практики гипноза разговаривают с телом. Понимая, что тело способно ответить, они внушают человеку: «Твое кровообращение может измениться. Твои болевые рецепторы могут исчезнуть. Твои дыхательные пути могут раскрыться». К сожалению, такое искусство, как разговор с физиологией, стало исчезать, хотя именно к нему-то и следует больше обращаться клиницистам.

Позиция H (*The Humorist*): Юморист

Хороший настрой может использоваться и в другом своем смысле: мы можем привносить в терапию больше юмора. Эриксон, разумеется, был одним из специалистов, начавших использовать юмор в психотерапии, однако лишь он один догадался, как его использовать в гипнозе. Бессознательный разум реагирует на юмор, и он отнюдь не серьезен и не консервативен. Во время гипноза и даже в процессе его наведения Эриксон много шутил. Он ожидал, что пациенты, находясь в трансе, будут реагировать на эти шутки. Жизнь может быть мрачной, но терапия таковой быть не должна. Клиницисты, ратующие за хороший настрой в жизни, могут моделировать его в своих сеансах.

Позиция I (*The Impressionist*): Импрессионист

Художники, творившие до импрессионистов, отражали на картине реальность как некий застывший момент — как на фотографии. Импрессионисты же, включили зрителей в процесс активного творчества. Зрителю даются намеки, и он уже сам создает основной принцип. В создании переживания произведения искусства импрессионисты задействуют и систему восприятия, и эмоции зрителя.

Точно так же, когда мы рассказываем терапевтические истории, мы создаем впечатления, которые позволяют оживать простым идеям. В качестве примера я могу повторить одну историю, которую

уже рассказывал много раз. Это моя любимая история, связанная с Эриксоном, она служит иллюстрацией *эриксоновского импрессионизма*.

В 1978 году я переехал в Феникс, а в 1979 стал дипломированным психологом. Мне позвонил один адвокат и известил меня о следующем: «Мне вас рекомендовал доктор Эриксон», — сказал он. — «Я представляю в суде интересы молодого человека, обвиняемого в убийстве. Суд располагает видеозаписью, где полицейский следователь применяет в отношении свидетеля преступления гипноз. Я считаю, что гипноз был проведен неправильно, и показания свидетеля не имеют под собой оснований. Можете ли вы просмотреть эту видеозапись и как специалист высказать свое мнение? Доктор Эриксон сказал, что он слишком стар и болен, чтобы браться за это дело, и попросил обратиться к вам».

Я объяснил ему, что я — начинающий психолог, и что мне раньше никогда не приходилось давать показания в суде. Однако тот факт, что я — ученик Милтона Эриксона, считавшегося мировым авторитетом в области гипноза, послужил для суда достаточным доказательством моей компетентности, и я был утвержден в качестве эксперта со стороны защиты.

Тем временем с Эриксоном связался прокурор, сказавший: «Мы имеем дело со случаем, где ставится под сомнение законность использования гипноза в качестве судебного инструмента. Вы дадите свое заключение?» — на что Эриксон ответил: «Я слишком стар и слишком болен. Позвоните Зейгу».

Но прокурор продолжал настаивать: «Нет. Нам не нужен ученик. Это дело является вехой в судебной практике, и здесь требуется мнение известного специалиста. Если вы не хотите выступать в качестве свидетеля, то можете дать письменное показание, которое будет приложено к материалам судебного заседания?» Эриксон согласился.

Документы Эриксона, подтверждающие его квалификацию были переданы в суд с пометкой, что защита уже признала его всемирно известным авторитетом в области гипноза. И обвиняющая сторона выбрала его в качестве эксперта.

Теперь стороны были квиты. Зейг выступал со стороны защиты, а Эриксон со стороны обвинения. Придя к Эриксону домой, я сказал: «Доктор Эриксон, что выделаете?!»

«Что ж», — ответил он. — «Разве ты не знаешь, что тебе надо еще кое-чему научиться?» «Еще бы», — согласился я.

Затем я задумался на минуту и произнес: «Доктор Эриксон, я немного нервничаю. Волнуюсь, как я буду давать показания в суде. Не могли бы провести со мной терапию?»

Эриксон задумчиво смотрел в пол, и у меня возникла ассоциация с Моне. Я видел, как искусство оживает, и знал, что импрессионизм Эриксона сейчас проявится в виде некоей истории.

И Эриксон рассказал мне один анекдотичный случай, предварив его фразой «Узнай адвоката противника». Он поведал о том, как много лет назад ему позвонили и попросили представить доказательства в суде по делу опеки над детьми. Он был экспертом со стороны мужа и считал, что детям лучше проживать вместе с отцом. Эриксон провел психиатрическое обследование обоих супругов, а также детей, и уже подготовился к даче показаний против жены. На предварительном слушании ему не дали никакой информации о ее адвокате, поэтому он полагал, что дело будет сложным. Так и оказалось.

В день судебного разбирательства Эриксон находился на свидетельской трибуне как раз напротив женщины-адвоката со стороны жены и видел, с какой неприязнью та на него смотрит, явно пытаясь дискредитировать. В руках у нее были тринадцать машинописных страниц с вопросами, заготовленными с целью оспорить его показания.

«Доктор Эриксон», — начала она агрессивным тоном, — «вы утверждаете, что являетесь экспертом в области психиатрии. Кто ваш авторитет?»

«Я сам себе авторитет», — ответил Эриксон. Он знал, что если он станет цитировать Фрейда, Юнга или Берна, то она задаст ему обескураживающий вопрос: «А разве это не спекулятивные теории?»

«Доктор Эриксон», — продолжала она, — «вы утверждаете, что вы — эксперт по психиатрии. А что такое психиатрия?»

И он ответил:

«Я могу привести вам пример. Если бы я был экспертом по истории Америки, то я бы знал кое-что о Саймоне Герти, известном также как Грязный Герти, потому что каждый эксперт по истории Америки знает о Саймоне Герти, известном как Грязный Герти. А тот, кто не является экспертом по истории Америки, ничего не знает о

Саймоне Герти, также известном, как Грязный Герти. Но каждый эксперт по истории Америки должен знать о Саймоне Герти, известном также, как Грязный Герти».

Эриксон рассказывал, что когда он потом взглянул на судью, тот сидел, закрыв лицо руками, а секретарь суда, тем временем, лазил под столом в поисках своего карандаша. Поверенный со стороны мужа с трудом сдерживал смех. И тогда адвокат со стороны жены, посмотрев на Эриксона, сказала: «Больше вопросов нет, доктор Эриксон».

И какая, вы думаете, фамилия была у этого адвоката? Герти!

Меня неожиданно охватило замешательство. Что говорит мне Эриксон? Какое впечатление он пытается создать? Мне пришлось активизироваться, чтобы понять смысл его сообщения. Эриксон намекал: «Джефф, ты можешь использовать некоторые из техник, которым я тебя обучал, можешь использовать встроенные команды. Ты можешь доверять своему бессознательному. Возможно, в твоей личной истории уже есть ресурс, который может проявиться, поэтому ты вполне сможешь разобраться с этой ситуацией». Если бы он сказал то же самое напрямую, я признал бы его мудрость - и тут же забыл бы обо всем сказанном. Но, когда он изложил то же самое в виде некоей истории, я «заразился». Он словно создал небольшой компьютерный вирус, который эффективно заразил мою предыдущую жестко заданную «программу». Теперь, каждый раз, когда я вхожу в зад суда, у меня появляется «галлюцинация». В этой галлюцинации мы с доктором Эриксоном сидим в его гостиной и смеемся над Грязным Герти. Конечно, входя в зал суда, я могу чувствовать некоторое напряжение, но передо мной тут же вновь возникает Грязный Герти, и все мое напряжение сразу пропадает.

Создание истории может задействовать систему восприятия и сделать пациента со-творцом новой реальности. Активизация пациента в психотерапии — это искусство. Пациентам часто не удается активизироваться самостоятельно. Обычно они знают, что именно им нужно делать, и наша задача - помочь им активизироваться, чтобы это сделать. Тучные люди знают, что им следует ограничить себя в употреблении калорийной пищи, тревожные пациенты знают, что им нужно расслабиться. Но самостоятельно у них ничего не получается. Одним из способов вызвать активацию служит метод

ориентации в направлении, посредством использования искусно придуманных импрессионистских историй.

Позиция J (*The Jeweler*): Ювелир

Ювелир - мастер, работающий по золоту. Золото — податливый материал: небольшой кусочек можно растянуть или придать ему другую форму. Эриксон был ювелиром в проведении гипноза. Он брал некий ресурс, растягивал его, придавал ему новый облик.

Предположим, если я спрашиваю пациента: «Что ты ощущаешь?», и пациент отвечает: «У меня приятное ощущение в голове», то я мог бы продолжить в стиле Эриксона, сказав: «Хорошо, запомни это ощущение. Это ощущение, которое ты хочешь сохранить. И когда ты начнешь понимать, что это ощущение действительно твое, то можешь закрыть глаза. И затем ты узнаешь, что это чувство комфорта можно растянуть, что ты можешь почувствовать такой же комфорт у себя груди, в руках, в ногах, всего лишь подумав о нем. Затем, когда ты это узнаешь, ты начнешь комфортно возвращаться в мыслях к моментам настоящего расслабления, к моментам настоящего комфорта. И ты, возможно, вспомнишь некий момент комфорта, относящийся к твоему детству. Ты сможешь вспомнить подобные ощущения комфорта, которые ты испытывал в школе... и в колледже. И, узнав, что ты можешь комфортно возвращаться в мыслях в прошлое, ты начнешь легко смотреть вперед. И ощущать этот комфорт в действии... внутри самого себя. И узнавать это чувство комфорта в отношениях... и в способности твоего бессознательного направлять тебя. И истине быть собой... с этим чувством комфорта».

Пациент лишь произносит слово «комфорт», и тут же эриксоновский гипнотизер, словно мастер-ювелир, может растянуть это чувство в пространстве и во времени.

Позиция K (*The Knight and Knave*): Рыцарь и Паж

Я был во многом благословлен Эриксоном: в течение более чем шести лет я периодически приезжал в Феникс, где он бесплатно обучал меня. У меня тогда было мало денег, и он четко дал мне понять: «Мне неинтересны твои деньги, твои шекели. Мне интересна твоя жизнь». Единственное, о чем он просил меня — это чтобы я продол-

жал его традицию со своими пациентами, и я считал это своим моральным долгом. Как он был для меня *рыцарем*, так и я должен был быть рыцарем для других.

Архетип рыцаря имеет обратную сторону — это *паж*. Паж — довольно веское слово, и в нем есть какая-то сила, что-то слегка магическое, немного плутовское, несколько обманчивое. Я не могу сказать, что мне всегда было совершенно комфортно с Эриксоном. Я всегда чувствовал некий дисбаланс. Часто я не понимал направленности его сообщений: учит он, гипнотизирует, ведет терапию или беседует? Паж, иллюзионист, делает терапию магией. Если мы пытаемся все объяснять конкретно, если мы пытаемся сделать так, чтобы все было кристально ясно, если мы пытаемся ограничить наш обман, то жертвуем магией. Подробный разбор магического трюка рассеивает его силу. В терапии в некоторой степени необходимо разумно использовать мистификацию, дестабилизирующую привычные неадекватные установки. Мы дестабилизируем привычные паттерны, чтобы выявить и усилить более эффективные варианты.

Позиция L (*The Linguist*): Лингвист

Быть лингвистом — значит, понимать и утилизировать чувственный язык пациента. В гипнозе мы направляем ассоциации пациента. Терапия — это ре-ассоциация внутренней жизни. Ассоциация управляет поведением. Работа психотерапевта заключается в том, чтобы рекомбинировать ассоциации в новые, более эффективные паттерны, которые приведут к изменению поведения.

Например, чтобы помочь пациенту справиться с болью, Эриксон (1964) использовал *технику вкрапления*. Этот метод включает в себя разговор на социальном и психологическом уровнях одновременно. На социальном уровне, Эриксон мог говорить о том, как растут помидоры, а на психологическом уровне вкраплял идеи, касающиеся управления болью. Целью этого многоуровневого общения было пробудить, активировать чувственные ассоциации, которые стимулировали бы более эффективное поведение. Управление ассоциациями не является техникой изменения мышления. Оно не заменяет негативные мысли позитивными. Управление сетью ассоциаций было значительным вкладом Эриксона. Оно пришло из гипноза, где оно известно как идеодинамический эффект. Выстраивание ассоциативной способности к формированию и восприя-

тию идей может приводить к изменениям в поведении. Простой пример - живая и убедительная ассоциация с поеданием лимона, вызывающая слюноотделение. Точно таким же образом Эриксон использовал свой метод *ориентации в направлении*: чтобы создавать обилие ассоциаций, которые выстраиваются и вызывают конструктивное изменение, основой которого служит сам пациент.

Позиция М (*The Miner*): Шахтер

Клиницисты добывают резервы. Мы можем предположить, что у каждого пациента есть невыделенные ценные ресурсы. Наша работа — помочь пациенту установить с ними контакт и реализовать эти внутренние, основанные на опыте ресурсы. Каждый курильщик знает, как обходиться без сигареты. Каждый пациент, испытывающий депрессию, знает, как изменить настроение. Каждый шизофреник знает, как сделать процесс обмена информацией понятным. Каждый страдающий фобией знает, как расслабляться. Задача терапии - помочь человеку узнать, активировать, развить и утилизировать ресурсы.

Позиция N (*The Neurosurgeon*): Нейрохирург

Нейрохирург должен действовать точно. Метафора нейрохирурга в искусстве — это некое сочетание поэта и актера. Поэт подбирает аллюзии, желая, чтобы каждое слово точно выражало суть. Актер хочет, чтобы был точным каждый его жест.

Точность — критерий работы Эриксона: его слова и подтексты всегда точны. Даже жесты Эриксона были намеренно сфокусированы, и подтексты этих жестов так же были сфокусированы. Точность усиливает эффект сообщений, и только любящий свое дело, благодаря своему усердию, может быть уверен, что он все делает правильно. Я нигде не чувствовал к себе такой заботы и такого уважения, как во время общения с Эриксоном, что отчасти объяснялось тем, насколько искусным и точным он стремился быть в своем общении со мной.

Позиция О (*The Originator*): Изобретатель

Быть изобретателем — значит, делать каждую терапию уникальной, специально приспособлять ее для каждого отдельного че-

ловека. Ко дню празднования 75-летия Эриксона Маргарет Мид (1997) написала, что одной из его отличительных особенностей является готовность изобретать новую терапию для каждого отдельного пациента.

В 1979 году я спросил у Эриксона разрешения организовать Первый международный конгресс по эриксоновским подходам к гипнозу и психотерапии. Когда он дал согласие, я попросил его написать несколько слов для брошюры, которые кратко выражали бы сущностные аспекты его мышления. Он написал следующее: «Каждый человек - уникален; следовательно, терапия должна формулироваться так, чтобы отвечать его уникальным потребностям, а не подгонять человека под прокрустово ложе некоей гипотетической теории человеческого поведения».

Понсе де Леон, возможно, искал источник вечной молодости во Флориде, но Эриксон нашел его в Фениксе. Его подход, предполагающий изобретение и приспособление терапии для каждого отдельного пациента, всегда оставался динамичным... и он сам оставался молодым.

Позиция Р (*The Provocateur*): Провокатор

В терапии мы можем сделать нечто, что вызовет у пациента напряжение. Обычно мы считаем, что работа клинициста заключается в том, чтобы ослабить напряжение, раскрепостить человека. Но, если вы входили в кабинет Эриксона, то он мог начать взаимодействие и с усиления напряжения. Даже когда он приступал к гипнотическому наведению, он мог усиливать напряжение, что, казалось бы, шло вразрез с тем, чего люди от него ожидали. Мы по наитию представляем себе гипноз как нечто, вводящее человека в состояние сна. Эриксон же на своих сеансах транса мог сначала усиливать напряжение, а затем ослаблять его, — так он часто делал, работая с пациентами с фобиями. Такие меры, казалось бы, противоречат здравому смыслу, но, если вы представляете себе психотерапию как нечто меняющее привычный паттерн поведения, то терапевтическим моментом здесь как раз будет усиление напряжения. Если вы можете менять что-то в одном направлении, то вы можете менять это и в другом направлении.

Позиция Q (*The Quixotic*): Идеалист

Мы можем быть мечтателями, и даже романтиками — в донкихотском смысле. На Мемориале Линкольна начертаны следующие слова: «Без видения люди гибнут». Мы хотим создавать для своих пациентов видение, чтобы они могли вступить в него и реализовать в своей жизни больше потенциальных способностей. Эриксоновский подход - целенаправленный, ориентированный на предвидение и осуществление конструктивного будущего.

Позиция R (*The Rector*): Пастор

Мы можем иметь веру, объединяющую в себе три момента: (1) Мы можем верить в способность пациента к изменению, верить в существование внутри нас дремлющих ресурсов. (2) Мы можем верить в способность психотерапевта к изменению. Когда пациент приходит на первый сеанс, то *первый гипноз* иногда оказывается *самогипнозом* для клинициста. Вы можете всмотреться внутрь себя и обратиться к пониманию того, что вы и сами проводили в себе непростые личные изменения. Основываясь на вере в то, что вам уже приходилось менять нечто подобное, вы можете конгруэнтно выстроить свой разговор с пациентом, помочь ему осознать, что он тоже может провести подобное изменение. (3) Мы можем верить в способность психотерапевта утилизировать все, что приносит с собой пациент. Утилизация — это еще один отличительный признак эриксоновского подхода. Каждый из случаев Эриксона основан на идее утилизации.

Позиция S (*The Spin Doctor*): Спин-доктор*

Чтобы провести рефрейминг собственного хронического дискомфорта, Эриксон обычно говорил: «Мне все равно, что я чувствую боль. Но мне не нравится альтернатива». Для него не было альтернативы. И боль для него означала, что он еще жив. Простой рефрейминг способен кардинально изменить проблему, позволяя увидеть ее в новом свете. Иногда бывает достаточно изменить эмоциональный фон проблемы, который может изменить и саму проблему.

* Спин-доктор — человек, чья работа заключается в том, чтобы поставить «позитивный спин» на события и ситуации (утвердить позитивный смысл) — *Прим. н.ред.*

Позиция T (*The Tour Guide*): Проводник

Вы хотите мысленно видеть результат терапии, а также любых включенных в нее вмешательств. Вы для пациента не попутчик, а скорее — проводник, чем собственно и должен являться гуманистический психотерапевт. Если вы наблюдаете за развитием гипноза у студента, и во время метафоры или наведения касаетесь его плеча и спрашиваете: «Где это, куда ты направляешься?» - то вы хотите, чтобы он дал вам определенный ответ. Стратегические психотерапевты удерживают в уме некую цель и работают над ее достижением.

Позиция U (*The Utilitarian*): Утилитарист

Клиницисты работают лучше, когда утилизируют и то, что приносит с собой пациент, и уникальные обстоятельства всей ситуации в целом, в которой пациент оказался. Все случаи Эриксона основывались на утилизации. Большая часть моих последних работ была посвящена распространению эриксоновского метода утилизации. Утилизация — основной момент эриксоновского гипноза и психотерапии. Это позиция, из которой происходят многие другие позиции. (Более подробно об утилизации см. в книге Зейга, 1987).

Позиция V (*The Visitor*): Посетитель

Клиницисты являются просителями. Мы спрашиваем пациента, чтобы он впустил нас в свой мир. Мы стараемся, чтобы он отвечал конструктивно. Самая главная цель предложения ввести пациента в гипноз — это постучаться в двери внутреннего мира пациента и попросить, чтобы вас впустили. Согласие пациента служит реакцией на преднамеренный смысл наведения. Когда пациент отвечает, он как бы указывает: «Входите. Добро пожаловать в мою гостиную».

Позиция W (*The Watcher*): Наблюдатель

Психотерапевт должен быть утонченным наблюдателем, наблюдать очень пристально, используя всю свою наработанную проницательность для обнаружения и выстраивания мельчайших ответов со стороны пациента. Эриксон отличался особой остротой восприятия, развитие которой он поощрял и в своих учениках. (Более подробную информацию см. в книгах Зейга, 1985, 1997).

Позиция X (*X-mas*): Рождество

Терапия в некотором роде напоминает Рождество, где психотерапевт — как Санта Клаус. Пациенты приносят свои симптомы, свои проблемы, *упакованные как подарки*. Психотерапевты предлагают вмешательства, такие как метафоры и короткие истории, в которых *упакованы как подарок* решения. Терапия — это обмен подарками (и присутствием).

Позиция Y (*The «Yes» Men and Women*):

Люди, говорящие «да»

Мы опираемся на позитив. Мы создаем *набор «да»*. Вы читаете. Вы интересуетесь. Вы учитесь. И вы можете зарегистрироваться для участия в очередной Конференции по развитию психотерапии. Мы хотим помочь своим пациентам установить такой образ мышления, который позволял бы им думать: «Да. Да. Я могу отличаться от других».

Позиция Z (*The Zealous*): Жаждающий

Мы можем с усердием ждать изменений, которые осуществляет пациент. Находясь рядом с Эриксоном, я, разумеется, многое делал неправильно, но один из моментов, который я определенно усвоил — это то, что когда я что-то делал правильно, Эриксон ласково улыбался мне, подразумевая: «Конечно, ты сделал это правильно. Я все время знал, что ты справишься». Мы можем страстно хотеть, чтобы пациент проявил свои способности к приспособлению. Мы можем ждать изменений и адекватной адаптации, создавая тем самым мощные атрибуции.

Заключение

Проблема пациента отчасти заключается в его жесткой позиции, которую он занимает, сталкиваясь со своими злободневными жизненными проблемами. Занимая гибкие позиции, клиницисты моделируют в пациентах необходимую гибкость. Кроме того, я обычно меняю позицию во время сеанса, чтобы усилить свое вмешательство. Я даже могу принять некую театральную позу, чтобы со-

здать для пациента мощный зрительный ориентир относительно его ограничения или ресурса.

Более того, занимая гибкую позицию, можно генерировать вмешательства, распространяя эту гибкость на саму терапию при встрече с кризисными проблемами, которые пациент принес на терапию. Возможно, в терапии мы не скажем пациентам ничего нового. Возможно, у нас не будет информации, которой пациенты еще не полагают. Но мы можем располагать гибкими методами предложения идей, позволяющими ощутить эти идеи на опыте. Гибкие позиции пробуждают гибкие способы существования в обоих участниках — и в пациенте, и в психотерапевте.

Литература

- Cialdini, R. (1985). *Influence: Science and Practice*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.
- Erickson, M. H. (1964). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198B209.
- Mead, M. (1977). The originality of Milton Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 4B5.
- Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1990). Seeding. In J. K. Zeig (Ed.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1992). The virtues of our faults: A key concept of Ericksonian therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1997). Experiential approaches to clinical development. In J. K. Zeig (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (2003). Lessons from Ericksonian Hypnosis: the «A» to «Z» of Changing Therapeutic Postures, In J.K. Zeig, (Ed.) *The Evolution of Psychotherapy: A meeting of Minds*. Phoenix: Erickson Foundation Press.

2

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ КЛИНИЦИСТА

Введение

«В психотерапии мы без конца сталкиваемся с фактом отсутствия целостности в жизни большинства людей. Люди либо живут своими прошлыми победами и поражениями, либо озабочены тем, что их ожидает в будущем. На самом деле они даже и не живут, а лишь используют левое полушарие своего мозга, чтобы без конца думать о жизни. Такая мета-жизнь чем-то сродни «недугу» под названием «мета-коммуникация», которым страдают все психотерапевты. Мы проводим жизнь в обсуждениях сказанного и редко когда говорим по существу...»

Какова же главная цель психотерапии?.. Вероятно, избавиться от прошлого (хорошего и плохого) и от будущего (хорошего и плохого) — и просто быть». (Whitaker, 1982, с. 495—496).

Прокладывание пути от разума к сердцу — эта проблема беспокоит психотерапевтов всех направлений. Обычно пациенты понимают свои трудности, но оказываются не в состоянии принять эффективные контрмеры. Однако клиницистам, умеющим отличать техническое или теоретическое понимание от позиций, выработавшихся на основе опыта, или от чувственных состояний, проще корректировать дистанцию между умом и сердцем. Более того, это различие помогает клиницистам развивать свою индивидуальность.

Текст главы первоначально был опубликован в книге: Зейга, J. K. (1997), *Эволюция психотерапии: Третья конференция*. Нью-Йорк: Бруннер/Мазель, с. 161 — 176.

В этой главе я ставлю несколько целей, каждая из которых касается различия между техническим пониманием и пониманием чувственного опыта.

1. Я хочу порассуждать о своем становлении в качестве клинициста, особо останавливаясь на своем развитии как преподавателя.
2. Я хочу обрисовать в общих чертах разрабатываемый мною эмпирический метод подготовки, который пока еще находится в начале своего развития.
3. Я хочу побудить клиницистов к применению этого метода — как для их собственного роста и развития, так и в качестве инструмента клинической практики.

Прежде чем продолжать, я сделаю три предварительных замечания. Первое: говорить о методах, основанных на чувственном опыте, в лучшем случае нелегко, а в худшем случае — неимоверно сложно. Когда мы говорим о ярких переживаниях, наша излишняя склонность к метакомментариям вытесняет из них все живое. Поэтому в свою подачу материала я буду вкраплять эмпирические методы, учитывая то, что данный (печатный) формат больше подходит для дидактических выкладок, чем для передачи практических знаний.

Второе: я буду в основном опираться на идеи Милтона Эриксона как на модель. Я не ставлю целью передачу его идей, хотя, возможно, передача здесь отчасти присутствует. Я когда-то и сам обучался психотерапевтическим подходам, и внимательно исследовал работу мастеров многих отраслей знания. Но, в конечном итоге, Эриксон оказался для меня самым интересным, самым виртуозным и самым лучшим клиницистом из всех мною виденных без исключения. Он обладал самым удивительным диапазоном средств, доказывающих его способность терапевтически договариваться с пациентами самых различных типов. Я не единственный, кто пришел к такому заключению. Эриксон и его профессиональная деятельность оказали глубокое влияние на многих известных психотерапевтов и практикующих клиницистов.

Третье: мой интерес к гипнозу естественным образом побуждает меня рассматривать вещи в терминах состояний, а интерес к драме, который появился у меня позже, побуждает к рассмотрению происходящего в терминах позиций. У гипнотических состояний и выразительных поз есть нечто общее, а именно то, что и то, и другое, по сути, основано

на чувственном опыте. Как вы увидите, здесь мы главным образом сосредотачиваемся на внутреннем опыте человека.

В качестве введения в мир чувственного опыта давайте рассмотрим два случая.

Случай 1

Однажды к Эриксону пришла пара, проблемой которой был алкоголизм жены. Алкоголизм носил скрытый характер: например, выходя в выходные поработать в саду, она брала с собой бутылочку, где-нибудь прятала и время от времени попивала тайком. Муж давал жене советы, всячески противостоял ее привычке, критиковал и сдерживал ее, но все было бесполезно. Жена продолжала пить, нанося ущерб и самой себе, и супружеским отношениям.

У мужа тоже было свое «маленькое хобби». Все выходные напролет он сидел в гостиной и читал «старые пыльные газеты и журналы». Жена давала мужу советы, всячески противостояла его привычке, критиковала и сдерживала его, но все было бесполезно. Муж продолжал заниматься своим хобби, нанося ущерб и самому себе, и супружеским отношениям.

В процессе интервью Эриксон обнаружил две детали, которые, казалось бы, не относятся к делу. У этой пары был жилой автофургон, которым они не пользовались уже много лет, а еще они ненавидели рыбалку.

Во время первого вмешательства Эриксон посоветовал жене купить бутылку виски, принести домой и хорошо спрятать. Придя домой с работы, муж должен был в течение часа постараться найти спрятанную бутылку, и если он ее не найдет, значит, жена может пить дома безнаказанно.

Жена с огромным энтузиазмом стала искать место, куда можно спрятать бутылку так, чтобы никто ее нашел в течение часа. Она продолжала выполнять это действие в течение нескольких дней, но потом встала в тупик и потеряла энтузиазм. Пара вернулась к Эриксону.

На сей раз, к великому разочарованию пары, Эриксон отправил их на рыбалку. Они отказывались, напоминая ему о том, что они не любят это занятие, но он все равно настаивал. Игнорируя их нарастающий протест, он оставался непреклонным в отношении своих

указаний. Наконец, они спросили, почему им так важно поехать на рыбалку. «Что ж», - ответил Эриксон, - «это единственно правильная для вас терапия. Жена, если ты окажешься в лодке посередине озера, то там тебе негде будет прятать виски. Муж, если ты окажешься в лодке посередине озера, тебе там негде будет разложить книги, журналы и газеты. Отправляйтесь на рыбалку!»

Пара взбунтовалась и вместо рыбалки отправилась за город с палаткой. Так они открыли для себя хобби, которое их объединяло. Кроме того, они вновь обнаружили интерес к своим отношениям. Муж добровольно отказался от своей изоляции. Жена добровольно отказалась от алкоголя. Они изменились по собственной воле: Эриксон лишь создал климат, в котором они могли бы исследовать и менять свое поведение.

Случай 2

Ко мне пришел с жалобами на тревогу один бизнесмен, участвовавший в крупной сделке. Когда я попросил его точно определить это чувство, он сказал, что оно «подобно ощущению камня» в груди. Тогда я спросил, какой внутренний диалог предшествует этому «ощущению камня», но он не смог идентифицировать его. Вообще, этот человек четко выражал свои мысли, осознавал, что с ним происходит с точки зрения психологии, и ранее великолепно описывал свою психодинамику.

Я заговорил с ним на тему поддержки. Я спросил, какие поддерживающие слова ему помогают и что ему необходимо услышать. Он вспомнил своего отца, центральную фигуру в его жизни. Отец, бывало, говорил ему, что тот поработал достаточно, «не слишком мало, не слишком много», и поэтому может «положиться на свою интуицию». Хотя этот пациент был старше меня, я выпрямился перед ним и произнес, тихо, но властно: «Ты достаточно поработал над своей сделкой. Я это знаю. Мы это уже обсуждали. Ты можешь положиться на свой хитрый ум [качество, которое он ценил] и на свою интуицию». Он заморгал, а затем закрыл глаза.

Я рассказал ему историю про сон, приснившийся мне в 1980 году накануне Первого международного конгресса по эриксоновскому подходу к гипнозу и психотерапии, созданному, чтобы отдать дань уважения Эриксону. Я был организатором этого Конгресса, ставшего самым крупным событием из всех, которые я когда-либо

устраивал: тогда, в свои тридцать три года, я был неопытен и очень тревожился.

В ночь перед Конгрессом мне приснилось, что ко мне подошел Эриксон и обнял меня, хотя, когда мы с ним познакомились, он уже был прикован к инвалидному креслу. В том сне он сказал мне: «Я люблю тебя». Я запомнил эту фразу. Я запомнил ощущение тела Эриксона, стоявшего передо мной. Когда я проснулся, я гордился своим бессознательным умом, предоставившим мне этот образ. В последующие дни, когда, входя в конференц-зал, я испытывал тревогу, я воскрешал в памяти этот сон, включая сказанные слова, и вызванное им ощущение.

Затем я рассказал пациенту другую историю — о том, как я попросил друга, чтобы тот обнял меня перед большой презентацией. Я часто вспоминаю те объятия на сцене.

После того как я закончил рассказывать свои истории, пациент открыл глаза и сразу перешел к идее посетить могилу отца, поскольку приближалась десятая годовщина его смерти. Я предложил ему взять что-нибудь со своего двора, к примеру, камень, и отнести его на кладбище. Он мог бы нести этот камень, держа возле груди, а затем положить на могилу.

В этой связи я побеседовал с пациентом о важности символики. Я описал ему символы, присутствующие в моем кабинете, которые были отчасти заимствованы у Эриксона. Я отметил, почему Эриксон стал для меня во многих отношениях символическим отцом.

Все это время я проводил клиническое вмешательство, руководствуясь следующими вопросами: как я могу помочь этому человеку изменить его ощущение в груди? Как я могу помочь ему изменить смысл этого ощущения, форму, содержание и так далее? Как я могу помочь ему изменить ассоциации, лежащие в основе проблемы?

Уже уходя из моего кабинета, он завел разговор о своей подруге, которая, как мне стало известно, была для него важна. Я также узнал, что он очень ценит ее поддерживающие объятия. Его подруга решила, что висевший у него в кабинете портрет отца следует забрать домой, где хранились все остальные семейные фотографии. Когда сеанс закончился, он уходил от меня, размышляя: «Думаю, что в данном случае она права. Будет лучше, если я верну портрет в свой кабинет». Я воспринял его замечание как символическое подтверждение эффективности терапии.

Давайте на некоторое время приостановим наше обычное мышление, посредством которого мы привыкли оценивать динамику теории и практики, а то и самого психотерапевта. Вместо этого давайте рассмотрим «позицию» терапевта и сформулируем два вопроса: (а) какую позицию занимает клиницист, проводящий такое вмешательство? (б) может ли клиницист систематически развивать свою позицию, влияние и социальную роль, чтобы заниматься таким лечением? Если да, то, каким образом? Давайте ответим на эти вопросы, используя в качестве модели идеи Эриксона.

Эриксоновские позиции

Прежде чем рассматривать такой вопрос как позиция терапевта, я вкратце опишу четыре клинических позиции Эриксона: *создание чувственного опыта, утилизация, ориентировка в направлении и эффективная коммуникация*. Одной из позиций, ставшей уникальной особенностью работы Эриксона, является концепция *создания чувственных переживаний*. Эриксон устраивал терапевтический контакт так, чтобы пациент мог на опыте реализовать свои ранее не признанные способности справляться с проблемой и проводить изменения. Удачный пример — случай той пары. Эриксон знал, что в них есть (но не до конца распознана) способность жить более успешно. Он просто устроил для них обстоятельства таким образом, чтобы они смогли получить доступ к этой способности, и был готов признать, что изменение произошло вовсе не потому, что ему предшествовал инсайт. Эриксон в терапии (и в преподавании) воздерживался от инсайта в пользу эмпирических методов.

Вторая позиция — это *утилизация*, она утверждает, что все, присутствующее в терапевтической ситуации, может быть использовано для достижения терапевтических целей. Утилизация — это позиция готовности психотерапевта стратегически отреагировать на все без исключения аспекты самого пациента или его окружения. В случае пары, которая не любила рыбалку, Эриксон использовал привычку жены к скрытности, бунтарскую натуру их обоих, а также их нелюбовь к рыбалке.

Такое поверхностное объяснение концепции утилизации, которое мне сейчас приходится давать, — увы, лишь пародия, отнюдь не отражающая подлинную роль утилизации как визитной

карточки эриксоновского подхода. Вот уже десять лет как я стремлюсь овладеть этим подходом. Более того, большая часть моих трудов по эриксоновским методам, написанных мною за последние десять лет, состоит из объяснений метода утилизации. Я утверждаю, что утилизация для эриксоновской терапии — это как интерпретация для психоанализа или десенсибилизация для бихевиориальной терапии. Многие известные клиницисты действительно утилизируют то, что приносит им пациент. Однако степень, до которой Эриксон развил свою способность к утилизации, не имеет себе равных (более подробную информацию об утилизации см. Зейг, 1992).

Давайте на некоторое время примем утилизацию за главную и определяющую характеристику эриксоновского метода и согласимся в том, что ее эффективность клинически доказана. И все же, почему клиницистам столь необходимо развивать в себе позицию утилизации? Одна из причин заключается в том, что утилизация обращается к некому сущностному аспекту психологических проблем. Психологические проблемы могут пониматься как *ограничения, в которые человек верит*. Иначе говоря, пациенты действуют так, будто они не могут изменить себя или адекватно справиться. Утилизация, наоборот, основана на достаточности. Терапевт моделирует проактивное состояние алхимии, создавая из тяжелых ситуаций практичное, терапевтическое золото. Благодаря этому и пациент ощущает стимул вести себя точно так же.

Утилизация — это подход, который я использую в любом гипнотическом наведении. Я извлекаю различные моменты из непосредственной реальности и использую их для достижения трансовых целей, таких как внутренняя поглощенность человека и содействие его конструктивной диссоциации. Например, групповое наведение можно начать с такого внушения: «Вы сидите здесь и, вероятно, вы знаете, что перед вами газеты и книги. Вам какое-то время не нужно... усиленно сосредотачиваться на том, что находится перед вами. Сейчас вы просто позволяете чему-то происходить в ваших мыслях. Я не знаю, может ли ваш бессознательный ум живо вспомнить то время, когда вы читали книжки в школе, приятные моменты, когда вы читали на пляже или дома. Но вы продолжаете наслаждаться развивающимся комфортом, который может быть частью развивающегося опыта...»

Третья позиция, характерная для метода Эриксона - это акцент на недирективности, принцип *ориентации в направлении* цели. Ориентация в направлении осуществляется подобно тому, как духовный учитель, вместо того чтобы непосредственно излагать религиозные догмы, использует притчи.

Техники косвенного внушения разъясняются во многих книгах. Для настоящих целей давайте предположим, что техника косвенного внушения и позиция ориентации в направлении во многих терапевтических случаях оказываются действительно удивительно эффективными.

Один из компонентов ориентировки в направлении позиции, а именно - направляющие ассоциации, проиллюстрирован в вышеупомянутом случае 2. Мой метод направлен на то, чтобы изменить ассоциации пациента в отношении его тревоги. И хотя эффективная терапия может проходить путем анализа ассоциаций, ее можно рассматривать и как ре-ассоциацию внутренней жизни (Erickson, 1948) и направлять предсознательные ассоциации, тем самым обеспечивая эффективность лечения.

Четвертая позиция, неразрывно связанная с методом Эриксона, — это идея *коммуникации, направленной на результат*. Разумеется, все психотерапевты осуществляют коммуникацию с целью направленного влияния, но Эриксон как гипнотерапевт очень тонко ориентировался на запланированный результат своих внушений. В противоположность этому основой многих других моделей психотерапии служит выявление внутренней структуры патологии в индивиде или семье. Но Эриксон скорее был пилотом, нежели археологом или океанографом.

В те годы, когда Эриксон сам обучался гипнозу, он исследовал, как люди реагируют на тонкости коммуникации. Он был исследователем социальной восприимчивости людей. Например, он использовал слова с хирургической точностью — чтобы извлечь реакцию. Он использовал вербальный подтекст, жест, смысл жестов и так далее. Особенно важно для Эриксона было то, как люди реагируют на косвенный намек при отсутствии полного осознания стимула, вызвавшего их реакцию. Родственным этому важному, но недостаточно изученному феномену является то, как вслед за одним человеком, закашлявшим в аудитории, начинают кашлять другие или когда незнакомые люди, сидящие

рядом, начинают бессознательно синхронизировать ритм своего дыхания и/или свои позы. Опять-таки, коммуникация, направленная на результат, - это та область, которой я не могу уделить должного внимания в этой статье, хотя в эриксоновских методах она крайне важна.

Очень многие специалисты обсуждают свою работу в «вертикальном разрезе», описывая глубину динамики в представленной патологии, истории или семейном паттерне. В противоположность им Эриксон как специалист в области гипноза смотрел на «горизонт»: он демонстрировал способность людей особым образом реагировать на такие нюансы, как местоположение голоса говорящего в пространстве, изменение интонации и темпа его речи.

Эти четыре позиции — *создание переживаний, утилизация, ориентация в направлении цели и коммуникация, направленная на результат*, — являются стержневыми концепциями моей терапии. Чтобы понять, почему я говорю о них как о «позициях» и даже как о *состояниях*, давайте изучим присущую им природу.

О переживании опыта

Рассмотрим эти четыре позиции: они могут рассматриваться просто как техники, которыми они в некотором смысле и являются. Они или связанные с ними методы в ряде эффективных терапевтических подходов собственно и описываются как техники. Тем не менее, сейчас мне хотелось бы рассматривать их как позиции клинициста, основанные на его чувственном опыте. Это важное различие бросает тень на обучение как таковое: техникам можно обучать, используя дидактические методы, а позициям, основанным на опыте, — нет. Для обучения позициям необходим свой отдельный метод, поскольку они важны как для клиницистов, так и для пациентов.

Позиции, основанные на чувственном опыте, крайне важны для пациентов, поскольку одни понятия можно усвоить интеллектуально, в то время как другие — нельзя, например, понятие «быть счастливым»: его нужно реализовать — лишь немногие рациональные урки, способствующие счастью, можно преподать публично.

Некоторые из трудностей понимания клинических методов Эриксона возникают из различия между уроками, для усвоения

которых можно использовать дидактические методы, и уроками, которые должны быть реализованы на опыте. Эриксон гораздо чаще находился в «пространстве эмпирического опыта». Это казалось как его клинической работы, так и его преподавательской деятельности.

Об обучении

Я на минуту отвлекусь от темы, чтобы рассказать об Эриксоне как о наставнике. Мое обучение под руководством Эриксона было таким же необычным, как и его терапия. Он никогда не видел, как я веду гипноз или терапию, хотя просил рассказывать о тех случаях, которые передавал мне. Он редко прибегал к дидактическим методам, но чаще обучал в процессе проведения терапии, используя эмпирические методы. Он предлагал гипноз, метафорические истории, задачи, аллюзии и так далее. Он не только воздерживался от когнитивного знания, но даже высказывал мнение, что оно чаще оказывается помехой, нежели подспорьем. Разумеется, читать можно и нужно, чтобы узнать содержание. Например, Эриксон был сведущ в психоаналитических подходах, применявшихся в его время, сотрудничал с Лоуренсом Куби и работал с такими аналитиками, как Сперджен Инглиш и Ив Хендрикс. Однако в ситуациях межличностной терапии Эриксон не раскрывал содержания, а скорее ориентировался на развитие чувственной позиции клинициста, для изучения же содержания он рекомендовал студентам книги.

В эриксоновском методе обучения присутствует некий подтекст, который оказал влияние на проводимую мной подготовку клиницистов: подготовка должна развивать собственное Я клинициста, а не только его способности выполнить ту или иную технику. Это не означает личностной терапии для клинициста. Есть много аспектов собственного Я, которые могут быть развиты в клиницисте — и не только посредством личностной терапии.

Я собираюсь показать, каким образом систематические методы могут использоваться для общего развития клинициста.

Прежде чем обсуждать развитие клинициста, я обрисую в общих чертах мою модель подготовки, чтобы раздел о развитии клинициста был понятен хотя бы в перспективе (эта тема подробно рассматривается в книге Зейга, 1992.).

Мой дидактический подход

Моя модель обучения основывается на пяти точках выбора вмешательства, а именно: *цель, подарочная упаковка, приладка, процесс и позиция клинициста*. Чтобы помочь студентам овладеть принципами и практикой, я использую некоторые эмпирические упражнения для каждой из этих составляющих. Для обучения позиции клинициста, я использую упражнения, основанные почти исключительно на чувственном опыте. Давайте вкратце рассмотрим первые четыре аспекта этой модели и затем обратимся к пятому, учитывая его уникальную роль как некой оси, вокруг которой вращаются четыре остальных. Каждая точка выбора содержит в себе основной вопрос.

Вопрос *цели*: «Что я хочу сообщить пациенту?» Компонент цели, как я учу, состоит из информации о собранных данных, а также из инструкций относительно уточнения проблемы и ее определения.

Вопрос *подарочной упаковки*: «Как я хочу передать цель?» Что касается упаковки, то здесь дидактический компонент более расширен и состоит из информации относительно использования техник, включая структуру гипноза, использование историй, метод вкрапления, назначение симптома и рефрейминг. Техники терапии рассматриваются как способ представления пациентам идей, упакованных в виде подарков: без такой упаковки они, как таковые, не обладают целебными свойствами.

Третья составляющая — *«приладка»*, задает вопрос: «Какую позицию занимает пациент?» Этот компонент концентрируется на оценке внутриспихического и межличностного стиля пациента. Собирается информация, которая полезна как для модификации упаковки в соответствии со стилем индивида, так и для использования позиции пациента, чтобы поставить цели лечения. Примером изменения упаковки в соответствии с уникальностью внутреннего мира каждого индивида могут служить модификации гипнотической индукции для человека интеллектуального склада ума и для художественной натуры.

Четвертый вопрос: «Каким образом может быть вызван некий драматический процесс, позволяющий цели, уже приспособленной для конкретного человека и соответствующим образом упакованной, «ожить»?» В этом процессе три стадии: *постановка, вмешательство и завершение*.

В оригинале: tailoring — шитье одежды, портняжное дело от гл. tailor — быть портным, шить, кроить, специально приспособлять. Для перевода уместны

Внимание к этим четырем пунктам повышает эффективность вмешательства. Одной из заслуг этой модели является ее очевидная клиническая полезность. Например, психотерапевт, использующий эту модель, имеет больше вариантов для выбора, если сталкивается с сопротивлением: при необходимости можно поменять цель, подарочную упаковку, подгонку (адаптацию) или процесс. Кроме того, на улучшение результата терапии может больше всего повлиять последняя точка выбора, а именно — позиция психотерапевта. Если возникает сопротивление, самого психотерапевта тоже можно «поменять». Нет, я не имею в виду отправиться к другому специалисту - я говорю о том, что самому клиницисту нужно найти доступ к своим внутренним способностям, которые он прежде не задействовал. Как мы увидим позже, систематическое использование методов, основанных на чувственном опыте, оказывается очень ценным для тренировки способности клинициста быть гибким в проявлении своих терапевтических способностей.

Рисунок на стр. 51 иллюстрирует эту модель.

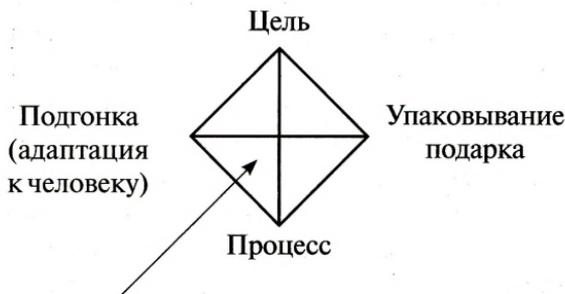
Позиция психотерапевта

Чтобы рассмотреть *позицию психотерапевта*, можно задать вопрос: «Какую позицию занимает клиницист?»

Позиция психотерапевта может подразделяться на четыре категории: *линзы*, *мышцы*, *сердце* и *шляпы*, — каждая из них отражает некий профессиональный и личный аспект, скорректированный опытом. Первая, *линзы*, представляет способ видения. На профессиональном уровне линзы устанавливаются, когда знания, полученные в семейной терапии, начинают расходиться со знаниями, полученными в области бихевиориальной терапии. На личностном уровне линзы, сквозь которые привыкаешь смотреть, воспитываясь в своей семье, отличаются от линз, сквозь которые привыкли смотреть соседи. Вторая категория, *мышцы*, — это способ действия. Например, психоаналитики часто гипертрофируют свою интерпретацию мышц, в то время как последователи Эриксона развивают свои способности ориентировки в направлении. Третье качество — сострадание — проявляется в *сердце*. И четвертая категория — *шляпы* — символизирует социальные роли психотерапевта.

слова из обихода портного: *приладка, примерка, подгонка*, а также — *скроить, приспособить к инд. стилю, адаптировать к человеку и др.* — *Прим. ред. пер.*

ЭРИКСОНОВСКИЙ АЛМАЗ



Позиция психотерапевта:

1. Личная
2. Профессиональные линзы, мышцы, сердце и шляпы

О развитии психотерапевта

Особенности позиции психотерапевта продолжают развиваться в процессе его подготовки и накопления опыта. Традиционные профессиональные источники роста и развития включают в себя обучение в учебном заведении, постдипломные тренинговые программы, супервизии, а также опыт, получаемый в процессе работы с пациентами. Здесь могут быть полезны лекции, моделирование, осуществляемое специалистами, личная терапия, супервизия, книги, записи, ко-терапия, а также наблюдение через одностороннее зеркало, как преподаватель работает со стажером. Хотя эти методы совершенствования способностей психотерапевта считаются эффективными, они не сильно связаны с опытом и мало на него опираются.

Как я полагаю, большинство психотерапевтов, независимо от своей теоретической направленности, относят свое профессиональное становление к сочетанию вышеупомянутых источников.

Когда клиницистов спрашивают о главном источнике их роста и развития, они рефлексивно отвечают: «В основном я учился у своих пациентов». Однако неопределенная природа такого заявления не внушает мне доверия. Чему учился? Учился тому, как напрасно страдать? Учился тому, как быть негибким, невосприимчивым,

неподдающимся? Пусть мне не пристало быть самоуверенным умником, но все же я не перестаю задаваться вопросом: почему такой важный вопрос, как профессиональный рост и развитие, оставлен на волю случая? Можем ли мы применять некий последовательный метод?

Например, можем ли мы относиться к подготовке психотерапевтов как к спортивной тренировке, которая требует упражнений, практики и дисциплины? Если да, то психотерапевты могли бы регулярно тренироваться (и обучаться нескольким смежным специальностям), чтобы совершенствовать свое развитие. При этом акцент в основном делался бы не на техниках, но на освоении терапевтических позиций, на росте и развитии. В попытке продвинуть рост и развитие психотерапевта я разработал систему последовательной эмпирической подготовки, которую вкратце намечу далее. Но сначала я опишу, как эта модель родилась из идей Эриксона.

Самообучение по Эриксону

В методах Эриксона прослеживается некая модель самообучения позиции терапевта. Он говорил о ряде упражнений, которые использовал для собственной тренировки. Он также рассказывал, что когда он только начинал свою деятельность, то компенсировал пробелы в обучении на медицинском факультете, в интернатуре и ординатуре следующим образом: он получал у социальной службы социальный анамнез, пытался интуитивно понять его, а затем на основе этого анамнеза проводил письменное исследование психического состояния человека. Затем он проводил реальное исследование психического состояния и сравнивал свое интуитивное понимание с реальным. Впоследствии он переворачивал этот процесс: сначала он проводил исследование психического состояния, записывал интуитивно полученный социальный анамнез и затем сравнивал его с реальным социальным анамнезом. Он говорил, что выполнял это упражнение с сотнями пациентов. Он пытался не столько изучить содержание, сколько стать мастером позиций, освоить стиль понимания человеческих обстоятельств.

Кроме того, Эриксон говорил, что уделяет внимание нюансам в социальном поведении человека, и записывал свою экстраполяцию того, что они значат. Работая, как Шерлок Холмс, он искал ключи к

разгадке и решался на письменный прогноз. Затем он сдавал его на хранение секретарю и ждал подтверждения. Например, заметив, что человек склонен в своем поведении к красноречию, он позволял себе написать следующее: «У этого человека любовный роман». Кроме того, он усердно работал над развитием позиции, экстраполируя минимальные сигналы. Он не фокусировал свое внимание только на расширении базы своего когнитивного знания.

Всю свою жизнь Эриксон был предан собственному росту и развитию. Незадолго до его смерти я задал ему один простой, чисто административный вопрос. Он на него ответил, но для ответа использовал косвенный метод, рассказав историю. Мне пришлось «распаковывать» его ответ. Меня заинтересовало то, почему он не ответил прямо. У меня даже возникло ощущение, что он играл или, скорее, упражнял свои мышцы «ориентировки в направлении», желая поддержать тонус.

Более того, Эриксон давал мне задания для моего личного развития, хотя и не систематически. Например, он говорил мне, чтобы я пошел на школьный двор и понаблюдал за детьми. (Если вы будете это делать, помните, не надевайте пальто!) Я должен был предсказать, какой ребенок пойдет за игрушкой следующим и за какой игрушкой он пойдет, кто из детей первым покинет группу. Идея экстраполяции и проекции будущих паттернов на основе небольших фрагментов поведения была близка и дорога Эриксону, и он поощрял этот настрой в своих студентах.

Я сохраняю эту традицию и часто выбираю для себя тему месяца - то, над чем я буду работать, чтобы развиваться на профессиональном или на личностном уровне. Например, я могу посвятить время развитию своего зрительного восприятия. Я могу работать над вопросами техник, например, над развитием мастерства в использовании гипнотической амнезии или в предписании симптома.

Чтобы продвигать философию самообучения, я даю студентам практические указания, чтобы они делали то же самое. На семинарах я даю студентам задачи на каждый месяц, чтобы они могли развиваться еще и как психотерапевты. Вот, например, двенадцать задач с последних семинаров:

1. Продумайте для каждого пациента ответ на вопрос: что ценит этот пациент? Для конкретности напишите для каждого пациента два или три характеризующих его качества.

2. Для каждого отдельного пациента ответьте на следующий вопрос: каким образом вы, как клиницист, узнаете, что пациент может измениться или научиться справляться с проблемой?
3. На каждом сеансе хотя бы раз используйте метод утилизации.
4. Улыбайтесь, когда проводите гипнотическое наведение, жестикулируйте свободно и конгруэнтно, в то время как глаза загипнотизированного пациента закрыты.
5. Встречаясь с новым пациентом, после пяти первых минут общения с ним спрогнозируйте, какой из гипнотических феноменов он сможет реализовать наилучшим образом.
6. Собирайте отдельные истории о человеческой гибкости и консервативности. При случае рассказывайте их пациентам.
7. Для каждого пациента, с которым вы работаете, напишите фразу, кратко выражающую его уникальный стиль реагирования.
8. Откажитесь на месяц от своих привычных способов работы. Не используйте метод, который вы чаще всего использовали. Например, если вы последователь Эриксона, не рассказывайте истории. Если вы аналитик, не делайте интерпретаций. Посмотрите, что у вас возникнет вместо вашего основного метода.
9. Сделайте конкретный прогноз по поводу того, как пациент будет сопротивляться вашим предписаниям или терапевтическим указаниям.
10. Записывайте в течение двух недель то, каким образом пациент дезориентирует вас. В течение двух следующих недель записывайте то, каким образом вы его дезориентируете. Будьте конкретны.
11. Составьте список того, как вы хотите развиваться в качестве клинициста. Перед каждым сеансом произносите это про себя как торжественное заявление.
12. Рассуждайте в понятиях аналогий. Опишите проблему пациента как цвет, как инструмент, как растение или как сосуд для воды. Посмотрите, как это повлияет на терапию.

Не избегайте расширенного использования этого метода тренировки: вы можете каждую неделю или каждый месяц давать пациентам задачи, способствующие их росту и развитию. В этом есть

смысл. Терапия становится сложной игрой. Пациент предлагает психотерапевту проблему, а тот возвращает проблему пациенту.

У меня есть соображения по поводу таких предписаний, и это мои личные соображения. Одна индейская поговорка гласит: «Скажи мне, и я забуду. Покажи мне, и я, вероятно, не вспомню. Вовлеки меня — и я пойму».

Клинический пример

Давайте расширим этот метод и задумаемся над эмпирическими вмешательствами, касающимися вопросов переноса, помня о том, что в этой области я несколько наивен (уж не есть ли это перенос как таковой?), поскольку не получил классической подготовки.

Недавно я работал в Бразилии в составе группы супервизии по эриксоновской терапии, и там была одна женщина, страдавшая чрезмерной требовательностью к себе. Она определила, что главным источником такого чрезмерного стремления к совершенству для нее является отец. Я использовал некую модификацию техники Гулдингов, попросив эту женщину по очереди посмотреть на каждого из членов группы, представить себе, что она видит лицо отца, и услышать его слова: «Ты должна добиваться совершенства». Затем я попросил ее выполнить то же упражнение, но с лицом Эриксона (которым она восхищалась) и услышать на своем родном языке послание: «Иметь дело в равной степени и с хорошим, и с плохим — это настоящая радость жизни». Она была тронута этим простым экспериментом. На мой взгляд, именно переживания, а не сновидения, служат самым легким путем в бессознательное.

И все же, в психодинамических методах присутствует сильная эмпирическая традиция, восходящая, по крайней мере, к Францу Александру и корректирующему эмоциональному переживанию, но мне кажется, что в динамических методах такие переживания должны подаваться как основное блюдо, а понимание — как десерт. Динамические переживания могут предшествовать динамическому пониманию.

Размышления о характере терапии и о подготовке с оглядкой на развитие самой психотерапии, история которой насчитывает чуть более ста лет, — эта проблема, вероятно, является отпечатком эдипова комплекса.

Исторические рефлексии по поводу подготовки

На заре психотерапии в плане техник особенно нечему было учиться. Изыскания в те дни сосредотачивались на теоретических и концептуальных вопросах. Подготовка в основном акцентировалась на развитии психотерапевта. Таким образом, индивиды, решившие стать психоаналитиками, посвящали годы учебному анализу, благодаря чему учились избавляться от собственных искажений и переноса. Целью было развить анализируемого и превратить в инструмент терапии.

Однако после Второй мировой войны, вместе с появлением множества школ психотерапии, относящихся к различным направлениям, внимание сосредоточилось на самих методах психотерапии, а развитие психотерапевта отступило на задний план.

Но все же, когда терапия рассматривается в большей степени как искусство, нежели как наука, нам надлежит воспитывать в себе художников. Это требует совершенно иного подхода к изучению психотерапии. Если мы хотим изучать физику, мы можем узнавать ее правила на уроках или на лекциях ученых-физиков. Но если мы хотим научиться драме, сценическому мастерству или искусству, то мы не научимся этому в аудитории. Скорее, мы будем учиться этому изнутри, — не заучивать определенный набор правил, но обнаруживать нечто в самих себе.

Театр как модель

Пару лет назад я был поглощен идеей психотерапии как искусства и задался вопросом: «Неужели мы используем для подготовки психотерапевтов неправильную модель? Если действительно так, то какая модель была бы лучшей?» Я решил изучать театральное искусство, особенно импровизацию. Каждый раз, когда мы взаимодействуем с кем-либо, мы импровизируем. Подобно этому, коммуникация в психотерапии — это скорее импровизация, чем наука. Поэтому я и пошел на курсы, — чтобы узнать, как специалисты в области сценического мастерства обучают студентов импровизации.

Интересно, что многие выдающиеся психотерапевты обладали навыками актерского мастерства и драмы. Фриц Перлз, Пеги Пэпп, Якоб Морено и Вирджиния Сатир — все они в той или иной степени

владели актерским мастерством, которое использовали как инструмент в своем искусстве клинического воздействия.

Небольшая группа, проходившая шестинедельный образовательный курс для взрослых, на который я записался, состояла в основном из двадцатилетних. Занятия вела женщина со степенью доктора философии в области драмы. Впоследствии я посетил еще два шестинедельных курса по актерскому мастерству и импровизации. Мы начали вводное занятие с того, что представились друг другу и сформулировали причину, по которой сюда пришли. Первый студент назвал свое имя и сказал: «Я здесь, потому что хочу играть в театре». Следующий человек произнес: «Я здесь, потому что хочу сниматься в кино». Еще один сообщил: «Я хочу заниматься рекламой». Далее последовал вопрос: «Доктор Зейг, а вы здесь зачем?» «Я — шпион, — ответил я. — Хочу узнать, как преподаватели драматического искусства обучают импровизации».

После этого вступления все мы встали в круг и провели наш первый урок актерского мастерства: все пели «ла-ла». Задача заключалась в следующем: нужно было повторить вокальный паттерн: ла-ла-ла-ла-ла-ла-ла, ла-ла-ла-ла-ла-ла-ла, ла-ла-ла, ла-ла-ла, ла-ла-ла, ла-ла-ла-ла-ла-ла-ла-ла-ла, сопровождая его движением тела, например, хлопая в ладоши.

Сначала это упражнение вела преподаватель, и мы копировали то, что делала она. Но очень вскоре преподаватель повернулась ко мне и сказала: «Вы будете ведущим. Выберите другой звук. Используйте тот же ритм. Выберите другое движение». И я начал: «Па-па-па-па-па-па» — и выполнял движение руками, имитирующее убаюкивание ребенка. Все подражали мне. Следующая участница группы выбрала «га-га» и новое движение. В это время преподаватель вышла из круга и дала обратную связь: «Нет, Джефф. Твои движения недостаточно размашисты. Внимательно смотри на ведущую и повторяй за ней. Не га-га, а ГАХ-ГАХ». Затем мы закончили упражнение и, к моему удивлению, просто перешли к следующему. Никаких обсуждений. Никакой проработки того, что только что происходило. Никакого анализа. Никакого обмена мнениями.

Когда мои ожидания в плане последующих действий не оправдались, я вошел в состояние замешательства. «Погодите, — мысленно протестовал я. — Неужели мы не собираемся все это анализировать? Препарировать суть всего этого опыта?» Я могу все разоб-

рать на детали. Дайте мне что-нибудь, и я разрежу это на части, очищу шелуху и доберусь до сути. Пациенты мне много всего рассказывают. И я все это анализирую. Они рассказывают мне свои истории, и я их анализирую. Они описывают проблемы, связанные с отношениями, и я их анализирую. Я рассекаю их на мелкие кусочки и передаю эти компоненты обратно пациентам. Я очень искусен в этом процессе - разжевываю историю, перевариваю и возвращаю пациенту в более привлекательном виде.

Но на этом курсе мы не занимались разрезанием на части. Я просто не мог это переварить и извергнуть обратно без обдумывания. Внезапно я подумал: «Что все это значит? Чему я здесь учусь? Каким навыкам здесь обучают? Какие навыки необходимы для драмы?» Разумеется, одним из необходимых навыков является артикуляция. Чтобы выполнять любую сценическую работу, актер должен иметь хорошую артикуляцию. Я вспомнил, как преподавательница заметила: «Нет, Джефф, не га-га, а ГАХ-ГАХ». Я учился артикуляции.

Кроме того, сценическому актеру нужны свободные жесты. Мне, как психотерапевту, этот элемент был совершенно не свойственен. Когда я работаю, я сижу, максимально ограничивая движения своего тела. А теперь вдруг меня просят использовать жесты для создания эффекта.

Последний урок, который я усвоил из этого упражнения, касался важности моделирования. Чтобы исполнять роль в театре, вы должны моделировать. Если вы хотите быть неким действующим лицом, скажем — водителем такси, то вам лучше понаблюдать за водителями такси и смоделировать то, что они делают. Возможно, вам придется побыть и бомжом. Для этого вам стоит посмотреть вокруг, найти на улице бомжа и понаблюдать, что такого особенного делает бомж.

Из данного упражнения я сделал вывод, что эти три навыка - артикуляция, свободная жестикуляция и моделирование — важны в актерском мастерстве, однако никто об этом мне не говорил. Преподаватель не читала в начале занятия лекцию о том, что «первые три правила актерского мастерства - это артикуляция, жестикуляция и моделирование». Вместо этого мы выполняли упражнение, и считалось, что мы так или иначе реализуем все это и оценим по достоинству, и, выйдя на сцену, подключимся к артикуляции,

свободной жестикуляции и моделированию. В последующем импровизационном тренинге мы переходили от одного упражнения к другому.

Это не было похоже на учебу, к которой я привык, но больше напоминало обучение езде на велосипеде, — когда балансируешь, широко расставив ноги и отталкиваясь ими от земли.

Чтобы научиться кататься на велосипеде, нужно прочувствовать это нутром. Вы не учитесь езде на велосипеде своим левым полушарием. Вы не изучаете основы физики, позволяющие вам ездить на велосипеде. Это вам не поможет. Вы учитесь своим телом. Чтобы понять, что такое инерция, вы должны сидеть на велосипеде, пытаться сохранять равновесие, развивать осознание того, как движения тела влияют на направление езды и на устойчивость велосипеда. Вы пытаетесь, падаете — и пытаетесь снова. И спустя некоторое время у вас вдруг получается. Ваше тело научается этому — и вы едете.

Помните то трепетное ощущение «Ага!», когда вы впервые почувствовали, что наконец научились ездить на велосипеде? Я думаю, что то же самое должно происходить, когда вы осваиваете психотерапию. На самом деле психотерапия должна вызывать это трепетное «Ага!» не только в пациентах: психотерапевтическая подготовка должна вызывать подобное чувство и в обучающихся.

П сихоаэробии каsm

Я собираюсь представить свою модель подготовки, которая ведет происхождение из импровизационного тренинга. Сначала давайте уделим время на то, чтобы резюмировать и пересмотреть все, о чем уже говорилось. В психотерапии всегда присутствует некая изначальная субъективность, которой нельзя избежать. С одной стороны, позиция клинициста, основанная на его чувственном опыте, слишком специфична. Она проецируется в ситуацию терапии и частично формирует ее суть. Психотерапевты, чьи позиции дидактичны, преподают методы и с успехом их применяют. Харизматические практики будут использовать этот атрибут в качестве центрального ядра терапии, и пр.

При обучении с помощью дидактики, супервизии, моделирования, клинического опыта, книг, аудиозаписей, ко-терапии и зеркала

ла одностороннего видения могут получаться разные результаты. Клиническая подготовка должна развивать позиции, стиль, индивидуальность, направленность, способ бытия и состояния клинициста. Более того, желательно иметь систематическую эмпирическую программу. Когда я состоялся как преподаватель, я добавил к своему преподаванию один сущностный компонент — я разработал метод, позволяющий обучать позициям, основанным на чувственном опыте. Безусловно, все это — эриксоновские методы, и я надеюсь, что их возможности и значение еще шире. Во всех видах терапии следует расширять подготовку, чтобы установить и развить основные позиции. Таким образом, после растянутого пролога я перейду к сути. Я разработал эмпирическую систему подготовки, которую назвал *Психоаэробикой*sm.

Давайте исследуем несколько из семидесяти упражнений психоаэробики. Существует два класса упражнений. Один комплекс упражнений служит разминкой для навыков, которые впоследствии будут развиты, а также дает доступ к позициям, характерным для многих видов терапии. Второй комплекс состоит из более сложных упражнений, которые развивают позиции, характерные для эриксоновской практики.

Упражнение 3. Разминка

Третье разминочное упражнение можно выполнять в группе. Один из участников группы становится *подающим игроком*. Его задача — поведать группе некий личный секрет, который выдает эмоции. Подающий раскрывает этот секрет невербально, но прибегая к одному из трех других способов: (1) произносит слова беззвучно, одними губами; (2) пишет этот секрет в воздухе в виде законченного предложения, одновременно переживая эмоций; (3) рассказывает этот секрет вербально, используя при этом только один слог, имитирующий слова, например «бах», — а другие члены группы становятся *принимающими игроками*.

В одном из вариантов упражнения *принимающие* угадывали основную эмоцию и называли ее одним словом (не правда ли, удобно, когда любую эмоцию можно назвать одним словом?). Это не тот вариант, который я обычно использую, потому что я не фокусируюсь на обучении навыкам диагностической эмпатии: в основном

клиницисты развивают этот навык еще до посещения моих семинаров. В том варианте, которым я обычно пользуюсь, я тренирую так называемую *эмпирическую оценку*. В ответ на коммуникацию *подающего принимающий* должен непрерывно двигаться, позволяя своему телу *резонировать* с воспринимаемой эмоцией.

Представьте себе два резонирующих камертона, помещенных на проводящую поверхность. Если по одному из них ударить, то другой завибрирует - хотя в меньшей степени, чем первый. Точно так же *принимающий* позволяет своему телу принять такую позу, которая отражает эмоцию и/или смысл, лежащие в основе секрета *подающего*. Когда подающий заканчивает, принимающий занимает позу, которую подающий может исследовать и определить, соответствует ли полученное послание хотя бы приблизительно посланию переданному. Далее может следовать (а может и нет) групповое обсуждение.

Психотерапевт может по своему опыту оценивать эмоциональное состояние пациента, наблюдая во время сеанса за самим собой, в том числе за позой своего тела. Если клиницист замечает, как тяжело он опустился на стул, то, возможно, это его реакция на скрытую депрессию пациента. Вербальному выражению эмпатии большинство психотерапевтов обучаются в процессе обучения, на раннем этапе своей карьеры. Эмпирическая оценка тоже может быть очень полезна.

Третье разминочное упражнение предназначено для того, чтобы стимулировать открытость, сотрудничество и веселое настроение. Более того, это упражнение открывает и инициирует некий навык, который, как мы увидим, последовательно развивает второй комплекс упражнений — «Психоаэробикаsm, упражнения 1 и 2». Прежде чем представить эти упражнения, я хочу порассуждать на тему, как включить это разминочное упражнение в сеанс терапии, чтобы добавить в нее немного чувственного опыта.

Выбор в пользу третьего разминочного упражнения

Клинический выбор ограничен лишь изобретательностью того, кто его использует. Например, третье разминочное упражнение может быть использовано в терапии пациента, находящегося в состоянии регрессии, у которого отсутствует способность различать чувства других, для наработки чувственного опыта. Тренировка может про-

ходить индивидуально или в рамках групповой и семейной терапии. Пациент получает доступ к передаваемым чувствам и идентифицирует их. Пациенту можно давать домашние задания. Члены ригидной семьи могли бы делать это упражнение по очереди, например, во время ужина.

Кроме того, это упражнение можно плодотворно использовать, работая с детьми — как в индивидуальной терапии, так и в группе. Оно поможет им развить навык выражения сопереживания. Это упражнение используется подобно супервизии, о чем психотерапевт уведомляется заранее.

Пожалуйста, поймите основную идею. Эмпатии невозможно научиться дидактически, точно так же как невозможно научиться плавать сидя на скамейке или выучиться на шеф-повара просто держа в руках рецепты. Эмпатии следует учиться эмпирически, поскольку усовершенствовать этот навык может только практика. На рис. 2 представлен текст третьего разминочного упражнения, дающий некоторое представление о том, как задуманы упражнения Психоаэробикиsm.

Разминка. Упражнение 3

Позиция для развития: ресурсные состояния для участия в упражнениях Психоаэробикиsm — раскрытие и оценка чувственного опыта (эмпатия).

Формат: пары или группа.

Роли: один человек — *подающий*, другой — *принимающий*.

Метод: подающий «молча» рассказывает личный секрет, выражающий его личные эмоции. Он использует жесты и произносит слова и целые предложения одними губами, не издавая при этом звуков. Принимающий участвует в этом: он сопереживает подающему, позволяя своему телу интуитивно распознавать эмоцию подающего. Принимающий должен пребывать в движении, непрерывно двигаться в ответ на свое восприятие эмоции подающего. И только когда подающий завершает передачу секрета, принимающий становится «статуйей» — принимает окончательную позу, и теперь подающий может видеть физическое выражение того, что воспринято

принимающим. Принимающие не должны открыто угадывать эмоцию, которая скрывается за секретом.

Пары (члены группы) меняются ролями. Новый подающий рассказывает секрет и новый принимающий пытается войти в резонанс с эмоцией подающего.

Варианты:

1. Проведите упражнение в группе из пяти или шести человек. Сделайте каждого по очереди подающим.
2. Расскажите секрет не беззвучно, но используя непонятную речь.
3. Изобразите в виде пантомимы, как вы пишете этот секрет.
4. Расскажите секрет, используя только один слог, такой как «бах», «ра» или «ли».
5. Принимающий может угадать эмоцию, назвав ее одним словом.
6. Принимающий(-ие) может подражать подающему, используя подражание как метод распознавания скрытой эмоции.
7. Не смотрите в упор на рассказчика секрета. Используйте только периферическое зрение.
8. Обсудите упражнение после завершения задачи.

Дополнительно:

1. Используйте упражнение на сеансах терапии (индивидуальной, групповой или семейной) с пациентами, у которых трудности с сопереживанием.
2. Задавайте упражнение в качестве домашнего задания, чтобы пациент выполнил его в семье.
3. Используйте упражнение в качестве детской игры, чтобы обучать детей сопереживанию (эмпатии).

Установка: идеальное состояние для занятия Психоаэробикойsm — это веселый настрой, сотрудничество, открытость и отсутствие осуждения.

Примечание: как и во время любого практического упражнения, делайте только то, что вам комфортно.

Рис. 2. Пример упражнения

Упражнение 9

Девятое разминочное упражнение также служит подготовкой для 1 и 2 упражнений Психоаэробикиsm. В то время как эмпирическая оценка инициируется в упражнении номер 3, 9 упражнение инициирует способность менять состояния.

Упражнение 9 выполняется в паре «подающий—принимающий». Подающий говорит принимающему ряд комплиментов, тот мысленно игнорирует их и физически входит в состояние защиты. Когда состояние защиты достигнуто, подающий спрашивает принимающего: «Каким образом ты узнаешь, что защищаешься?» Названные элементы защиты последовательно исключаются, до тех пор пока принимающий больше не сможет поддерживать состояние защиты.

Например, принимающий говорит: «Я знаю, что защищаюсь, потому что мои руки сложены», и подающий просит: «Разверни руки». Если принимающий говорит: «Я знаю, что защищаюсь, потому что мысленно говорю негативные вещи», то подающий требует: «Перестань говорить негативные вещи», и т.д.

В конце концов, упражнение подходит к такому моменту, когда принимающий больше не может поддерживать состояние защиты. По завершении упражнения участники меняются ролями, и теперь новый подающий говорит комплименты. Новый принимающий входит в состояние самозащиты, которое затем разрушается точно таким же образом.

Доступ к состояниям и их изменению может дать психотерапевту ценные возможности. Эти упражнения можно также выполнять и с пациентами. Попробуйте задать какому-нибудь психологически подкованному пациенту, который в данный момент подавлен, вопрос: «Каким образом вы знаете, что вы подавлены?» После того как пациент ответит, предложите ему следующим шагом произвести соответствующие изменения.

После предустановки с помощью разминочных упражнений предлагаются основные упражнения Психоаэробикиsm. В следующем разделе я опишу упражнения для развития профессиональных «мышц» и «линз».

Психоаэробикаsm: Упражнение 1

Первое упражнение предназначено для развития эриксоновского навыка *ориентации в направлении цели*. Ориентацию в направлении цели можно рассматривать как некую «мышцу», некий способ действия. Для настоящих целей ориентация в направлении рассматривается как позиция клинициста, основанная на его чувственном опыте, а не только как недирективная техника.

Упражнение выполняется парами «подающий-принимающий». Прежде чем приступать к упражнению, принимающий изучает подающего в течение одной-двух минут и записывает пять уместных, но не очевидных вопросов, *предполагающих* ответы «да» или «нет». Например, вопрос, адресованный педанту: «Вы любите копаться в грязи?» — не произведет должного эффекта, потому что ответ очевиден. Вопрос тому же человеку: «Вам нравится опрятно одеваться?» будет уместен, но опять же — ответ на него слишком очевиден. Возможно, педанта лучше спросить: «Вы любите классические фильмы?»

Эти пять вопросов задаются последовательно, и ответы на них также даются последовательно. Подающий должен правдиво отвечать на вопросы, но на него накладываются жесткие ограничения, делающие для него недоступными те эффективные методы, которыми он обычно пользуется. Его ответ должен быть преподнесен как подарок, «упакованный» в некую историю, которая рассказывается медленно, размеренно и монотонно. Более того, подающий не может делать никаких очевидных жестов. История должна быть простой и ограниченной по продолжительности. Например, подающий может в течение нескольких минут рассказывать о том, как он в детстве ходил в начальную школу. Содержание истории не обязательно должно относиться к делу, но смысл истории должен быть оттенен таким образом, чтобы означать «да», «нет» или «иногда». Невербальные стимулы не используются.

Принимающий должен участвовать в происходящем через эмпирическую оценку (поза, инициированная в «3-й разминке»), а не через сознательное обдумывание. Один из способов участия в опыте — когда принимающий отслеживает свои физические реакции. Если принимающий кивает головой (или качает), то ответ может быть принят. Появление улыбки или начало жестикуляции у при-

нимающего точно так же может быть воспринято как «да», в то время как наклон головы или легкое дрожание рук может означать «иногда».

В конце упражнения ответы не сравниваются. Их правильность не является целью упражнения. Скорее, по завершении участники пытаются определить каждый свое состояние, когда достигают своего оптимума. В этом и состоит талант вхождения и вызывания состояния: девятое разминочное упражнение дает доступ к существующим состояниям и позволяет их использовать. Подающий должен описать достигнутое состояние ориентации в направлении цели, отвечая на вопрос: «На что *конкретно* это было похоже, когда я достиг наилучшей ориентации в направлении цели?» Принимающий должен описать состояние распаковывания подарка. Каждый может предоставить обратную связь, чтобы помочь партнеру в этой трудной задаче.

Упражнение 1 — это типичное упражнение Психоаэробикиsm, предназначенное для развития главных *позиций* (в данном случае — *ориентации в направлении цели и распаковывания подарка*) основным способом, то есть за счет испытания нового чувственного опыта и отказа от тех хорошо развитых навыков, которые использовались слишком долго. *Ориентация в направлении* и *упаковывание подарка* рассматриваются как таланты, которые развиваются с опытом, точно так же как езде на велосипеде надо учиться на практике. Здесь может быть использована техника косвенной передачи. *Ориентировка в направлении* считается состоянием, к которому психотерапевт может получить доступ точно так же, как к состраданию или участию. Предполагается, что благодаря непрерывной практике это состояние становится доступным и развивается более полно.

Психоаэробикаsm — это нечто вроде физических упражнений, выполняемых в процессе цикла тренировки, когда выделяются и развиваются отдельные группы мышц. Более того, в первом упражнении способность к непосредственной коммуникации с помощью слов и жестов ограничивается — в результате могут проявиться латентные способности. Это немного сходно с лечением амблиопии (ленивого глаза), при котором офтальмолог закрывает здоровый глаз, чтобы стимулировать развитие ослабленной функции другого глаза. Опять-таки, в первом упражнении ограничивается такая функция, как *быть правым*. Участники не могут сравнивать отве-

ты, благодаря чему они могут лучше сосредоточиться на достижении определенного состояния, в данном случае — на ориентации в направлении и распаковывании подарка.

Психоаэробикаsm

Упражнение 2

Упражнение 2 следует сразу за первым упражнением, но во втором упражнении участники меняются ролями. На этот раз есть две ситуации, а не пять вопросов. В первой ситуации новый подающий описывает некий объект, например теннисную ракетку (истории не рассказываются). Это описание должно *отражать* негативную эмоцию, например вину или страх. Эта эмоция зафиксирована еще до описания и не может быть изменена во время упражнения. Технически лучше, когда подающий начинает постепенно и осторожно и так же постепенно все больше ориентируется в направлении эмоции. Использование жестов и тона тоже запрещается.

Принимающий достигает состояния эмпирической оценки и различает спроецированное чувство через наблюдение малейших сигналов у самого себя: нахмуренные брови могут указывать на недовольствие, скривленный рот — на разочарование, закатившиеся глаза — на печаль. Подающий продолжает описание до тех пор, пока не сумеет распознать внешнее поведение, указывающее на эмоциональную реакцию принимающего.

Во второй ситуации описывается новый объект, например стакан, наполовину заполненный водой. Передается некая позитивная эмоция, например радость, восторг или уверенность.

В конце упражнения участников удерживают от сравнения ответов. Здесь цель также заключается в определении состояний обоих участников, в ориентировке и в распаковке подарка. Следует уточнить, что это упражнение не является соревнованием. Описывать состояние трудно, но полезно. К тому же это весьма индивидуальный процесс. Например, как можно описать состояние любопытства? Могли бы вы, например, сказать так: «Я знаю, что мне любопытно, потому что сижу, нагнувшись вперед, голова наклонена набок, одна бровь выше другой и внутренне я испытываю восторг и предвкушение, я с нетерпением жду, что будет дальше, и думаю: “Это интересно!”»?

Чтобы пояснить цель первого и второго упражнений, давайте рассмотрим использовавшийся Эриксоном прием, известный как *техника вкрапления*. В связи с этим приходят на ум два потрясающих примера. Работая с пациентом-флористом, страдавшим отбоями, Эриксон рассказывал ему о том, как растут помидоры, и то тут, то там - вкраплял в описание внушения комфорта. В другом случае он рассказывал пациентке, страдавшей анорексией, истории и вкраплял в них внушения чувства голода, а также стимулировал целый спектр эмоций. Хотя рассуждать о техниках и теории этого подхода довольно интересно, для целей настоящей главы я ограничусь обсуждением подготовки клиницистов.

Будем считать, что техника вкрапления действительно важна. Чтобы научиться ее использовать, я мог бы рекомендовать следующий подход: разбить ее на технические компоненты и, например, описывать и преподавать косвенные формы коммуникации, такие как трюизмы (прописные истины) и пресуппозиции. С другой стороны, я мог бы сказать, что техника недирективности является частью расширенного эмпирического метода, некоего эмпирического состояния ориентации в направлении, основанного на позиции клинициста. В таком случае было бы полезно выполнить первое и второе упражнения, чтобы наработать эту позицию ориентации.

Рассмотрим первое упражнение. В этом упражнении задача подающего — ориентироваться в направлении мысли (да, нет, или иногда). Во втором упражнении подающий ориентируется в направлении чувства. Техника вкрапления главным образом основана на следующих процессах: человек ориентируется на мысль; человек ориентируется на чувство; человек ориентируется на поведение. В конечном итоге, предсознательные ассоциации выявляют конструктивное действие на основании так называемого идеодинамического эффекта, который связан с тем, что идеи и ассоциации стимулируют действие. По сути, при вкраплении пациент вводится в состояние эмпирической оценки применяемого клиницистом метода.

Эмпирическая оценка может рассматриваться в комплексе с гипнозом. Гипноз не обязательно рассматривается как транс, но может определяться как состояние эмпирической оценки. Гипнотические внушения могут пониматься как способ направляющих ассоциаций. В эриксоновской терапии ассоциации не анализируются: они выявляются и используются.

Помните, что первое и второе упражнения следует повторять регулярно, так же как физические упражнения. Эти техники лучше всего развивают посредством регулярной практики.

Разумеется, на тренингах, которые я провожу, я обучаю как техническим методам, так и эмпирическим позициям, но в последние годы я больше склоняюсь ко второму. Для лучшего эмпирического закрепления знаний я даже использую групповой гипноз перед упражнениями и после них.

Ориентация в направлении — это одна из самых важных позиций в системе Психоаэробикиsm. Это — некая терапевтическая мышца. Я выбрал ее для развития в первую очередь. Другие позиции, характерные для эриксоновской практики, включают в себя *развитие проницательности, коммуникацию, направленную на результат, и утилизацию*. Здесь я буду кратко обсуждать каждую из них, и приводить примеры упражнений для их развития. Опять же, помните, что я описываю их как позиции, а не как техники, — которыми они тоже могут быть.

Суть: после практики этих упражнений и достижения позиций, когда клиницист переходит к своему терапевтическому этапу, ему становятся доступны состояния Психоаэробикиsm.

Упражнения на проницательность

В системе Психоаэробикиsm больше всего таких упражнений, которые вызывают проницательность и развивают «линзы психотерапевта». У проницательности есть ряд подвидов, для каждого из которых существуют специальные упражнения, включая зрительное внимание, слуховое внимание, сосредоточение, обнаружение паттерна, экстраполяцию минимальных признаков, обнаружение отсутствия чего-либо и восприятие ожиданий (скорее, чем реальностей). В качестве разминки для упражнений на проницательность я предлагаю студентам групповое наведение, поскольку гипноз сам по себе фокусирует восприятие.

Объем данной главы позволяет мне описать лишь несколько упражнений на проницательность и представить их в наиболее простом виде. Упражнение для получения доступа к *зрительному восприятию деталей* заключается в следующем: два участника (один из них — подающий, другой — принимающий) поворачиваются друг к другу лицом. Принимающий «запоминает» подающего, затем зак-

рывает глаза. Подающий в это время производит три физических изменения, например, снимает наручные часы, меняет положение ювелирного украшения, расстегивает пуговицу. Затем принимающий открывает глаза и отыскивает изменения.

В упражнении *для усиления восприятия паттерна* один из членов группы говорит на иностранном языке, носителем которого он является. Он рассказывает на этом языке две короткие истории, причем одна из них правдивая, а другая содержит эмоционально выраженную ложь. Группа пытается распознать в речи говорящего паттерн лжи.

В упражнении на *экстраполяцию* участники, работая парами, делают прогнозы относительно друг друга, основываясь на минимальных сигналах.

После выполнения каждого из упражнений обсуждение концентрируется на достижениях и развитии *состояния* ясной проницательности. Возможно и клиническое применение: подобные упражнения можно давать людям, страдающим депрессией, чтобы стимулировать в них внешнее осознание, которое полностью противоположно внутреннему напору депрессии, благодаря чему разрушается депрессивное состояние и выявляется более полезное состояние, ориентированное вовне. Например, таким пациентам можно дать задание, чтобы они, как в детстве, смотрели на облака и различали в них образы. Им можно дать задание, которое Эриксон задавал мне: пойти на школьный двор и понаблюдать за особыми паттернами поведения детей.

Эти упражнения можно практиковать и в семьях. Мы с одиннадцатилетней дочерью играем в ресторан. Мы садимся за «новый» стол, и я закрываю глаза. Она производит три изменения, я открываю глаза и пытаюсь найти отличия. Затем мы меняемся ролями.

Однажды я даже спросил одного исследователя в области нейроанатомии, будут ли наблюдаться изменения в функционировании мозга, если эти упражнения выполнять в течение длительного периода. И он ответил: «Определенно будут».

Коммуникация, направленная на результат

Существует ряд упражнений для развития позиции *коммуникации, направленной на результат*. В одном из упражнений я прошу участников провести гипноз с использованием нечленораздельной речи. Я прошу их навести гипнотическое состояние путем постоянного

повторения только одного слова. В последующем они могут повторять только одну фразу. Повторения не должны быть монотонными. Каждое должно содержать в себе что-то новое — в тоне, темпе, жестах, местоположении голоса и так далее. Клиницисты, выполнявшие это упражнение, часто признаются, что они узнали на опыте, как вызывать желаемые реакции невербальными методами. Опять же, здесь мы фокусируемся не на компетенции в технике, но на развитии позиции. Компетентность в методах должна проистекать из позиции, а не наоборот. Это противоположно традиционной подготовке, где сначала осваивается техника, а потом уже из нее следует позиция.

Утилизация

Упражнения для утилизации основаны на гипнозе, ибо этот метод является неотъемлемой частью эриксоновской терапии. Одно упражнение выполняется тройками: гипнотизер, испытуемый и тренер. После того как гипнотизер вызвал транс, тренер называет с одинаковым интервалом пункты из списка представленных категорий, который включает в себя звуки, предметы в комнате и эмоции. Гипнотизер должен последовательно включать называемые пункты в свои языковые трансовые паттерны, и в тот же момент использовать их, чтобы продвигаться к целям транса, таким как поглощенность и погружение испытуемого. Опять же, техническое мастерство здесь не является целью. Цель этой процедуры — обеспечить такие моменты, когда клиницист на чувственном опыте достигает состояния утилизации. Как только удастся добиться этого состояния, к нему можно будет получить доступ в процессе дальнейшей терапии.

Предварительные выводы

На данном этапе своего развития как психотерапевта и тренера я провожу различие между техническими методами и клиническими позициями. В различных направлениях психотерапии, с которыми я знаком, теории и практике можно обучать дидактически, и именно с этого почти всегда и начинают. В противоположность этому я считаю, что в проведении терапии большее значение имеет позиция, нежели техника. Поэтому в той подготовке, которую я провожу сейчас, «состояние» может предшествовать методу.

Терапевтическая практика состоит из позиций и техник. Возьмем тот факт, что свет можно рассматривать как волны и как частицы. Когда изучаешь свет, лучше понимать его как волны, но в других случаях — как частицы. Точно также, когда мы рассматриваем психотерапевта, мы можем в одних случаях акцентироваться на позициях, а в других случаях — на техниках.

В каждой школе психотерапии существует довольно большой объем знаний, касающийся теории и практики, и техническое соответствие может быть наработано посредством познавательного изучения. Все это замечательно. Однако акцент на дидактической тренировке может непреднамеренно склонить клинициста к непродуктивным направлениям. Основные цели терапии — помочь людям справляться с проблемами, меняться, активизироваться, реализовывать самооценку, принимать ответственность и так далее. Эти результаты достигаются посредством позиций, которые должны быть освоены эмпирически. Если терапия должна быть эмпирической, то в подготовке психотерапевтов тоже должен быть сделан акцент на систематических эмпирических методах.

Эта концепция немного напоминает дзэн. Между тем, что мы изучаем, и тем, что мы проживаем, есть различие. Психотерапевтическая подготовка и практика, как и дзэн, может в первую очередь делать акцент на живом опыте.

Используя Эриксона в качестве модели, я попытался отделить эмпирические позиции от техник. Я попытался разработать систематическую программу для эмпирического обучения эмпирическим позициям, но пока она еще находится на предварительной стадии разработки.

Я надеюсь, что эта модель будет более полезна, чем просто передача эриксоновских концепций. Я надеюсь, что кто-нибудь сможет создать такую Психоаэробикуsm, чтобы смоделировать любого мастера-клинициста. Тогда можно было бы, например, смоделировать Аарона Бека, выяснить терапевтические позиции этого мастера когнитивной терапии и создать эмпирические упражнения для каждой из них. Можно было бы смоделировать Кернберга и Мастерсона для психодинамических методов. Можно было бы смоделировать Минухина для семейной терапии и т.д. Более того, модель могла бы распространяться на другие области, такие как преподавание или воспитание детей. Каковы эмпирические позиции заме-

нательного родителя? Какие упражнения помогли бы обучить этим позициям?

Разумеется, этот метод должен быть применим в отношении пациентов. Клиницисты могли бы помочь пациенту, страдающему депрессией, развить позиции, выражающие вовне его осознание происходящего, позитивное мировосприятие, а также ориентировку на цель, и сделать это посредством эмпирических техник, помогающих получить доступ к этим состояниям. Разумеется, могут использоваться и техники, но я предпочитаю сначала добиться развития позиции. Аналогичная модель может быть использована для развития самооценки у пациентов. Разделите цель на позиции и разработайте для каждой соответствующие эмпирические упражнения.

Единственное мое условие — это устраивать систематические курсы по эмпирической территории, используя эмпирические методы. Кроме того, следует продвигать рекурсивные техники обучения.

Есть старая шутка про одного человека, заблудившегося в центре города. Этот человек попал в незнакомое место и никак не мог сориентироваться. Наконец, он видит, что ему навстречу идет музыкант со скрипкой в футляре. Заблудившийся обращается к скрипачу и говорит: «Простите, сэр, я заблудился. Я тут первый раз и никак не могу найти дорогу. Не могли бы вы мне подсказать, сэр, как попасть в концертный зал?» И скрипач отвечает: «Практика, практика и практика».

Я советую вам рассматривать и технический подход, и эмпирический, но лучше начинать с эмпирического. Я полагаю, что для сокращения дистанции между умом и сердцем гораздо важнее начинать с сердца.

Литература

- Erickson, M.H. (1948). *Hypnotic psychotherapy. The Medical Clinics of North America*, May.
- Also cited in E.L. Rossi (Ed.), *Collected papers of Milton H. Erickson, Vol. IV: Innovative hypnotherapy*, pp. 35—48. New York: Irvington.
- Whitaker, C. (1982). Keynote address: Hypnosis and family depth therapy. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 491—504). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1992). The virtues of our faults: A key concept of Ericksonian therapy. In J.K. Zeig (Ed.) *The Evolution of Psychotherapy: the Second Conference* (pp. 252—66). New York: Brunner/Mazel.

3

ПОМНИТСЯ, ЭРИКСОН...

Введение

Несмотря на то, что эта глава названа «*Помнится, Эриксон...*», она написана не с той целью, чтобы воздать ему должное. В ней я скорее исследую то, как клиницисты, вдохновленные работой Эриксона, выявляют в своей клинической работе запомнившиеся им конструктивные ассоциации. Однажды Милтон Эриксон мудро охарактеризовал психотерапию как ре-ассоциацию внутренней жизни. Эта глава написана в развитие данной идеи. Более широкая ее задача состоит в моем намерении составить список глобальных особенностей стиля Эриксона, связанных с его методом выявления конструктивных ассоциаций. Вы увидите, что на самом деле выявление ассоциаций может рассматриваться в такой же и даже в большей степени как личный стиль, чем как *метод*. В данной главе я представлю вам терапевтические стили, или *позиции*, как я предпочитаю их называть. Я буду использовать Эриксона в качестве модели и описывать позиции, лежащие в основании его подхода.

Я начну с одной замечательной шутки. В этой шутке особенно подкупает то, что она была опубликована в престижном академическом журнале «Сайенс». В ней спрашивается: «Почему слон большой, темный и неправильной формы?» Ответ: «Потому что если бы он был белый, круглый и правильной формы, то он был бы таблеткой аспирина».

Эта шутка заставляет меня задумываться над вопросом, который не дает мне покоя уже более двадцати лет: почему Милтон Эрик-

Эта глава в качестве статьи «Помнится, Эриксон...» была впервые опубликована в *Hypnosis International Monographs*, 5, 2001, с. 1—14.

сон такой большой, темный и неправильной формы? Поверьте, я много раз ломал голову, пытаюсь ответить на этот вопрос.

На протяжении многих лет я разрабатывал методы, чтобы понять Эриксона. Сначала я изучал техническую сторону. Я хотел найти ответы на следующие вопросы: каким образом происходит гипноз? каким образом действует метод замешательства? как можно использовать технику вкрапления? и т.д. Постепенно я продвигался в своей способности применения эриксоновских техник и обучения им. Но по мере совершенствования себя как психотерапевта и как преподавателя я больше не концентрируюсь на вопросах, касающихся техник и теории, а все больше интересуюсь *способом бытия клинициста, иначе говоря — эволюционирующим стилем, или экзистенциальной позицией* клинициста. Такое мое смещение акцентов можно проиллюстрировать двумя вопросами. В начале моей карьеры меня очень интересовал вопрос: «Каким образом кто-то проводит терапию?» Теперь же меня интересует вопрос: «Каким образом кто-то может быть психотерапевтом?»

Эволюционирующий стиль

Посмотрите на себя как на практикующего психотерапевта. Каков ваш эволюционирующий стиль? Как вы развиваетесь экзистенциально? Какими еще способами вы реализуетесь как клиницист помимо выбранных принципов и практик, на основе которых вы принимаете свои клинические решения?

Давайте рассмотрим, как клиницист осуществляет выбор терапевтического вмешательства. Вмешательства происходят из ряда источников: обычно они проистекают из теории, практики и исследований. Однако главной детерминантой нашей практики является наша позиция.

Далее я буду перечислять аспекты эволюционирующего стиля Эриксона, его позиции. Опять-таки, они не должны рассматриваться как техники. Скорее, сами техники проистекают из этих позиций. Более того, техникам учатся по книгам и лекциям, а позициям — нет. Позиции главным образом осваиваются путем моделирования. Например, клиницист может попытаться освоить позиции, схожие с эриксоновскими, сделав это частью своего эволюционирующего стиля.

Далее следуют одиннадцать позиций, которые я привожу в произвольном порядке. Вы увидите, что они не всегда четко отличаются друг от друга: между позициями может быть значительное совпадение. Поскольку объем данной статьи меня ограничивает, я буду краток в описании этих одиннадцати позиций. Более подробно эта тема будет рассмотрена в следующих публикациях.

Позиции Эриксона

1. Один из аспектов эволюционирующего стиля Эриксона заключался в том, что он делал

скорее так , чем так 

О чем я хочу сказать этими графиками? Привычный стиль Эриксона заключался в том, чтобы *ориентировать в направлении* идеи, а не представлять идею непосредственно. Ориентировка в направлении — это стиль «упаковки» послания, подобно подарку. Психотерапевт решает, что передавать, но передает он свое послание не напрямую, а оформляет его в виде некоего «подарка», например, «упаковывает» его в метафору, историю, аллюзию, притчу или задачу.

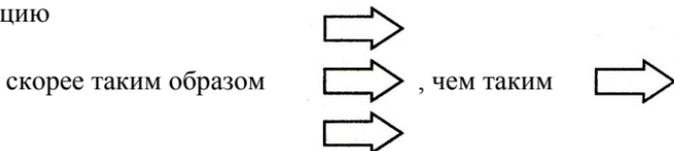
Это делает психотерапию похожей на Рождество. Пациент приходит в кабинет для консультирования и преподносит клиницисту некий «подарок». Этим «подарком» является проблема пациента (см. Ritterman, 1983), и часто эта проблема «упакована» в симптом. Задача клинициста — «распаковать» симптом и обнаружить содержащуюся в нем проблему.

Клиницист преподносит пациенту ответный подарок — дает ему решение, «упакованное» в некую технику, которая может быть метафорой, историей, символом или даже гипнозом. Пациент должен снять с подарка обертку (посмотреть, что находится под этой техникой) и обнаружить предложенное решение (терапию, содержащуюся внутри этой техники). Как будто пациент должен интерпретировать психотерапевта. Это — процесс, обратный психоанализу. Вместо того чтобы проводить терапию, раскрывая и анализируя то, что выдает пациент, клиницист разгадывает загадку пациента и предлагает ему метафору, аллюзию и т.п. Пациент должен понять, что на самом деле имеет в виду клиницист. В процессе интерпре-

тирования клинициста пациент делает открытия, чувственно и конструктивно активизируется.

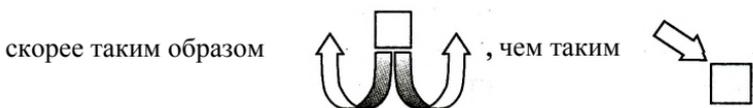
Подводя итог вышесказанному, можно сказать, что психотерапия в своем лучшем смысле является обменом «подарками» (или «присутствием»), если вы простите мне этот каламбур).* Пациент дарит клиницисту «подарок» (проблему, упакованную в симптом); клиницист делает ответный подарок (решение, упакованное в технику).

2. Вторая позиция Эриксона выражала то, что он проводил коммуникацию



Приводя эту схему, я имею в виду использование Эриксоном *многоуровневой коммуникации* вместо линейных методов. Традиционно психотерапевт работает, стараясь сделать очевидными в коммуникации невыраженные уровни, такие как перенос, аффект и/или базовые системы убеждений. Если пациенты способны взаимодействовать на многих уровнях, например, говорить одно, но при этом использовать патологические или примитивные установки, присутствующие на других уровнях, то клиницист также может вести коммуникацию на многих уровнях: говорить одно, но подразумевать конструктивные идеи на другом уровне. Терапевтический язык не обязательно должен быть понятным, конкретным и прямым. Он не должен сводиться к линейной логике. Эмоциональные паттерны действуют, исходя из собственной логики, и линейная логика для их изменения, возможно, не самый эффективный инструмент. Если бы пациент был способен решить проблему посредством линейной логики, то у него не было бы необходимости консультироваться с психотерапевтом, поскольку большинство пациентов обладают полноценным доступом к логике.

3. Другой аспект эволюционирующего стиля Эриксона заключался в его акценте на осуществлении изменений



С англ. *present* — подарок, настоящее время; *presence* — присутствие.

Что я хочу этим сказать? В подходе Эриксона основной акцент делался на *выявлении ресурсов*. Задача психотерапевта — обнаружить используемые пациентом стратегии и развить их для достижения адаптации. По сути, терапия - это апелляция: клиницист апеллирует, взывает к ресурсам, лежащим в его пациенте мертвым грузом. Один из парадоксов эриксоновского гипноза состоит в том, что гипнотизер может внушать своему пациенту «погружайтесь в глубокий сон», хотя на самом деле он старается «пробудить» пациента к прежде не выявленным ресурсам.

Что я подразумеваю под ресурсами? Рассмотрим тот факт, что каждый больной шизофренией знает, как формулировать четкие суждения. Каждый депрессивный пациент имеет достаточно опыта в изменении своего настроения. Каждый курильщик знает, как нормально чувствовать себя без сигареты. Основная задача психотерапевта — обратиться к конструктивной истории в самом пациенте. Это не то же самое, что дидактически учить пациента. Эриксон не пользовался психопедагогическими методами. Напротив, он создавал возможности, чтобы пациенты сами распознали в себе скрытые способности.

4. Как только мы принимаем позицию ориентировки в направлении, используя многоуровневую коммуникацию и выявляя ресурсы, мы будем естественным образом развивать эту позицию:



Приводя этот рисунок, я утверждаю, что психотерапевты могут использовать в своем подходе драматургию, благодаря чему они превратят терапию из дискуссии в эмоционально захватывающее событие.

Давайте рассмотрим традиционную терапию, пользуясь некой аналогией. Чаще всего в клинической работе пациент сидит рядом с клиницистом, а проблему пациента как бы «усаживают» на ее собственный «стул». Психотерапевт и пациент обсуждают проблему, иногда даже шепотом. Они исследуют, на что она похожа, как она прогрессирует, откуда возникла. Иногда даже может казаться, что они «сплетничают» о проблеме, и что она — нежела-

тельный гость, подслушивающий их разговор. Эриксон, вместо того чтобы обсуждать проблему, устраивал «сценические постановки», где пациент к своей чести неожиданно для себя и очень драматично обнаруживал некоторые из нереализованных источников, существующих в нем самом.

5. ЕСЛИ Я «Х», ТО ОН/ОНА - «У»

Это уравнение в рамке иллюстрирует четвертую позицию в эволюционирующем стиле Эриксона. Уравнение обращается к идее восприимчивости, особенно к тем способам, которыми люди реагируют на самые слабые, минимальные сигналы.

Развитие восприимчивости хорошо согласуется с ориентировкой в направлении. Ориентировка в направлении — это некий результат работы клинициста, что стимулирует отношения, характеризующиеся восприимчивостью к минимальным сигналам.

Реагирование на минимальные сигналы - это не привычная непосредственная восприимчивость. Примером непосредственной восприимчивости может служить команда: «Пожалуйста, улыбнитесь». Получатель такой коммуникации мог бы соответствующим образом отреагировать. Эриксон исследовал и использовал более тонкую восприимчивость — реагирование на минимальные сигналы. Это подобно тому, как вслед за человеком, закашлявшим в кинотеатре, начинают кашлять и другие, нарушая тишину в зале. Или еще пример: кто-то садится и принимает определенную позу, и ту же самую позу принимает человек, сидящий рядом с ним. Никто не осознает, чем это вызвано — симметрией или иницирующим действием. Интерактивная восприимчивость к минимальным сигналам плохо изучена как явление. О восприимчивости к минимальным сигналам узнаешь, когда обучаешься гипнозу. Для методов Эриксона это настолько важно, что эриксоновскую терапию можно было бы охарактеризовать как технологию развития восприимчивости к минимальным сигналам, благодаря которой клиницист может помочь пациенту получить доступ к скрытым ресурсам.

6. A#B (A не равно B)

Как только клиницисты осваивают первые пять позиций, они начинают мыслить в понятиях уникальности людей и придавать терапии индивидуальный характер. Мы называем эту позицию *подгонкой (адаптацией к человеку)*.

Эриксон любил говорить, что психотерапия для человека «А» — это совсем не то же самое, что психотерапия для человека «Б». Гипноз, проводимый с человеком, который по своей натуре энтузиаст и авантюрист, отличается от гипноза для человека робкого, задумчивого и осторожного. Наведение должно быть другим. Аналогичным образом, должна поменяться и психотерапия. Ресурсы и восприимчивость каждого человека индивидуальны. Если мы, как психотерапевты, работаем над получением доступа к ресурсам и к восприимчивости пациента, мы должны индивидуализировать свой подход.

7. Седьмой позицией эволюционирующего стиля Эриксона была его способность делать следующее:



А именно: он работал над развитием проницательности. Развивать проницательность означает включить «пристальный взгляд», наблюдать за людьми и замечать малейшие изменения. На личном уровне одним из самых главных моментов, почерпнутых мною у Эриксона, было развитие зрительной восприимчивости. Практика гипноза учит гипнотерапевтов быть более восприимчивыми. Когда вы воздействуете гипнотически, следует замечать нюансы, поскольку в трансе пациент ограничен в своем поведении и коммуникация от пациента к психотерапевту проходит «телеграфным» способом.

8. Восьмой позицией Эриксона была его точность.



В своей коммуникации Эриксон был подобен хирургу. Его слова были точны. Более того, он всегда точно определял, что скрывалось за его словами. Он был избирателен не только в своих словах и в

подтексте, но и в своих жестах, а также в скрытом смысле жестов. Эриксон использовал слова и жесты и, соответственно, их подтексты подобно тому, как нейрохирург использует скальпель.

Точность терапевтической коммуникации — это ее сила, основанная на здравом смысле: инструментом терапевта является его пробужденная способность к коммуникации. Среди всего прочего, точная коммуникация демонстрирует пациенту, что клиницист усиленно старается быть эффективным. Искаженная коммуникация может нанести ущерб, подобно ущербу, который можно вызвать неправильным использованием скальпеля.

9. Девятая позиция, которую развил в себе Эриксон — это его способность утилизировать.

Утилизация — утверждает: «Что бы ни существовало в широкой терапевтической ситуации, это может быть использовано для достижения целей терапии или целей гипноза». Можно утилизировать стиль пациента, его окружение, его установки и т.д. Случаи из практики Эриксона — это кладезь для изучения эффективной утилизации. Я развиваю принципы утилизации почти во всех своих трудах, которые написал за последние десять лет. Как идею утилизацию понять легко. Однако чтобы осуществлять ее шаг за шагом, клиницист должен пройти колоссальный путь своего собственного развития.

10. Десятая позиция — это гуманизм.



Эриксон был удивительно заботливым, сочувствующим и заинтересованным клиницистом, доказывавшим это изо дня в день. Например, он тренировал и обучал меня и помогал мне развиваться как человеку. В течение шести с половиной лет нашего знакомства он не потребовал с меня ни цента за то время, которое я с ним проводил. Было понятно, что его интересовала моя жизнь, а не мои доллары. Я был не единственным, в отношении кого Эриксон демонстрировал эту установку. Я видел нескольких его бывших пациентов и студентов, которые рассказывали, что с ними он поступал так же.

11. Наконец, одиннадцатый пункт, который я хочу особо отметить в этой главе, а именно — направляющие ассоциации.



Как вы помните, я описывал психотерапию как ре-ассоциацию внутренней жизни. Можно заметить, что в случаях из практики Эриксона направляющие ассоциации являются центральной темой. Я не обращаюсь к методам, которые сейчас в моде, таким как замещение негативных понятий позитивными. Направляющие ассоциации — это скорее методика, позволяющая клиницисту, как пастуху, вести пациента к осознанию тех ассоциаций, которые в дальнейшем будут «управлять» его эффективным поведением.

Положение направляющих ассоциаций трудно описать словами. Это направление лучше всего иллюстрируют примеры.

Далее я представляю некоторые клинические примеры, взятые из собственной практики, а также у Эриксона. В них читатель сможет увидеть почти все из ранее описанных позиций. Следует напомнить, что эти позиции не являются техниками, используемыми на основе некоего продуманного, или «левополушарного» плана. Скорее, они являются некими направлениями, порожденными экзистенциальными качествами самого клинициста.

Случай первый

Ко мне в кабинет пришла супружеская пара «в духе Вирджинии Вульф». Супруги неистово и с издевкой спорили друге другом. Структуру характера обоих—и мужа, и жены, отличала одержимость, заставлявшая их без конца ссориться по поводу деталей повседневной жизни. Казалось, они не видят в своих отношениях самого главного, а сосредоточены вокруг своих разногласий по поводу мелочей. Пациентом был муж: именно у него в большей степени проявлялся симптом.

Я директивно внушал супругам, что они не должны быть заинтересованы в изменении друг друга. Казалось, они превращали свои отношения в некий билатеральный псевдотерапевтический проект (Витакер, 1982), где жена стала бы для мужа «правильным человеком», если бы он смог ее вылечить, и наоборот. Они тратили много сил «на прополку сорняков в чужом саду».

На предыдущем сеансе я ввел метафору «полоть сорняки в чужом саду», но это никак не поменяло их систему. Я решился на иной подход и задал мужу вопрос: «Если бы у тебя был дротик, и ты мог бы метнуть его в сердце своей жены, то что бы ты там нашел?» Муж ответил, не колеблясь, что его жену наполняет подавленный гнев, и при этом добавил, что у него технический склад ума и что он не особенно сведущ в психологии.

Тогда я спросил жену, пока она не успела начать спорить: «Если бы у тебя был дротик, и ты бы метнула его мужу в сердце, что бы ты там обнаружила?» И она тотчас ответила: «Обиженного ребенка».

Эти оценки согласовывались с моим пониманием и прослеживались даже в их невербальном поведении. Жена грозила мужу указательным пальцем. Муж часто наклонял голову, как будто уворачивался от летящих в его сторону снарядов, и ему едва удавалось защитить себя.

Я внушил этой паре, что их насущный интерес отнюдь не в том, чтобы «подвергнуть терапии» кого-то из супругов. Вместо того чтобы пытаться лечить друг в друге «подавленный гнев» или «обиженного ребенка», они могли бы заинтересоваться развитием позы каждого. Что могло бы стать эволюционирующим стилем для жены? Что могло бы стать эволюционирующим стилем для мужа? Каким образом они могли бы помочь друг другу в развитии собственного стиля?

Постепенно я познакомил мужа с идеей, что его жена, с моей точки зрения, воин. Она была человеком, который понимал границы. Я объяснял ему, резко жестикулируя рукой: «Твоя жена — такой человек, которые указывает: «Это не работает (вытянутая ладонь означала «стоп»), а это работает (ладонь, сложенная чашечкой и направленная вверх)»». Перед каждым таким Жестом я обвинительно грозил указательным пальцем.

Постепенно я выдвинул идею, что, если бы у мужа возникли серьезные проблемы, например со здоровьем, то жена защищала бы его с яростью амазонки. Как воин, она удостоверилась бы, что врачи и медперсонал работают с поразительной точностью. На протяжении всего обсуждения воинской природы его жены я театрально грозил указательным пальцем. Муж был вынужден согласиться, что его жена - воин.

Затем я повернулся к жене и, робко наклонив голову, стал внушать: «Ваш муж - поэт. Да, у него техническая карьера, но в дей-

ствительности он — романтик, который имеет дело с образами. Что касается его личности, то здесь под маской «технаря» скрывается ранимый поэт. Вам очень повезло найти в наши дни мужчину с такой чувствительной поэтичной натурой». Она была вынуждена согласиться со мной в том, что ее муж — поэт.

Хотя мое описание этого вмешательства, возможно, похоже на некую технику, в тот момент я не думал про себя: «Сейчас я провожу рефрейминг. Сейчас я занимаюсь якорением». Если бы я мыслил с позиции техник, то утратил бы силу. Скорее, я задавался вопросом, каким образом мне направить ассоциативные процессы, чтобы у мужа при виде того, как жена грозит ему пальцем, на предсознательном уровне вспыхивал бы образ моего описания его жены в качестве воина. И соответственно, чтобы у жены при виде того, как муж робко склоняет голову, вспыхивал бы предсознательный образ того, как я описывал его как поэта. Я работал над изменением ассоциативной сети внутри их отношений.

Этот метод может показаться «макиавеллевским», выглядеть как упражнение в мощном подсознательном манипулировании. Тем не менее мощное манипулирование здесь не является главной идеей.

В центре этого метода находится понимание того, как люди меняются в жизни. На эмоциональном уровне большинство изменений происходит не на основе когнитивной информации. Эмоциональное изменение скорее происходит из перестраивания конструкции ассоциаций. Это случается, когда мы предсознательно комбинируем уже существующие идеи в новые паттерны.

Случай второй

Метод, который был использован в нижеследующем случае, концентрируется на позе *ориентировки в направлении*. Здесь работа тоже велась с парой.

Карен была направлена ко мне ее предыдущим психотерапевтом, она никак не могла совладать со своим гневом, в связи с чем ей требовалась индивидуальная терапия. На третьем сеансе мы оба согласились с тем, что ей был бы полезен параллельный сеанс с ее мужем, Джеймсом. Оба они, и Карен, и Джеймс, были интеллектуалами с техническими профессиями.

Первую часть сеанса я провел с одним Джеймсом. Когда я стал его расспрашивать, он отметил, что все проблемы Карен связаны с

ее низкой самооценкой. Он также отметил, что в их взаимодействии слишком много защитных механизмов, что их брак находится под угрозой и что семью приходится сохранять ради детей.

Большая часть сеанса проводилась сразу с обоими супругами. Они демонстрировали холодность друг к другу и склонность защищаться и даже начали препираться по поводу непонятных моментов. Я быстро их остановил, объяснив, что перестал их слушать, когда они начали препираться. Я дал им четыре задания и попросил выбрать из них только одно. Я дал им и пятое задание, которое они смогут выполнить только в будущем, когда в терапии появится прогресс.

1. Им предлагалось пойти покататься на роликовых коньках и заняться какой-нибудь ритмичной физической деятельностью. (У этой пары довольно долгое время не было секса, и они вели себя как подростки.)

2. Им предлагалось взять книгу, такую как «Маленький принц», и читать ее друг другу на ночь, чтобы они могли говорить друг другу «нейтральные» слова. (И опять пара в своей коммуникации продемонстрировала защиту.)

3. Им предлагалось общаться подобно компьютерам, то есть обмениваться пакетами данных, но каждый пакет должен был содержать какой-нибудь каламбур. (Ни один из супругов не пользовался своим врожденным юмором.)

4. Им предлагалось в течение определенного времени, например 30 минут, ограничить свою коммуникацию только невербальными посланиями. (По крайней мере так они бы ее поддерживали. Они были ужасно холодны друг к другу.)

5. Как только они восстановят свои отношения, и только тогда, им будет разрешено зачитывать за ужином вместе с детьми колонку советов в газете. Все члены семьи должны по очереди зачитывать головоломку, загаданную ведущим рубрики, но не должны читать отгадку, вместо этого каждому члену семьи полагалось высказать свою личную точку зрения в отношении представленной моральной проблемы. После того, как каждый выразит свое мнение, можно будет зачитать ответ автора рубрики. (Это задание требовало от семьи усиленного взаимодействия).

Поскольку у этой пары был отвергающий стиль, я представил им сразу несколько заданий, чтобы дать возможность отвергнуть

хотя бы одно из моих предложений, понимая, что иногда они просто вынуждены это делать в силу своих личностных паттернов. Так или иначе, задания были более чем парадоксальными и символическими. Я хотел сделать эти задания своего рода «линзами», через которые партнеры смотрели бы друг на друга. В своем повседневном взаимодействии с мужем Карен могла смотреть на него сквозь линзы моих внушений по поводу катания на роликах, чтения, каламбуров и пантомимы. Тем самым неестественные роли и образы могли меняться. Здесь снова целью было изменение предсознательных ассоциаций, касавшихся их отношений.

На следующем сеансе жена с радостью сообщила, что они выполнили два из четырех заданий, а именно — катание на роликовых коньках и каламбур.

Теперь я представлю два примера из работы Эриксона, которые прежде не публиковались. Собирая биографическую информацию об Эриксоне, я взял интервью более чем у сотни его коллег. Время от времени я брал интервью у кого-то из его пациентов. Следующие два случая касаются пациентов Эриксона. Первый из них относится к пациентке, которая, как и он, была врачом.

Случай третий

Доктор Инез родилась в азиатской семье, принадлежавшей к высшим слоям общества. Поскольку в детстве ее чрезмерно оберегали, она мало контактировала с представителями среднего класса. Хотя она получила великолепное образование, в своих взглядах на жизнь она оставалась наивной.

В 1960 году доктор Инез посетила лекцию Эриксона. В конце лекции эта довольно робкая женщина задала Эриксону совершенно нетипичный вопрос: «Вы ведете супружескую терапию?» И он ответил: «Только если вы приедете в Феникс».

Чтобы попасть к Эриксону на двухдневный курс терапии и провести с ним несколько часов, они с мужем проехали на машине триста миль от своего города до Феникса, штат Аризона. Когда я брал у нее интервью в 1994 году, она не слишком многое помнила из содержания сеансов. Однако хорошо помнила, что в конце сеанса Эриксон дал им четкие наставления: «Теперь вам надо возвращаться домой. Но иногда вы разговариваете за рулем о неприятных вещах, а это опасно. Поэтому я рекомендую, чтобы вы, доктор Инез,

возвращались в Сан-Диего самолетом. А вы, супруг, поезжайте на машине». На этом терапия завершилась.

Прибыв домой, доктор Инез проявила не свойственную себе решимость и развелась с мужем. Через семь лет, когда она снова вышла замуж, ей пришло письмо со счетом от доктора Эриксона. На счете внизу была приписка, сделанная рукой Эриксона: «Я действительно надеюсь, что на настоящий момент вы расстались с этим ужасным господином Инезом». Доктор Инез была совершенно потрясена: (1) ее смутил счет; (2) она была удивлена тем, что специалист, с которым она столько лет не общалась, осмелился ей такое написать. Само собой, счет она оплатила.

Еще несколько лет спустя доктор Инез размышляла в своем саду о жизни: как теперь ей было хорошо со своей семьей, и как было бы ужасно, если бы она осталась замужем за господином Инезом. Она позвонила Эриксону и сообщила, что едет в Феникс на встречу медиков, и попросила, чтобы он назначил ей время для визита. Приехав, она сказала Эриксону: «Понимаете, мы, врачи, не имеем достаточной возможности осознать результаты своей работы. Я хочу, чтобы вы знали, насколько теперь я довольна своей жизнью. Вы помогли мне в тот поворотный момент. Это так много значит для меня».

«Знаете, — продолжала она, — мне до сих пор иногда тяжело». («Тяжело» — это идиома, означающая «в депрессии».) Пока она описывала свою тяжесть, она вдруг увидела краем глаза руку доктора Эриксона. Его рука протянулась к ней, взяла ее левую руку и, подняв ее в воздух, оставила ее в состоянии каталепсии. Он посмотрел на нее с улыбкой и сказал: «Для меня здесь нет никакой тяжести».

Затем он подарил ей деревянную статуэтку и книгу. А также выразил свою признательность по поводу ее визита.

Несколько лет спустя доктор Инез посетила другую встречу, посвященную гипнозу, где некий специалист использовал ее в качестве добровольной испытуемой для демонстрации. Пытаясь дать ей хороший опыт, специалист внушал: «Войди в транс и ты увидишь одно из самых важных сокровищ в твоей жизни». Доктор Инез начала плакать. Что она увидела? Она увидела, как рука Эриксона протягивается к ее руке и поднимает ее со словами: «Для меня здесь нет никакой тяжести».

По мере того как доктор Инез описывала свои переживания, связанные с Эриксоном, она произнесла: «Я говорю с вами по теле-

фону, а сама держу у себя на коленях книгу доктора Эриксона. В руке у меня та самая деревянная статуэтка. И я не в силах выразить то, как много для меня значит иметь эти памятные вещи и рассказывать эту историю».

Когда мы анализировали этот случай, то вспомнили метод направляющих ассоциаций. Как доктор Инез мыслила о тяжести? Всю свою остальную жизнь она могла ассоциировать тяжесть с тем чувственным воспоминанием, где Эриксон поднимает ее руку, и с той добротой, с какой он ей это продемонстрировал. Впоследствии ей было уже не так просто потеряться в ощущениях тяжести.

Случай четвертый

Я могу в некоторой степени пролить свет на тот случай, который я описал в одной из своих книг (Зейг, 1985). Он касается женщины, приехавшей к Эриксону во время Второй мировой войны. В кабинет доктора Эриксона ее привел муж — после своего увольнения из армии, которого он добился с единственной целью — заботиться о жене. Войдя в кабинет Эриксона, она сказала Эриксону три вещи, на которые он ответил: «Мадам, я не знаю никого, кого бы я мог так ненавидеть, чтобы направить вас к нему на психотерапию». И Эриксон отказал этой пациентке, которую мы будем называть Дианой.

Когда я спросил Эриксона, что же сказала Диана, он ответил, что она заявила следующее: «У меня жутко болит голова, а от беспорядка, который творится на столе вашего секретаря, у меня голова болит еще сильнее. Вам следовало бы задуматься над тем, что у врача должна быть мебель поприличнее вашей. Каждый, кто читает книги по медицине, должен знать, как расставить их на полке».

Диане не предстояло *стать* пациенткой Эриксона: он не верил в то, что она изменится. Однако она умудрилась проникнуть в больницу, где работал Эриксон, и добиться встречи, несмотря на то, что жила в другом районе, который больница не обслуживала. Эриксон поручил работу с ней одному из врачей-стажеров в качестве учебной практики.

Эриксон дал стажеру указание, чтобы тот провел с ней начальное вмешательство: Диана должна была написать свою автобиографию. Ему помогли два ассистента. Как только она дописывала страницу, ассистент сразу забирал ее, чтобы она не могла ничего там изменить. Диана написала столько, что все это заняло тридцать

три машинописные страницы с одинарным интервалом. Когда я впервые посетил Эриксона в 1973 году, он дал мне это описание и попросил прочесть первую страницу, а затем сказать, что написано на тридцать второй странице. Я понятия не имел, что там было написано. Впоследствии Эриксон научил меня, как нужно понимать то, что читаешь.

Он показал мне письма, которые получал от Дианы на протяжении нескольких лет, заметив при этом, что не отвечал на них. Все они содержали один и тот же паттерн — паттерн, который был отмечен как на первой странице ее автобиографии, так и в первых фразах, произнесенных ею на первой встрече с Эриксоном. Выражать намеками свое пренебрежение было в духе Дианы. Эриксон считал, что человек, которому свойственен такой стиль общения, не собирается меняться.

У Дианы было двое детей. Было понятно, что у нее есть дочь, поскольку, когда Диана говорила со стажером об этом ребенке, она называла ее имя. У нее был и второй ребенок, которого звали Ники (вымышленное имя). Ники могут звать как мальчика, так и девочку. На протяжении всего курса терапии, проводимого стажером, Диана так ни разу и не сказала, мальчик Ники или девочка. Воздерживаться от сообщения пола ребенка довольно трудно, но Диана справилась с этой нелегкой задачей.

Однажды Эриксон вместе с этим стажером совершал обход и увидел Диану с двумя девочками. «Будьте вы прокляты!» — крикнула Диана Эриксону. «Извините, — ответил он. — Это чисто случайно».

В 1974 году Эриксону позвонила ее дочь Ники. Ее мать с отцом развелись. Отец ослеп. Ники хотела узнать, носит его слепота психогенный характер или же это случилось по вине Дианы. Даже, несмотря на то, что родители Ники развелись, Диана делала ее отцу инъекции. Возможно, слепота была вызвана преднамеренным впрыскиванием спирта.

Эриксон согласился на интервью и предложил Ники приехать вместе с сестрой и отцом. Однако приехали только Ники и ее отец. Эриксон не взял с них плату. Ники уехала от него с пониманием того, что Эриксон якобы сказал следующее: «Твоя мать злая, и она способна сделать своему бывшему мужу инъекцию спирта». Ники была потрясена приговором, который вынес Эриксон, и после возвращения домой написала ему. Он ей ответил. Вот текст этого письма:

Дорогая Ники!

Объяснить сложную психологическую проблему за один сеанс поистине невозможно. Я говорил, что вы нерадостны. Вы помните, как у вас на глаза несколько раз наворачивались слезы, пока мы с вами говорили, и как они скатывались по вашим щекам. Наверное, следует очень осторожно проводить различие между поведением человека и самим человеком, который так себя ведет, - между тем, что сделано, и тем, кто это сделал. Позвольте мне проиллюстрировать это на неудачах одного моего коллеги и друга. Он всегда знал, что сказать, но когда говорил, у него выходило совершенно другое. В университете он очень хотел встречаться с одной девушкой. Но в тот день, когда было назначено свидание, эта девушка проснулась с простудой, но, похоже, она хотела этого свидания, так же как и он. Она пошла с ним в кино, и хотя он ей очень сочувствовал, он не знал, как это выразить словами. Он проводил девушку домой и отчаянно хотел поцеловать ее на ночь, но видел, что девушке настолько нездоровится, что все, что ей хочется, это скорее войти в дом и лечь спать. И потому он сказал: «Разве я не сделал для тебя достаточно, не поцеловав тебя на ночь?» Она хлопнула дверь перед его лицом.

Вернувшись домой, он задался вопросом: «Что я сделал не так?» Думаю, все это выглядело анекдотично. Мы объяснили ему тогда: «Ты перепутал местоимения. Ты имел в виду «Разве ты не сделала для меня достаточно, не поцеловав меня на ночь?» И он ответил: «Да, именно это я и имел в виду. Почему тогда у меня не получилось сказать именно так?»»

Наша домовладелица давала званые ужины. По завершении ужина мы поблагодарили ее, а Джек заметил: «Еда была отменная, чем бы здесь ни кормили». Удивленные взгляды, которые он поймал на себе, подсказали ему, что он сказал что-то не то. И он быстро проговорил: «Я имел в виду, что здесь кормят гораздо лучше, чем в зоопарке». Бедняга Джек!

За все четыре года нашего с ним знакомства он ни разу не умудрился сказать в точности то, что он имел в виду. Джек не был неблагодарным, но он ни разу не произнес слов, которые выражали бы благодарность.

Я неоднократно объяснял, что злом является не ваша мать, но то, что она делает. Злом были поступки, а не тот, кто их совершал.

Я нравился вашей матери, и она уважала меня, потому что знала, что может доверять мне в том, что я никогда на нее не обижусь. А еще, потому что она знала, что если она начнет быть хорошей, это может обернуться чем-то злобным. Она знала, что если я рядом, я могу все устроить так, что никто не пострадает и другой человек захочет сотрудничать. Мы с вашей матерью могли бы вместе смеяться над тем, как я превращаю нечто неприятное в приятное. Она знала, что я смеюсь не над ней, но над ее разочаровывающим поведением, которое начиналось с хорошего, но превращалось в плохое. Она знала, что я никогда не возмущался по поводу нее и что я не позволил бы никаким ее действиям повредить мне. Ошибка, которую совершали вы все трое, заключалась в том, что вы позволяли ей ранить вас. Если бы вы могли порвать с ней и никогда не давать ей шанса ни помогать, ни вредить вам, она испытала бы великое облегчение.

У меня есть несколько приятных писем, которые она написала мне, потому что знала, что они мне понравятся, но я все равно никогда на них не отвечу. И как бы ни абсурдно это звучало, для вашей матери утешительно знать, что есть кто-то, кого она совершенно определенно ничем не может задеть. Я надеюсь, вы поняли.

С уважением, Милтон Эриксон

Подумайте о Ники, об ее ассоциациях, возникавших по поводу скверных поступков ее матери. Поразмыслите над письмом Эриксона не как над техникой, но как над способом направить ее ассоциации, помогающим ей по-другому воспринять личность своей матери. Поразмыслите над тем, как Ники могла бы понять поведение своей матери на фоне истории о Джеке с его нелепым поведением.

Выводы

В этой главе я предлагаю предварительное исследование того, как можно рассматривать психотерапию с позиции направляющих ассоциаций. Обучаясь гипнозу, понимаешь, каким образом строят

ассоциации пациенты. Ты учишься формировать вмешательства таким образом, чтобы они согласовывались с эриксоновским утверждением, что психотерапия — это ре-ассоциация внутренней жизни. Направление ассоциаций можно рассматривать как технику, однако это нечто большее, чем техника. Это — способ *быть* психотерапевтом.

Клиницистам стоило бы хорошо задуматься над своими эмпирически усвоенными позициями. Эриксона как выдающегося психотерапевта можно использовать как модель. Если его позиции придутся вам по душе, то можно поработать над их развитием, чтобы впоследствии ваши методы опирались прежде всего не на пресловутую теорию и технику, а на ваш способ бытия.

Литература

- Ritterman, M. (1983). *Using Hypnosis in Family Therapy*. Jossey Bas: San Francisco.
- Whitaker, C.A. (1982). Functions of Marriage. In J.R. Neill e D.P. Kniskem(Eds.), *From Psyche to System: The Evolving Therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford. Pp.166-175.
- Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson: an introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.

4

ИСКУССТВО ЭРИКСОНОВСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ИНТЕРВЬЮ ДЖЕФФРИ ЗЕЙГА
ДЖОЗЕФУ ДАННУ

Кто такой доктор Милтон Эриксон? Не могли бы вы в общих чертах рассказать о его жизни и работе?

Милтон Эриксон — психиатр, снискавший известность благодаря своему вкладу в развитие гипноза, также известный как отец краткосрочных стратегических подходов в психотерапии. Если бы вам пришлось изучать гипноз в восемнадцатом веке, вы изучали бы работы Месмера. Если бы вам пришлось изучать гипноз в девятнадцатом веке, вы изучали бы работы Брейда, Шарко и Бернгейма. В двадцатом веке — вы изучали бы Эриксона, поскольку он занимал ведущую позицию в области клинического гипноза. Вряд ли будет преувеличением сказать, что в двадцатом веке основные достижения в области гипноза были сделаны либо самим Эриксоном, либо благодаря ему.

Как автор краткосрочных стратегических подходов в психотерапии Эриксон стал известен после публикации книги Джея Хейли «Необычайная терапия» (*Uncommon Therapy*) (1973). Благодаря Хейли практический телеологический подход Эриксона получил признание. (Под телеологией я подразумеваю то, что это была терапия, направленная в будущее). Вместо того чтобы исследовать поражения и победы прошлого, Эриксон фокусировался на том, как клиницисту вывести пациентов из того состояния, в котором они пребывают, и помочь им создать конструктивную перспективу, ориен-

Интервью первоначально было опубликовано в «Журнале психология он-лайн», том 1, №4, апрель 2000; <http://www.psychjournal.com>

тированную на будущее. В этом смысле он был скорее гидом, нежели археологом (как многие фрейдисты) или попутчиком (как предшественники гуманистического подхода).

Таким образом, Эриксон отстаивал идею краткосрочной терапии в то время, когда главенствующая роль отводилась психоанализу. Могу сказать, самое лучшее — это то, что Эриксон вкладывал в процесс самого себя. Он был психотерапевтом типично американским — подходившим ко всему весьма прагматично, и ориентировался на получение ответа на вопрос «*Как? Как люди могут стать другими?*», в то время как Фрейда, приверженца европейской традиции, интересовал вопрос: «*Почему? Почему люди именно такие?*»

Хотя подход Эриксона к психотерапии основывался на гипнозе, использование формального гипноза занимало в его работе лишь пятнадцать процентов времени. Но все сто процентов времени Эриксон занимался тем, что брал из гипноза определенные приемы и применял их в психотерапии, обходясь без наведения формального транса.

Можно рассматривать гипноз как некий эмпирический мост между территорией проблем и территорией решений. Гипноз повышает возможности терапевтической коммуникации. Он — некая форма предписанной коммуникации, где пациент реагирует на скрытый смысл, на то, что подразумевается в коммуникации. Социальная психотерапия изучает влияние косвенных намеков на человеческое поведение. Четко доказано, что люди удивительным образом реагируют на пороговые стимулы, минимальные сигналы, намеки. Однако в области психотерапии реакция на пороговые стимулы никогда не выявлялась, кроме как при использовании методов Эриксона и производных от них подходов.

Большая часть клинической карьеры Эриксона протекала в Фениксе, Аризона. В начале своей карьеры Эриксон занимал должность директора по науке в больнице Элоиз в Уэйн-Кантри, Мичиган.

Вы сделали несколько утверждений по поводу эриксоновского подхода к психотерапии, которые я нахожу глубокомысленными и интригующими. Одно из них касалось различия между диагнозом и оценкой. Не могли бы вы объяснить эту разницу?

На своих семинарах я говорю о важности *оценки действий*. Согласно традиционному медицинскому подходу — врач диагностирует патологию. Диагноз указывает на болезнь. Концепция *оценки бо-*

лее объемна. Оценить — значит понять позицию, занимаемую пациентом, а это, как можно убедиться, обеспечивает гибкие возможности для психотерапевтического вмешательства. Диагноз или оценка — это планы лечения, каждый из них определяет будущие действия. Например, если вы ставите пациенту диагноз «пневмония», это укажет вам, какой препарат для лечения нужно использовать. Согласно «мануализированному»* психотерапевтическому менталитету, если вы выявляете у пациента социофобию, то применяете определенную технику. Если вы, опираясь на DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням), ставите пациенту диагноз 295.6 (параноидальная шизофрения), то этот диагноз будет склонять вас к назначению нейролептиков. Шизофрения — не тот диагноз, который заставляет клинициста задумываться о социальном вмешательстве. Он склоняет к биохимическому вмешательству.

Оценка действий ведет к социальному действию. Подавляющее большинство психотерапевтов не назначают лекарств. Химическое вмешательство — это лишь один узкий путь, способный привести пациента к более эффективной жизни. В случае депрессии можно проводить вмешательство, меняя поведение, чувства, мысли, внутренние образы, установки, состояния, отношения, духовную направленность и т.д. Для решения данной проблемы может быть использовано множество методов, — не только биохимических.

В современном мире мы превозносим биохимию по многим причинам. Посредством биохимии действительно можно произвести много замечательного. Но давайте задумаемся над тем, можно ли осуществить вмешательство на социальном уровне. Скажем, пациент преподносит вам то, что он называет депрессией. Клиницист может задуматься: «Какую позицию занимает этот пациент?» Возможно, пациент поглощен своим внутренним состоянием, погружен в мысли о прошлом, интрапунитивен, негативен, отрешен и ни к чему не стремится. Все это — позиции, которые пациент занимает, и нам сразу видно, что именно эти его позиции, возможно, и привели его к ощущению того, что он «в депрессии». Сразу приходит в голову, какие четкие контрмеры можно применить. Но если мы классифицируем состояние пациента как «депрессия», то здесь уже ис-

От англ. *manual* - руководство, справочник. — Прим. ред. пер.

пользовать четкие социальные контрмеры не приходит нам в голову — в отличие от случаев, когда мы производим оценку действий, основываясь на «позитиве» пациента. Диагноз «депрессия», скорее всего, склонит нас к биохимическому вмешательству.

Если мы оцениваем позицию, занимаемую пациентом, например, видим, что пациент слишком погружен в себя, поглощен мыслями о прошлом, интрапунитивен и т.д., то наши психотерапевтические техники могут переориентировать пациента на внешнее, на настоящее, на более позитивное восприятие себя и т.д. Если пациент будет ориентироваться на настоящее, не будет слишком строг к себе и будет больше осознавать внешний мир, чем внутренний, то изменится и его «депрессия». У каждого депрессивного пациента есть потенциал для осуществления таких изменений. Оценка действий разделяет проблему на составляющие, и становится понятно, как можно с помощью социальных действий решить проблему. Традиционный диагноз блокирует применение социальных действий.

Еще один аспект оценки, который должны учитывать клиницисты, — это то, что оценка является вмешательством. Оценка оказывает воздействие. Если мы оцениваем путем исследования психического статуса или выполнения проективного теста, то оценка будет направлять ассоциации и мышление пациента и психотерапевта. В медицине диагностическая оценка — это отдельная стадия, обособленная от лечения. Медицинский диагноз как таковой не влияет на последующее физическое вмешательство, за исключением того, что помогает назначить курс лечения. В психотерапии оценка — это коммуникация, которая приносит изменения как в восприятие проблемы, так и в последующую социальную терапию. Наше вмешательство меняется в зависимости от того, как мы рассматриваем проблему. Мы рассматриваем проблему в терминах личной предыстории, психодинамики, паттернов отношений, систем убеждений и т.д., — и наше вмешательство изменяется. Если наша оценка фокусирует пациента на одной из этих областей, это может позитивно или негативно повлиять на ход терапии.

Кроме того, в психотерапии оценка не обязательно предшествует вмешательству. В эриксоновском подходе мы можем осуществлять вмешательство до «завершения» оценки. Вмешательство обеспечивает обратную связь, которая формирует последующие вмешательства. По мере того как мы осуществляем вмешательство, мы

оцениваем реакции и, опираясь на эти спонтанные ответы, конструктивно выстраиваем дальнейшее вмешательство, в чем, собственно, и заключается суть эриксоновской стратегии утилизации.

Помню, как однажды я, просматривая видеозапись Эриксона, увидел, как он задал новому пациенту два вопроса, а затем сразу приступил к гипнозу. В традиционном подходе такое не принято: традиционные практики, прежде чем осуществлять вмешательство, захотят получить диагноз и четкий план лечения.

Эриксон, вместо того чтобы тратить много времени на диагноз, отдавал предпочтение вмешательству. Вмешательство — это оценка, а оценка — это вмешательство, особенно в социальной сфере. Необходимо общее понимание того, в каком направлении проводить терапию, и, чтобы начать вмешательство, клиницистам вовсе не нужен большой объем какой-то особой информации.

Раннее вмешательство сообщает пациенту то, что психотерапия касается не столько понимания, сколько изменения и возможности что-то делать по-другому. Врожденный гений Эриксона позволял ему осуществлять вмешательство легко и быстро. Многолетняя клиническая практика помогла ему многое узнать о человеческом поведении и о том, как реагируют люди. Мы знаем, что наше ощущение самоэффективности в основном создается благодаря опыту, а не благодаря информации. Эриксоновский стиль интервьюирования превозносит эффективное эмпирическое воздействие.

Другое ваше высказывание: «психотерапевт скорее вызывает, нежели прописывает». Можете его прокомментировать?

Традиционный гипнотизер использует прямое внушение, подобно тому, как оператор стал бы «вкладывать» в пассивного пациента либо позитивные, либо негативные внушения. Согласно эриксоновской традиции, психотерапию можно рассматривать как ре-ассоциацию внутренней жизни. Модель Эриксона основана на выявлении-пробуждении или стимулировании незадействованных ресурсов. Если вы хотите научиться ездить на велосипеде, то информация вам здесь не особо поможет. Езде на велосипеде вы учитесь на собственном опыте: это скорее телесное обучение, чем когнитивное. То же самое относится и к тому, как научиться быть счастливым в своей жизни. Этому учатся больше на опыте, чем получая информацию.

В психотерапии в последнее время акцент делается на том, чтобы помогать людям, предоставляя им когнитивную информацию. Однако люди больше меняются благодаря тому, что они переживают, а не благодаря информации, которую они получают. Модель выявления основана на чувственном опыте — она делает психотерапию символической драмой изменений.

Например, пациент может страдать аэрофобией и в то же время быть оратором и выступать перед публикой, иначе говоря, быть способным делать то, что бояться делать другие. Этот пациент может вдохновлять большие группы людей и в то же время бояться летать на самолете. Никакая информация о безопасности самолетов ему не поможет. Бесполезно говорить ему о том, что, раз он способен расслабленно чувствовать себя перед большой аудиторией, то он может расслабиться и в самолете. Но этот пациент уже «знает», как расслабляться и как комфортно ощущать себя в ситуациях, которые для других могут быть устрашающими. Задача терапии — «реконтекстуализировать» некоторые из этих существующих ресурсов, стимулировать изнутри некоторые незадействованные возможности, которые не были актуализованы. Эриксоновским вмешательством здесь стало бы помещение пациента в ситуацию, где он на опыте реализует способность, которая ранее не была в нем задействована.

Я не занимаюсь целенаправленно психологическим просвещением, но все же кое-что делаю в этом направлении. Я говорю людям, чтобы они читали книги по самопомощи. Например, у меня есть пары, которые читают книги Джона Готтмана. Но когда вы видите, какой большой выбор книг на эту тему есть в любом книжном магазине, вы понимаете, что мир изобилует информацией о самопомощи. Большинство пациентов, которых я вижу, не нуждаются в информации. Пациенты, приходящие ко мне, чтобы сбросить вес, знают о диетах и о подсчете калорий намного больше меня. Но они не способны в полной мере утилизировать информацию, которая у них есть. Моя работа заключается в том, чтобы создать для них опыт изменения, который поможет им войти в контакт со своими незадействованными способностями.

Вы также говорите, что психотерапевт не должен учить людей тому, как думать или чувствовать, но должен направлять ассоциации. Можете это объяснить?

Это важная концепция в моей работе, и ее трудно описать в нескольких словах. Помните, что в терапии некой проблемы мы содействуем определенному аспекту деятельности человека? Мы можем менять его поведение, чувства, понимание, установки и т.д. Эриксон выбрал область, которую я называю *направляющими ассоциациями*. Он изменял предсознательные ассоциации, которые часто направляют поведение. У нас есть поток предсознательных ассоциаций. В гипнозе мы изучаем идеодинамический эффект — то, как ассоциации направляют поведение. Вот один грубый пример: если вы достаточно много ассоциируете на тему шоколадного пирожного и очень хотите его попробовать, у вас начинается слюноотделение. Выстраивание ассоциаций в гипнозе — это способ продвижения изменений.

Другой способ понимания направляющих ассоциаций нам дает социальная психология. Проведены тысячи исследований на тему, как на людей влияют обстоятельства, не присутствующие в их сознательном понимании. Например, на них может влиять поведение их коллег. Примером тому может служить работа Дэниела Шактера. На людей влияют косвенные предустановки, статус, неосознанные социальные стимулы. Социальная психология дает нам понимание того, каким образом люди попадают под влияние предсознательных ассоциаций.

На уровне направляющих ассоциаций Эриксон работал больше, чем другие известные мне клиницисты. Используя метафоры, истории, гипноз, символы и задачи, он демонстрировал, как люди могут меняться. Я рассматриваю его метод как изменение «ассоциативной» сети. Эриксон был непревзойденным социальным психологом. Не имея формального образования по социальной психологии, он использовал принципы, которые сейчас широко распространены в этой области.

Меня смущает то, что психотерапевты не используют знания социальной психологии, показывающие, как можно влиять на людей малейшими стимулами. Косвенное воздействие было не единственным способом, которым Эриксон проводил вмешательство, но из всех известных мне психотерапевтов он больше всех задумывался над тем, как могут меняться люди за счет направленности своих ассоциаций. В своей клинической практике я пытаюсь осуществить вмешательство через любые возможные каналы. Я дам людям информацию,

если это поможет. Я буду петь, если это поможет им измениться. Я сделал частью своих исследований использование канала направляющих ассоциаций. Я учу студентов рассматривать этот метод как возможный способ проведения психотерапии.

Мне кажется, это хорошо понимают рекламодатели и продавцы?

Еще бы! Рекламодатели превосходно используют ассоциативное мышление. Направляющие ассоциации — это то, что рекламодатели понимают и используют. Они могут быть гораздо более изощренными, чем психотерапевты, потому что у них в арсенале больше хитроумных средств. Рекламодатели могут использовать зрительные образы и музыку такими способами, которыми мы пользоваться не можем. Но они заинтересованы в массовом влиянии, в то время как психотерапевты заинтересованы в индивидуальном. Когда ведется работа с отдельными людьми, можно подгонять ассоциативные техники более точно.

Другая идея, которую я нахожу интригующей, — это использование метафоры, где проблема пациента представлена как некий подарок и где задача психотерапевта — распаковать этот подарок, а затем вернуть его пациенту, но уже украшенным неким решением.

Идея упаковки подарка уместна для психотерапии. Когда пациенты приходят на терапию, они приносят собой проблему, «упакованную» в симптом. Психотерапевт берет этот «подарок» и распаковывает его. Затем психотерапевт может сделать ответный подарок — в виде решения, «упакованного» в некую технику. Сами техники психотерапии не обладают целебным свойством. Антибиотик может вылечить от инфекции, но в психотерапии наши техники ни от чего не лечат. Наши техники являются лишь способами представления идей. Самой близкой аналогией психотерапии является Рождество. Психотерапия — это обмен подарками. Пациент приносит подарок, психотерапевт отвечает подарком.

Клиницисты могут использовать многоуровневую коммуникацию. Нам не нужно говорить пациенту, что в действительности означает этот терапевтический подарок. Мы можем мысленно представить, что если пациент способен сказать одно, а подразумевать многое другое, то и психотерапевт в равной степени способен осуществлять коммуникацию на многих уровнях. Он может отвечать пациенту, используя некую технику — например, использовать ме-

тафору, которая содержит многоуровневое послание относительно того, как все делать как-то по-другому. Психотерапевт может быть мастером как в плане предложения многоуровневой коммуникации, так и в плане распознавания скрытых посланий.

На чем вы сейчас больше всего заостряете внимание как психотерапевт?

Сейчас меня больше всего интересует личная эволюция клинициста. Мне интересно то, как *быть* психотерапевтом, и в меньшей степени то, как «Желать» терапию. Психотерапевты проводят терапию, опираясь на теорию, техники, исследования и разработки. Но многие вариации терапевтических изменений зависят от личности самого психотерапевта. Меня интересует развитие психотерапевта изнутри наружу.

Я разработал систему, которую любовно называю Психоаэробикой⁵¹¹ и которая состоит из серии упражнений, смоделированных по типу упражнений для обучения актерскому мастерству. Эта система помогает психотерапевтам развивать свои линзы, мышцы, свои сердца и «шляпы», иначе говоря, свои способы видения, делания, сострадание и социальную роль. Психотерапия больше похожа на импровизацию, чем на науку.

Несколько лет назад меня заинтересовало то, как актеры учатся импровизации. Поэтому я пошел на курсы актерского мастерства. На актерских курсах тебя обучают сценическому мастерству не с помощью информации. В подготовке актеров информация вообще используется ограниченно. Целеустремленным актерам дается некий комплекс эмпирических упражнений, стимулирующих их личностную гибкость. Эти упражнения способствуют тому, чтобы вызвать в актере как можно больше чувственных навыков, необходимых, чтобы актером быть.

Бесполезно говорить актеру, какое выражение должно принять его лицо, чтобы изобразить надменность. Если актер будет об этом думать, он не сможет хорошо играть. Актерская игра — это не столько способ делания, сколько способ бытия. Точно так же мы разрабатываем масштабные технологии способов «делания» психотерапии в терминах исследований, теории и практики, но мы мало думаем о технологии, которая помогла бы целеустремленным клиницистам максимально *быть* теми, кем они могут быть.

Я продвигаю модель Психоаэробикиsm с той целью, чтобы развивать чувственную сторону психотерапевта. Могу сказать, что, к сожалению, пока здесь не удастся добиться успеха, хотя сам нахожу эту идею очень хорошей. Но в сегодняшнем мире терапия регулируется протоколом, и развитие способа бытия психотерапевта для клиницистов — далеко не на первом плане. Для меня важно думать о том, как мы себя развиваем, чтобы стать такими психотерапевтами, какими мы хотим *быть*, а не только развивать свое левое полушарие и заботиться о том, как *«делать»* терапию. Я продолжаю разрабатывать эту модель, и я ее опубликую. Я надеюсь, что эта модель окажет некоторое влияние на психотерапию и сделает ее совершеннее для всех, кто в этом заинтересован.

МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ УТИЛИЗАЦИИ

5

ДОСТОИНСТВА НАШИХ НЕДОСТАТКОВ:

КЛЮЧЕВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЭРИКСОНОВСКОЙ ТЕРАПИИ

Когда мы учимся быть психотерапевтами, мы осваиваем определенные способы мышления в не меньшей степени, чем особое содержание. Такие способы мышления становятся линзами нашего восприятия. Преимущества этих линз в том, что они фокусируют нас на важных особенностях пациента. Но у них есть и недостатки — они ограничивают перспективу. Кроме того, линзы действуют как фильтры, обозначая границы понимания наших последующих действий. Эти линзы «хирургически имплантированы» нам нашими преподавателями, мы получаем их «в наследство» в процессе своего раннего обучения, а возможно — в последипломных курсах, и затем это наследство мы заботливо передаем своим пациентам и следующим поколениям студентов.

За те семнадцать лет, что я учился гипнотерапии у Милтона Эриксона, я развил особый способ мышления в отношении терапии. Я хочу исследовать одну «небольшую» концепцию, которая уходит корнями в традиционный гипноз, однако занимает в работе Эриксона центральное место. На самом деле, эту концепцию можно считать широкоугольными линзами эриксонских методов. Хотя понять ее легко, освоить эту концепцию довольно трудно. Если свободно перефразировать Джея Хейли (1982), то получается следующее: понимание конкретной идеи на опыте открывает перед тобой новые миры для проведения связанной с ней психотерапии.

Эта статья была впервые опубликована в работе: Зейг Дж. К. (1992) Эволюция психотерапии: Вторая конференция. — Нью-Йорк: Бруннер/Мазель, с. 252—266.

Следуя стилю Эриксона, я представлю вам эту концепцию в серии кратких эпизодов и сцен. Это согласуется с моей приверженностью идее, что динамическому пониманию должно предшествовать динамическое переживание. И поэтому мне хотелось бы, чтобы вы отреагировали на следующие ситуации и поняли, что в них много общего. Вы должны быть способны одним словом охарактеризовать их центральную тему.

Иллюстрация концепции

Ситуация 1

В то время как вы сидите на своем стуле, вы не должны обращать внимания на стену, которая перед вами, на темный цвет пола, на цвет своей одежды или на изменения в моргании глаз. Однако вы не можете не обращать внимания на звуки за пределами комнаты, на звуки вокруг вас, на звук вашего собственного дыхания, на изменения звуков, которые постепенно достигают ваших ушей. Вы также можете обратить внимание на ощущение своих стоп на полу, на то, как ваше тело давит на стул, на котором вы сидите, на присутствие или отсутствие подголовника, спинки стула, подлокотников, его сидения, подставки для ног.

В гипнозе вы просто ограничиваете количество фокусов своего внимания, и вы позволяете себе уделять внимание тому, что актуально именно в данный момент.

Ситуация 2

Недавно одна пара обратилась ко мне с просьбой провести с ними психотерапию по поводу отказа от курения. Мужу было лет сорок, жене — около тридцати. Оба они уже проходили терапию и были направлены ко мне, чтобы установить контроль над этой привычкой. Я, по своему обыкновению, устроил так, чтобы они пришли ко мне на сеанс вдвоем. Я предложил им накануне сеанса докурить все свои сигареты и выбросить содержимое пепельниц. Они должны были выкурить по последней сигарете перед сном и придти ко мне в «дискомфортном состоянии», чтобы я смог понять специфику испытываемых ими трудностей, прежде чем индивидуализировать терапию для каждого из них.

Придя ко мне в кабинет, они сообщили, что последовали моему совету, и я воспринял это как позитивный прогностический знак. Во время предварительной беседы я спросил их, победили ли они свои другие привычки. Я также узнал, что оба они ранее проходили интенсивное лечение на предмет зависимости от алкоголя и наркотиков: они «отрабатывали программу» в «Анонимных алкоголиках» и «Анонимных наркоманах». Я спросил у мужа, какие у него были паттерны поведения при употреблении алкоголя и наркотиков до лечения. Он часто говорил жене: «Я просто остановился на пиве», хотя на самом деле продолжал употреблять крепкие спиртные напитки и наркотики. Его паттерн отрицания включал в себя откровенную ложь.

Я попытался определить стиль этой пары. Оба они работали на производстве. Мужчина внешне казался общительным, но в то же время был довольно холоден и избегал близких отношений. Чтобы развить более близкие отношения между собой, они даже прошли по просьбе жены вводный курс семейной терапии. Женщина внешне казалась несговорчивой, независимой, недисциплинированной и язвительной. Вдобавок она страдала артритом. «Как вы справляетесь с этим дискомфортом?» — спросил я. И она ответила: «Если я чувствую боль, то мое тело говорит: «Смотри на вещи проще», и я принимаю ванну или ложусь вздремнуть». Боль ни разу не заставила ее не пойти на работу. У мужа также наблюдалась высокая болевая устойчивость.

Я резко переключился с темы боли, зная, что я к ней вскоре вернусь, и задал вопрос: «Я знаю, что тягу к курению трудно точно описать, но все же не могли бы вы как-то описать ее?» Пока они пытались озвучить моменты, присущие их тяге к курению, я добавил: «Хочу, чтобы вы поняли, что вы во многих отношениях можете думать об этой тяге как о «боли»». Они согласились с тем, что тяга к курению и правда во многих отношениях является болью.

Затем я предложил им ввести личную сигнальную систему, которая использовалась бы только между ними двоими. Я напомнил им, что у всех пар есть особый личный язык, который сторонним наблюдателям не вполне понятен. «Если один из вас произносит фразу «эта боль», например, говорит: «У меня эта боль», то пусть это понимается как то, что свидетельствует об ощущении тяги, вызывающей дискомфорт, «что, на самом деле — не тяга, а боль». Как только этот сигнал будет введен, вы сможете помогать друг другу».

Я сказал мужу: «Вот что можно сделать: каждый раз, когда вы скажете своей жене: «Я испытываю *эту боль*», она сможет прикоснуться к вам. Она сможет обнять вас или положить вам свою руку на колени, или просто нежно взять вас за руку. И когда вы скажете: «Я испытываю *эту боль*», она сразу же будет знать, что нужно протянуть вам руку». Эта идея воодушевила жену, которая откровенно желала более близких отношений. Муж побледнел: его реакция была приемлемой, но весьма сдержанной.

Я обратился к жене: «Если вы скажете мужу: «Я испытываю *эту боль*», то он предоставит вам личное пространство. У вас будет пять минут для себя. В эти пять минут вы сможете вздремнуть, вы сможете делать все, что захотите. Но вы должны сами использовать это время». Жена побледнела: ее реакция была приемлемой, но весьма сдержанной.

Я объяснил мужу, что есть и вторая часто терапии: он должен лгать жене, систематически ее обманывать. На самом деле он должен был лгать и обманывать три раза в день. Он был обязан лгать и обманывать. Чтобы он об этом не забывал, я предложил ему делать это во время завтрака, обеда и ужина. Мы согласились, какая ложь в данном случае будет уместна, и что она повлечет за собой. Его ложь должна была быть относительно безобидной и не касаться вредных привычек. Например, он мог говорить, что вынес мусор, хотя на самом деле не выносил его. Он мог говорить, что выполнил какое-то поручение, хотя в действительности этого не сделал.

Ее задачей было изоблечить его во лжи. В конце дня они должны были поговорить друг с другом начистоту. Она должна была сказать ему, что, по ее мнению, является проявлением лжи. А ему предстояло сказать ей, что на самом деле вызывает эту ложь и обман.

Третья часть терапии для мужа заключалась в применении простой техники блокировки мыслей каждый раз, когда он ощущал *эту боль*. Ему было предложено относиться к этой болезненной тяге как к некому «оккупанту» и «с целью укрепления линии своей обороны» применять эту технику в качестве «артиллерии».

Эта техника называется техникой «*зрительных, слуховых и тактильных стимулов 4,3,2,1*». Он должен был мысленно произносить про себя начало предложения: «Сейчас я осознаю...», и про себя называть четыре вещи, которые он видит: «Сейчас я осознаю стену. Сейчас я осознаю темный цвет пола. Сейчас я осознаю цвет своей

одежды. Сейчас я осознаю изменения, происходящие с каждым морганием глаз». Затем он называет четыре вещи, которые он слышит: «Сейчас я осознаю звуки за пределами комнаты. Сейчас я осознаю звуки, которые вокруг меня. Сейчас я осознаю звук моего дыхания. Сейчас я осознаю изменение звуков». Затем он описывает четыре тактильных ощущения: «Сейчас я осознаю ощущение своих ступней, стоящих на полу. Сейчас я осознаю, как мое тело опирается на стул, на котором я сижу» и т.д.

После завершения этих четырех предложений словами, обозначающими зрительные, слуховые и тактильные ощущения, ему нужно было закончить три предложения словами, обозначающими зрительные, слуховые и тактильные ощущения, затем два предложения и, наконец, одно. Ему было это предложено не столько как способ отвлечения, сколько как способ «расслабить свой ум и приблизиться к своим чувствам». По завершении этого упражнения у него должно было возникнуть повышенное сенсорное осознание, а возможно - и легкое ощущение «кайфа».

Я завершил сеанс, сказав, что мы сделали достаточно. На следующий день мы встретились для продолжения терапии, за которой должен был следовать формальный гипноз. Я уделил полчаса каждому из них индивидуально и пришел к выводу, что до нашей следующей встречи, на которой будет проходить «реальное» лечение, у них не должно возникнуть проблем в поддержании свободной от курения обстановки.

На следующий день я сначала встретился с женой, и она тотчас мне сообщила: «Я решила бросить курить. С момента нашей последней встречи я легко обхожусь без сигарет. Решила завязать, как и с алкоголем». Я ответил ей: «Я хочу, чтобы вы не слишком-то выражали свою радость по поводу того, что бросаете курить. Если ваш муж увидит, что вы не боретесь, то у него, возможно, возникнет проблема. Поэтому, пусть даже это неправда — *особенно*, если это действительно неправда, — говорите ему регулярно, что вам трудно бросить курить, поскольку я думаю, что вам бросить курить легче, чем вашему мужу. Вы и сами оба знаете, что он — как ребенок. И я не хочу, чтобы он ненароком все саботировал».

Жена согласилась с тем, что, когда дело касается трудностей, ее муж бывает «ребенком», и мы обсудили способы, которыми он мог ненароком устроить ей саботаж, если бы он курил, а она — нет.

Я провел с ней формальную процедуру наведения транса, чтобы ей было, что обсуждать с мужем, и чтобы он знал, что она получает лечение. В этом трансе я рассказывал ей истории о подростках, которые учились что-то делать для своего же блага, пусть даже это требовал от них некий авторитет. Терапия для нее была закончена.

С мужем я тоже устроил индивидуальную встречу. «Вчера я весь день смеялся над вашими идеями, — сообщил он. — Почему вы просили меня лгать?» И добавил: «Я не говорил жене «у меня *эта боль*». Я чувствовал себя комфортно». Я стал предостерегать его: «Но так вы сорвете терапию. Вы *должны* говорить жене «У меня *эта боль*». Знаете, — продолжал я, — ваша жена действительно хочет вам помочь. Она только делает вид, что она такая стойкая. Похоже, за этим налетом стойкости она скрывает свои страдания. Внутри она гораздо более чувствительна, чем выглядит. Возможно, ей бросить курить еще труднее, чем вам». Он согласился с моими утверждениями. Я добавил, что поскольку у нее также есть желание помочь, то он должен говорить «У меня *эта боль*» как можно чаще, чтобы она могла протянуть к нему руку, дотронуться до него, обнять его и почувствовать себя для него полезной в их общем процессе отказа от курения курить. И если он почувствует хотя бы незначительный дискомфорт, он должен преувеличить его и сказать: «У меня *эта боль*». Даже если ему комфортно, он может слегка исказить правду и сказать «У меня *эта боль*».

Его транс заключался в обучении самогипнозу, чтобы он мог «укрепить линию своей обороны». Как и в случае с техникой «*зрительных, слуховых и тактильных стимулов 4, 3, 2, 1*», самогипноз ему нужно было использовать для прерывания любого побуждения закурить. Я представил этот метод как гипнотическую *программу*, которую он должен *прорабатывать*.

Через пять месяцев после этих сеансов я получил от этого мужа записку, в которой он сообщил мне, что они оба бросили курить. Они были признательны мне за помощь, однако так толком и не поняли, почему мои методы сработали.

Ситуация 3

Вот еще один случай на аналогичную тему. Рассмотрим взаимодействие между Джеффом Зейгом, целеустремленным студентом, изучающим психотерапию, и Милтоном Эриксоном (Zeig, 1985).

В то время я был заядлым курильщиком - курил трубку. Это было моим хобби. У меня было несколько дорогих курительных трубок, смеси различных видов табака, изготовленные на заказ, и разнообразные аксессуары. Это соответствовало моему имиджу «молодого психолога».

Эриксон видел, как перед нашим сеансом я курил трубку на заднем дворе. Когда мы встретились, он принялся рассказывать мне длинную веселую историю об одном своем друге, который любил курить трубку. Этот друг, как он говорил, был очень неуклюжим. Он был неуклюж в том смысле, что не знал, каким образом держать трубку во рту — держать ли трубку посередине рта, сдвинуть на сантиметр вправо или, может быть, на сантиметр влево? Он был неуклюж.

Он был неуклюж, потому что не знал, как набивать в трубку табак. Нужно ли использовать для этого специальный инструмент или лучше делать это пальцем? И если пальцем, то указательным? Он был неуклюж.

Друг был неуклюж, потому что не знал, как прикуривать трубку. Подносить пламя спереди чашки? Или, может быть, сзади? Или лучше прикуривать, поднося к чашке пламя справа? Или слева? Он был неуклюж.

Все это время я думал: «Почему он мне рассказывает эту историю? Я ведь не выгляжу неуклюжим, когда курю трубку». Но Эриксон продолжал рассказывать. Его друг был неуклюжим и когда держал трубку. Держать ли ему трубку в левой руке или в правой? Придерживать рукой чашку трубки или держать за чубук? Он был неуклюж.

Этот друг был неуклюжим, потому что не знал, как выпускать дым изо рта. Вверх ли его выпускать? Или наоборот вниз? А, может быть, выдувать в сторону? Он был неуклюж.

Он был неуклюжим, потому что не знал, куда положить трубку. Держать ее в руке? Или положить на стол? Он был неуклюж.

Казалось, эта история затянулась на целый час. Я никогда не предполагал, что, куря трубку, можно быть неуклюжим в столь многих отношениях.

На следующий день после сеанса я покинул Феникс и отправился обратно в направлении Сан-Франциско, где в то время жил. Когда я добрался до Калифорнии, я сказал себе: «Я больше не

курю». Я навсегда избавился от своей трубки. Я не хотел курить трубку. Я больше никогда не курил трубку. Никогда.

Техника Эриксона отчасти заключалась в разрушении паттерна. Я стал чересчур серьезно относиться к процессу курения, и это очень удачно делало меня неуклюжим. Более того, уж в чьих глазах мне явно не хотелось выглядеть неуклюжим, так это в глазах Милтона Эриксона. Благодаря этому такое действие, как курение трубки, перестало быть для меня привлекательным. Однако заслуга в принятии решения бросить курить была исключительно моей. Фактор мотивации исходил от меня. Эриксон сделал не так уж и много. Он не говорил мне, чтобы я бросил курить. Он не предупреждал меня о том, насколько это вредно для здоровья. Он лишь рассказал мне историю. Конструктивное изменение здесь произвел именно я.

Ситуация 4

Рассмотрим пациента, который описывает низкую самооценку следующим образом: (1) он сомневается в том, что способен адекватно справиться с поставленной задачей, (2) он решает: «Нет, этого нет», (3) у него развивается ощущение тяжести в области желудка — «словно камень».

Я ввел этого человека в гипноз, используя следующую последовательность наведения (Zeig, 1988):

Почувствуй себя физически комфортно, а затем ты можешь заметить какую-нибудь точку и использовать ее для фокусировки своего внимания... и все это время просто жди определенного сигнала, определенного ощущения, определенного знака в своем теле, который, ты знаешь, там будет. Я назову его позже.

1. Но сначала этот процесс может заинтересовать тебя на уровне ума. Поскольку ты можешь размышлять сам с собой об изменениях, происходящих с глазами, ты можешь задаться вопросом: «Изменятся ли движения моих глаз? Будет ли ощущаться моргание? Изменится ли мигательный рефлекс?»

2. И затем ты, возможно, решишь: «Да, вокруг глаз все также», «Да, будет такое приятное ощущение подрагивания» и «Да, может возникнуть такое изменение рефлекса».

3. Затем приходит само физическое ощущение. Например, ощущение, которое можно описать как онемение, возникшее в центре...

твоих ладоней. Затем можно почувствовать некое движение вверх... (С. 372.)

Еще раз об утилизации

Размышляя над четырьмя случаями, которые я здесь представил, я просил вас определить, что в этих ситуациях общего. Какая тема может быть найдена в каждой из них? Эту тему можно описать одним словом: *утилизация*.

Утилизация является центральным принципом эриксоновской терапии. Она — уникальная особенность эриксоновского подхода (Zeig, 1988). Более того, часто она является важным источником, рождающим успешную психотерапию. Вот как Эриксон описывал метод утилизации (Erickson, 1965):

«Психотерапевты, желающие помочь своим пациентам, никогда не должны оставлять без внимания, осуждать или отрицать какие-либо аспекты поведения пациента только из-за того, что они мешают, необоснованны или даже лишены здравого смысла. Поведение пациента — это часть проблемы, с которой он пришел в этот кабинет. Оно формирует некую личную среду, внутри которой терапия должна возыметь действие. Оно может служить доминирующим фактором в развитии отношений «пациент—терапевт». Поэтому, что бы пациент ни принес в кабинет, все это так или иначе является частью как его самого, так и его проблемы. К пациенту следует относиться с сочувствием, оценивая во всей полноте все то, с чем сталкивается психотерапевт. При этом психотерапевтам не следует ограничивать себя, оценивая, что хорошо и что оправдано в качестве возможной основы для терапевтических процедур. На самом деле иногда и даже чаще, чем вы представляете, терапия может быть прочно выстроена на такой основе, как утилизация глупых, абсурдных, нерациональных и даже противоречивых проявлений. Здесь должна быть задействована не профессиональная гордость психотерапевта, но его профессиональная компетентность» (с. 213 *Collected Papers*, т. 14, с. 213).

В другой статье Эриксон (1952) расширил эту идею, хотя главным образом он описывал введение в глубокий гипноз, эта концепция нашла свое место и в психотерапии.

«Такое распознавание и признание потребностей субъектов и утилизация их поведения отнюдь не относятся к тому, что некото-

рые авторы привыкли считать «неортодоксальными техниками», основывающимися на «клинической интуиции». Напротив, все это являет собой простое распознавание существующих состояний и основывается на полном уважении к субъектам как к действующим личностям» (т. 1, с. 155, *Collected Papers*, том 1).

Что такое утилизация? Это *готовность психотерапевта стратегически реагировать на любой из аспектов пациента или окружения*. Утилизация — это транс психотерапевта. Стивен Гиллиген (в личной беседе) описывал состояние гипнотерапевта как внешний транс, в отличие от транса пациента, который направлен вовнутрь. Этот внешний транс, является неким состоянием готовности к ответу — готовности воспользоваться моментом и, что бы ни происходило, принимать это и утилизировать.

Гипноз можно объективно определить как состояние готовности к реагированию, потому что здесь пациент занимает позицию ответа на тонкие сигналы, которые предъявляет психотерапевт. В понятиях взаимодействия гипноз можно определить как готовность пациента к ответу в зависимости от готовности к ответу самого психотерапевта.

Если психотерапевт хочет развить в пациенте состояние готовности к ответу, он должен быть готов продемонстрировать такую же готовность со своей стороны. Психотерапевт моделирует готовность различать и утилизировать даже самые незначительные особенности поведения пациента и ранее не замеченные аспекты окружающей обстановки. Четыре сценария, приведенные в начале этой главы, демонстрируют использование таких ранее не осознаваемых фактов опыта.

Здесь была приведена подборка примеров утилизации: утилизация чего-либо из окружающей обстановки, например, давления спинки стула; утилизация особенностей пациента — таких, как его своеобразный язык, понимание юмора, избегание близости, последовательность проблемных действий или собственно симптоматическое поведение (что и проделал Эриксон в ситуации моего курения трубки). Даже семья психотерапевта может быть использована для этих целей. (О случаях использования Эриксоном членов своей семьи с целью содействия терапии см. Зейг, 1985). Все, что есть в окружающей обстановке, в самом пациенте, в его истории, в его проблеме, в кабинете психотерапевта, — все может быть утилизи-

ровано. В эриксоновских методах мы все берем непосредственно из самой ситуации и используем это в конструктивном направлении.

Эриксон наставлял своих учеников, что самое главное, что можно утилизировать — это бессознательное самого психотерапевта. Психотерапевт опирается на богатый опыт, являющийся, по сути, конвертируемой валютой, которая может быть использована для того, чтобы установить контакт с пациентом. Даже физические недостатки психотерапевта можно использовать. Например, Эриксон объяснял, что его полиомиелит явился для него одним из самых лучших наставников, благодаря которому он многое узнал о человеческом поведении. Он конструктивно использовал свой недуг. Я помню, как однажды после сеанса я решил помочь Эриксону подняться по пандусу на инвалидном кресле. Тогда Эриксон оглянулся назад, многозначительно посмотрел на меня и объяснил: «Нет. Есть вещи, которые человек должен делать для себя». Я наблюдал затем, как он борется, чтобы справиться с этой задачей. Это был способ акцентировать для молодого ученика тему дня — уверенность в своих силах — и сделать ее запоминающейся. Здесь Эриксон продемонстрировал, как можно конструктивно использовать ограничения самого психотерапевта.

Утилизация означает, что психотерапевт является активным участником процесса совместного создания изменений, основой которого служит сам пациент. Психотерапевт здесь выступает как попутчик, а не как проводник, высказывающий метакомментарии по поводу несостоятельности пациентов, постоянно выбирающих неэффективные пути для прохождения по каменистым тропам жизни. Психотерапевт действительно проходит несколько шагов вместе с пациентом, а не просто просит его проанализировать и понять ошибки. В сущности, психотерапевт помогает пациенту осознать достоинства недостатков пациента. При более пристальном рассмотрении случаев из практики Эриксона становится ясно, что все они являются исследованиями применения принципа утилизации.

История утилизации

Концепция утилизации появляется уже в ранних экспериментальных работах Эриксона. Сам Эриксон (1958) относит появление этого метода к исследованиям, проводившимся в 1943 году, когда он в целях терапии проводил у женщины гипнотическую регрессию воз-

раста. У пациентки до такой степени развилась травматическая фобия апельсинового сока, что она не могла выносить даже запаха и вида апельсинов. Она навязывала свою проблему другим людям, осуждая в их поведении все, что было так или иначе связано с апельсиновым соком. Хотя она хотела пройти терапию, у нее, по некоторым причинам, сложилось к ней противоречивое отношение. Эриксон использовал естественную социальную ситуацию вечеринки, пригласив женщину, страдавшую фобией, в качестве субъекта для демонстрационного сеанса гипноза. Во время демонстрации он отправил эту женщину в период, предшествовавший травме, связанной с апельсиновым соком, и сделал так, что женщина совершенно спокойно выпила поданный ей стакан апельсинового сока. Затем он вызвал у нее амнезию этого опыта. Как он сообщает, в результате процедуры у пациентки наступило полное излечение.

Эрнест Росси (Erickson & Rossi, 1977) относит возникновение концепции утилизации к выздоровлению Эриксона от в возрасте семнадцати лет (из-за полиомиелита он был парализован и прикован к постели). Во время своего восстановления Эриксон использовал некое понятие, которое мы описываем в гипнозе как *идеомоторное поведение*.*

Чтобы снова научиться ходить, он наблюдал за тем, как учатся ходить его младшие сестры. Благодаря пристальному наблюдению за ними его тело вспоминало, как двигать мышцами.

Концепция утилизации была настолько важна для Эриксона, что в 1954 году она нашла свое отражение в определении гипноза, которое он написал для «Британской энциклопедии»:

«Другим важным аспектом техники исследовательской или терапевтической работы является *утилизация* паттернов реагирования и возможностей субъекта, а не попытка навязать субъекту посредством внушения присущее клиницисту ограниченное понимание того, что и как субъект должен делать. Неудачи в гипнотерапии и экспериментальной работе часто происходят из-за того, что к

Под идеодинамической активностью подразумевается то, что усиленное мышление по поводу чего-либо влечет за собой реальное поведение. Например, если вы думаете о чем-то вкусном, то у вас начинается слюноотделение (идеосенсорная реакция). Если вы едете в машине как пассажир и хотите, чтобы водитель остановил машину, то вы иногда начинаете непроизвольно нажимать на несуществующий тормоз (идеомоторная реакция).

субъекту относятся как к автомату, который должен выполнять команды в соответствии с пониманием гипнотизера, исключаящего признание субъекта как личности с индивидуальными паттернами реагирования и поведения». (Эриксон, 1980, *Сборник работ*, т. 3, с. 22; курсив - Д.Зейга)

Принцип утилизации разрабатывали и развивали довольно многие видные мыслители, которые продолжили традиции, заложенные Эриксоном. Источники исследований столь многочисленны, что здесь я могу упомянуть лишь некоторых из современных авторов.

Эриксон и Росси (1975) кратко изложили утилизационную теорию гипнотического внушения, Хейли (1973) описал важность принятия такого фактора, как сопротивление, Лэнктоны (1983) обсуждали предложенную Эриксоном концепцию утилизации сопротивления, Япко (1984) дал более подробное разъяснение терапевтической утилизации состояния транса, Гиллиген (1987) описал, каким образом индивидуальные проявления пациента становится основой для наведения транса. Кроме того, Долан (1985) исследовал природу эриксоновской утилизации в отношении пациентов, не поддающихся лечению, и хронических больных; де Шазер (1988) описал то, как утилизировать историю отклонений пациента; О'Хенлон и Уилк (1987) кратко описали возможность использования утилизации для планирования и проведения терапевтических вмешательств; О'Хенлон (1987) также представил утилизационный подход как самый долгосрочный вклад Эриксона в психотерапию.

Достаточно сказать, что к концепции утилизации обращаются все последователи Эриксона и включают ее в свои теории и методы. На самом деле, можно утверждать, что утилизация для эриксоновской терапии - это то же, что и анализ для динамических подходов или научение для поведенческой терапии. Утилизация - центральный аспект эриксоновской модели, и она может быть использована в гипнозе, так же как и в психотерапии.

Утилизация в гипнозе

В практике терапевтического гипноза психотерапевты даже при использовании традиционных методов прибегают к утилизации, независимо от того, осознают они это или нет. Например, традиционный гипнотизер может внушать: «С каждым своим вдохом, с каж-

дым звуком, который ты слышишь, ты будешь все глубже и глубже погружаться в транс». С помощью этой техники утилизации некоторые факторы окружающей обстановки связываются с целью — более глубоким погружением в транс.

В эриксоновском подходе психотерапевт помогает проявиться ресурсам самого пациента, а не выступает в качестве некоего авторитета, программирующего своими внушениями предположительно пассивного пациента. Механических техник гипноза следует избегать в пользу утилизационных методов, которые автоматически индивидуализируют терапию. Далее приводятся шесть техник утилизации (см. также Зейг, 1988).

Ратификация

Процесс наведения транса обычно включает в себя два последовательных шага - поглощение и ратификацию. Сначала внимание пациента поглощается неким ощущением, неким восприятием, фантазией, воспоминанием и так далее. Затем эта поглощенность ратифицируется: изменения, происходящие по мере поглощения внимания пациента, признаются и утверждаются простыми повествовательными предложениями. Например, психотерапевт может заметить: «Пока ты меня слушал, частота твоего пульса изменилась, скорость твоего дыхания стала другой, твоя голова занимает уже не то положение, которое занимала раньше». Такой способ утилизации как ратификация несет скрытый смысл: «Ты реагируешь, ты демонстрируешь желаемые изменения».

Атрибуция

Атрибуция - это косвенная форма утилизации, связанная с ратификацией. Ратификация особым образом подразумевает гипнотическую реактивность, атрибуция привносит дополнительные смыслы, которые могут быть использованы для более общих целей. Внимательно обдумайте предложение, сказанное загипнотизированному пациенту, который медленно кивает головой: «Теперь ты киваешь головой по-другому, *потому что у твоего бессознательного разума есть свой собственный способ соглашаться*». Здесь поведению, демонстрируемому пациентом, придается неявный смысл, в данном случае: «Твой бессознательный разум сотрудничает со мной».

Предписание симптома

Используя предписание симптома, психотерапевт вызывает симптоматическое поведение, а затем тонко формирует его в желаемом направлении.

Вот пример из моего личного опыта. Когда я был студентом и готовился получить степень магистра (перед моим первым визитом к Эриксону), мне был назначен научный руководитель для прохождения практикума по психиатрии. Я попросил его обучить меня гипнозу. Он пригласил меня в свой кабинет и предложил сесть. Я нервничал. Усевшись на стул в его кабинете, я бессознательно постукивал пальцами по подлокотнику кресла. Заметив это, он быстро предложил: «Ты можешь стучать пальцами быстрее. И когда стучишь пальцами, замечай ритм движения. Замечая ритм движения, обращай внимание на то, как он меняется. Когда ритм начнет замедляться, ты можешь глубоко вздохнуть, закрыть глаза и войти в транс».

Это был мой первый личный опыт утилизации. Этот опыт, как и любой опыт утилизации, оказался настолько интересен для меня, что и сегодня я помню его так же ярко, как тогда, восемнадцать лет назад.

Включение

Включение — это разновидность техники утилизации, сходная с ратификацией и атрибуцией. В условный язык наведения можно объединять несопоставимые по природе факторы, относящиеся к ситуации, которая происходит в реальности. Например, если во время наведения внезапно открывается дверь, психотерапевт может сказать: «Ты можешь конструктивно открыть новую дверь к способности твоего внутреннего разума направлять тебя». Психотерапевт моделирует стиль реагирования и хочет, чтобы пациент следовал этому стилю. Психотерапевт часто преследует терапевтическую цель помочь пациенту конструктивно отреагировать на внешние события. Если психотерапевт хочет, чтобы пациент развивал в себе эту способность, он может моделировать ее, например, используя включение.

Гипнотическое переопределение

Еще одна техника утилизации — гипнотическое переопределение. Если человек описывает некий аспект проблемы как ощущение «дав-

ления», то при наведении гипноза психотерапевт может начать ориентировать пациента на *давление*, которое пациент ощущает, сидя стуле - давление спинки стула, подлокотников, подставки для ног и так далее. Таким образом, концепция давления несколько переопределяется в более позитивном понимании, и слово, обозначающее симптом, используется как слово для решения.

Символическое предписание

В традиционной психотерапии практик часто интерпретирует символическое поведение и идиомы пациента. Если пациент утверждает: «У меня болит шея», то психотерапевт может истолковать символику этого утверждения, спросив пациента: «Кто является для тебя этой болью в шее?» Подобные истолкования происходят из целей традиционной психотерапии, которая превозносит важность сознательного понимания.

Психотерапевты, работающие в стиле Эриксона, могут использовать метод утилизации, считая, что: «Если пациент может общаться символически, то и я в равной степени могу общаться с ним символически. Вместо того чтобы *интерпретировать* символику, я могу конструктивно *использовать* символические процессы и создавать терапевтические символы».

Например, во время наведения Эриксон клал левую ладонь гипнотизируемой женщины на бицепс ее правой руки (Zeig, 1980). У нее получалась такая поза, как будто она себя обнимает. Символическое послание было следующим: «Ты можешь защитить себя, ты можешь успокоить себя». В дальнейшем Эриксон ссылался на этот опыт.

Вот еще один пример. Я делал внушения для усиления внутреннего Я: «Когда тыходишь в транс, то держишь голову прямо и ощущаешь комфорт в плечах. Твоя голова теперь может казаться дальше от твоих ног. Твое левое плечо может казаться дальше от правого плеча». В символическом и идиоматическом смысле такие понятия, как «прямо держать голову», «иметь голову на плечах», ощущать себя «высоким» и быть «широкоплечим», являются телесными особенностями позитивной самооценки.

Формы гипнотической коммуникации могут выглядеть как первичный процесс, но в трансe пациенты более буквальны в своих ответных паттернах. Кроме того, недирективность усиливает драматизацию и таким образом может усиливать эффективность внушений.

С точки зрения этой процедуры вполне уместна одна важная оговорка. В методах гипнотической утилизации, как и во всех других техниках, о коммуникации судят не по искусности структуры, а по реакции пациента. Если на определенный подтекст не возникает позитивной реакции, то психотерапевт переходит к другой технике.

После рассмотрения некоторых методов утилизации в гипнозе можно перейти к обсуждению использования утилизации в индивидуальной и семейной терапии.

Утилизация в индивидуальной и семейной терапии

Техники утилизации могут быть расширены от гипнотического наведения до психотерапии, которая проходит без формального наведения. Вот пример такого случая.

Не оставляйте камня неперевернутым

У меня была пациентка, которая страдала, как мне казалось, депрессией. Однако она объясняла мне, что у нее психосоматические проблемы. Я не стал интерпретировать ее психосоматические проблемы как маскированную депрессию, но попросил ее носить с собой камень. Она должна была найти камень размером с кулак, покрасить его в черный цвет и носить с собой в течение десяти дней. Следующий сеанс должен был состояться через две недели после моего возвращения из путешествия. Эта пациентка знала, что ее могут ожидать необычные задания, и с готовностью приняла эту задачу.

На второй встрече она отметила, что задание носить с собой камень она выполнила. Я поинтересовался, что она сделала с этим камнем по истечении этих десяти дней. И она ответила: «Я на самом деле не знала, что делать с камнем, и потому положила его в библиотеке мужа». Я сказал: «Знаете, думаю, было бы неплохо провести терапию для вашей пары и пригласить на следующей сеанс вашего мужа».

Я просто обменялся с ней символами. Она дала мне символ (свою психосоматическую проблему), и я — из доброты или даже из вежливости — тоже дал ей символ: я предложил ей черный камень, который, как я считал, должен символизировать депрессию. В действительности проблема заключалась не столько в депрессии, сколько в их семейных отношениях. Пациентка символически исправила мою неверную интерпретацию, выбрав место, куда положить камень.

В сущности, мое вмешательство заключалось в утилизации некоего символического процесса. После чего я мог отслеживать реакцию на мою символическую задачу и соответствующим образом настраивать свой метод.

Следующий пример утилизации касается семейной терапии.

Утилизация «тигриного зуба»

Фред был несносным десятилетним ребенком, который постоянно упрямялся, искал внимания и был негативно настроен. В моем кабинете он никак не хотел прямо сидеть на стуле и все время разваливался в странных позах или садился на пол. Он часто прерывал меня и неизменно спорил со мной, когда я говорил с ним. Фред был непредсказуем, он не предвидел последствий своих действий и не отвечал за свое поведение. Его приступы ярости были на уровне «высшей лиги».

Пока я наблюдал на сеансе семенной терапии за тем, как этот мальчик взаимодействует со своими родителями, мне особенно запомнились три паттерна его поведения: (1) использование отвлекающих действий ради того, чтобы привлечь внимание к себе; (2) оппозиционное поведение; (3) его способность находить изъяны в доводах любого человека.

Мачеха Фреда сказала ему, что если он просто посидит десять минут на стуле и поучаствует в беседе, то получит обратно одну из своих многочисленных игрушек, которой он лишился в результате своего плохого поведения дома. Фред предпринял слабую попытку подчиниться. Уловив поставленную матерью задачу, я предложил Фреду, отвлекать меня, говорить противоположное тому, что говорю я, и (или) находить в моей позиции недостатки. Он стал утверждать, что сможет, а вот у меня были некоторые сомнения на этот счет. Я сказал Фреду, что если он сможет сделать эти три вещи, то получит одно очко. Его отец добавил, что, заработав пять очков, Фред получит обратно свою игрушку.

Мы провели одно испытание, дабы удостовериться в том, что Фред четко понял правила: я говорил ему фразу-стимул, а он должен был отреагировать отвлекающим маневром, чем-то противоположным, или найти какой-нибудь недостаток. После нескольких фраз-стимулов мне стало ясно, что у Фреда очень хорошо получается находить недостатки. На самом деле находить недостатки ему

было гораздо проще, чем демонстрировать отвлекающее или оппозиционное поведение. Однако я настаивал на том, чтобы он использовал все три метода, и, поскольку он был очень настойчив в нахождении недостатков, я заметил, что будет и четвертая техника, которая будет заключаться в повторении последней техники и тем самым демонстрировать то, что он упорно может продолжать в том же духе.

После нескольких попыток мы изменили правила игры таким образом, чтобы ему нужно было выполнять каждое из четырех действий по порядку. Сначала он должен был отвлекать, затем говорить противоположное, затем находить недостаток, затем продолжать в том же духе. Мои предложения-стимулы по своему содержанию были эмпатическими, поскольку Фред продемонстрировал, что идентифицировать чувства он почти не способен. В процессе сеанса я менял предложения-стимулы. Затем, в некий поворотный момент, когда Фред должен был демонстрировать оппозиционное поведение, я сказал ему: «Ты не можешь контролировать собственное поведение». И он ответил: «Я сижу неподвижно».

Эта игра выглядела довольно забавно. Теперь настала мамина очередь высказывать предложения-стимулы, а потом и папина. За все время, пока Фред находился в моем кабинете, ему удалось «выкупить» одиннадцать игрушек. В конце сеанса Фред посмотрел на меня и завораживающе произнес: «Спасибо». Это была его первая и без какого-либо сарказма адресованная мне коммуникация.

Ранее паттерны поведения Фреда служили для его отчуждения от других. Я же утилизировал это поведение для создания близости, — оно стало игрой. В этом процессе Фред продемонстрировал то, что может контролировать свое поведение — которое на самом деле он контролировал превосходно. Более того, эти паттерны стали понятны его родителям, и они начали понимать, что им в руки даны некие инструменты, при помощи которых можно действовать дальше.

Эта игра была лишь одним из компонентов всесторонней терапии, проведенной с семьей. В этом случае к идентифицированному пациенту обращались напрямую, используя модификацию техники *предписания симптома*. Намерением психотерапевта было установить некоторый контроль и добровольное сотрудничество в хаотической ситуации. Впоследствии эти изменения могли развиваться внутри семьи.

После рассмотрения утилизации как концепции, описания ее истории и описания примеров с ее использованием в гипнозе и терапии нам предстоит рассмотреть то, что я называю *принципами утилизации*.

Принципы утилизации

Принцип 1. Сначала - наведение для самого психотерапевта.

Первый шаг терапии в эриксоновском подходе — это не введение пациента в гипноз, а *наведение психотерапевта на утилизацию*. Психотерапевт инициирует терапию, принимая ментальность утилизации — вызывая в себе готовность к конструктивному реагированию на реакции пациента. Это состояние, направленное вовне, служит центральной гранью эриксоновского присутствия. Он чутко воспринимал тонкости каждого момента и был заинтересован в их использовании.

Принцип 2. Все, с чем приходит пациент, может быть утилизировано. И все, что присутствует в ситуации терапии, может быть утилизировано.

Все, что приносит с собой пациент, служит не зерном для помола, но *топливом, позволяющим продвигаться вперед — в новое пространство*. Можно утилизировать ценности пациента, можно утилизировать ситуацию пациента, можно утилизировать сопротивление пациента, можно утилизировать симптом пациента. Выше были приведены примеры утилизационных методов для каждого из перечисленных случаев.

Справедливо и то, что *механизм*, посредством которого поддерживается симптом, тоже можно утилизировать. Несмотря на то, что симптомы проявляются самопроизвольно, пациент все равно что-то делает сам, чтобы поддерживать свой симптом — и это аксиома. Например, люди, страдающие депрессией, что-то делают, чтобы поддерживать свою депрессию. Лучше всего воспринимать депрессию как «что человек делает», а не как «с ним просто что-то происходит». Психотерапевт может поразмышлять: «Каким образом пациент *«делает»* депрессию?» Как только механизм, которым пользуется пациент, чтобы «делать» свою проблему, будет обнаружен — этот механизм можно будет утилизировать. Примером утилизации такого механизма служит последовательное наведение, представленное в разделе «Ситуация 4».

Принцип 3. Любой способ, который использует пациент, чтобы быть пациентом, может быть использован психотерапевтом.

Методы берутся не только из книг: они могут разрабатываться в процессе изучения пациентов. Например, если пациент, чтобы быть пациентом, рассказывает истории, то психотерапевт может рассказывать истории, чтобы быть психотерапевтом. Если пациент в замешательстве как пациент, то психотерапевт может пребывать в замешательстве конструктивно (Zeig, 1987).

Возьмем пример с заиканием: у пациента может быть такая проблема, как заикание. Психотерапевт тоже может заикаться на сеансе с любым пациентом - в качестве терапевтического маневра. Я конструктивно использую технику заикания, когда провожу наведение гипноза с незаикающимися пациентами. Я внушаю: «Гипноз можно представить себе и испытать как настоящее... э... приятное чувство. И по мере того как ты погружаешься... э... разгораешься... э... разрастаешься... э... *опускаешься* внутрь*, ты можешь наслаждаться этим чувством разными способами». В этом случае пациент может отреагировать на любое из слов, которые я произношу, заикаясь. Этот опыт может быть приятным и настоящим, это чувство может напоминать разгорание, разрастание или опускание внутрь. Мое заикание активизирует внушение, заставляя пациента обратить внимание на эти ключевые слова.

Принцип 4. Какие бы реакции вы ни получали, развивайте их.

Следующий случай иллюстрирует ряд принципов утилизации, а также ее техники. Кроме того, он иллюстрирует то, как развить реакцию. Как только пациент начинает реагировать, задача психотерапевта — конструктивно развить и использовать его ответ. Психотерапевт словно берет каждую крупинку «золота», которую предоставляет пациент, а затем помогает ему превратить ее в нечто полезное.

Эриксона (Erickson & Rossi, 1979) вызвали на дом к пациентке, которая умирала от рака. Ее лечащий врач пригласила Эриксона поговорить с Кэти: пациентка страдала сильными болями, и никакие методы лечения, считавшиеся в то время общепринятыми, не действовали. Когда Эриксон вошел, Кэти лежала на левом боку в позе эмбриона и напевала: «Не делай мне больно, не пугай меня.

В ориг.: And as you go... uh... glow... uh... grow... uh... go inside... — *Прим. ред. пер.*

Не делай мне больно, не пугай меня. Не делай мне больно, не пугай меня».

Как подойти к этой пациентке? Следует ли терапевту прервать ее, сказав: «Извините, я ваш консультант. Мне хотелось бы поговорить с вами. Не могли бы вы перестать петь?» Представьте себя на месте Эриксона. Если бы вы практиковали гипноз, то разве могли бы вы сказать: «Извините, я знаю, что вы поете, но не могли бы вы внимательно посмотреть на точку на стене, чтобы войти в транс?» И что в противоположность этому сделал бы психотерапевт, приверженный идее утилизации?

Эриксон посмотрел на Кэти и сказал: «Я собираюсь сделать тебе больно. Я собираюсь тебя испугать. Я собираюсь сделать тебе больно. Я собираюсь тебя испугать». Кэти ответила: «Но я не хочу, чтобы мне делали больно». Эриксон продолжал: «Но я собираюсь сделать тебе больно, чтобы помочь тебе. Я собираюсь сделать тебе больно, чтобы помочь тебе».

Затем Эриксон навел транс, используя одну превосходную технику, позволяющую утилизировать память Кэти. Он сказал ей: «Кэти, я не могу объяснить тебе все, что я собираюсь делать, но мне хотелось бы, чтобы ты вспомнила, каково тебе было, когда ты перевернулась с левого бока на правый бок. Закрой глаза и действительно вспомни, каково это — перевернуться на другой бок». Эриксон утилизировал память Кэти о боли как некий способ поглощения, облегчив тем самым гипнотическое наведение.

Кэти сказала Эриксону: «Я на левом боку. Мне кажется, что я лежу на левом боку». Эриксон продолжал: «Кэти, я хочу, чтобы ты погрузилась внутрь себя и вызвала в подошве своей стопы ощущение самого ужасного, самого нестерпимого, самого невыносимого зуда, какой ты только можешь себе представить». Кэти попыталась, но не смогла: «Извините, доктор Эриксон, я не могу вызвать ужасный зуд в подошве. Все, чего я могу добиться — это ощущения ужасного онемения».

Именно в этот момент Эриксон начал *развивать* ее реакцию: «Хорошо, хорошо, Кэти. То, чего я хочу, — чтобы ты усилила это онемение, позволила бы ему распространиться на обе ноги, на бедра, позволь ему подниматься по телу и переходить в руки, но не в ту область, где у тебя была левая грудь». Кэти вызвала у себя общее чувство онемения.

Эриксон ожидал и был готов отреагировать. Он утилизировал все реакции, развиваемые Кэти в ответ на его предложения. Если Кэти развивала ощущение покаяния вместо онемения, то он использовал это. Если она развивала «ничего», он мог использовать и это, например: «Кэти, пусть это «ничего» распространяется по твоему телу вверх». Эриксон также использовал психологию Кэти. Он оставил область дискомфорта (одну грудь), зная, что пациенты часто должны сами убирать такие ощущения, и он оставил эту возможность.

Утилизация — это продолжающийся процесс. Это не то, что психотерапевт начинает и прекращает. Занятая психотерапевтом позиция утилизации развивается на протяжении всего лечения и является неотъемлемой частью процесса терапии.

Утилизация в процессе терапии

Следующая метамодель основана на структурных коммуникациях. Такой подход использует социальное влияние, чтобы воспользоваться структурами, существующими в настоящее время — включая внутриспсихические, внедренные и внешние конструкции, — для достижения будущих целей. Эта модель адресуется скорее тому, *как* вызвать изменение, а не тому, чтобы анализировать, *почему* люди такие, какие они есть.

На рисунке показана схема этой модели (Zeig, 1992).



Главные аспекты этой модели могут быть представлены и изучены здесь лишь в общих чертах. Помимо принципа утилизации есть четыре других составляющих: (1) постановка цели, (2) упаковывание подарка, (3) подгонка (адаптация) и (4) вызывание динамического процесса.

Постановка цели

Психотерапевт начинает терапию с постановки цели и задает себе вопрос: «Что я хочу передать пациенту?»

Постановка цели для каждой конкретной психотерапии включает в себя множество деталей. Существует два метода, которыми я обычно пользуюсь: *превращение проблемы в процесс* и *разделение решения на управляемые фрагменты*.

1. *Превращение проблемы в процесс*. Если рассматривать проблему как последовательный процесс, часто сразу становятся очевидными пути вмешательства. Цель терапии заключается в том, чтобы помочь пациенту модифицировать привычную последовательность поведения, которая ведет к проблеме. Психотерапевт иногда достигает этого, добавляя к этой последовательности некий шаг. Например, в случае проблемы с курением пациента можно попросить о том, чтобы он перед вдыханием дыма поглаживал свою руку, добавляя тем самым в свою привычную последовательность действий некий шаг. Если такого вмешательства достаточно, может последовать системное изменение. В основе этого лежит следующая предпосылка: как только привычная последовательность будет изменена, пациенты будут тяготеть к более здоровым, эффективным паттернам.

2. *Разделение решения на управляемые фрагменты*. Такой метод постановки целей требует от психотерапевта определения того, как пациент реализует свою проблему. Например, если пациент занижает свою самооценку, то психотерапевт может поинтересоваться, каким образом этот процесс реализуется. Возможно, наряду со всем другим, пациент не доверяет себе, не доверяет другим, направляет внимание вовнутрь и находит в себе изъяны, которые затем преувеличивает. Все эти маневры можно воспринимать как нечто «ощутимое», что можно сделать, чтобы достичь цели; то есть, если предполагаемым исходом является низкая самооценка, то было бы мудро не доверять себе, не доверять другим, быть поглощенным собой и находить преувеличенные недостатки. Решение здесь будет диамет-

рально противоположным проблемной стратегии, а именно: доверять себе, доверять другим, осознавать то, что вокруг, а не уходить в себя, и находить внутренние силы. Каждый из компонентов этого решения можно рассматривать как отдельную цель, к которой следует обращаться и которую следует выявлять. Когда пациент доверяет себе, доверяет другим, пользуется осознанием и находит внутренние силы, его самооценка в целом повышается.

Как только психотерапевт поймет, в чем состоит цель, его следующий шаг будет заключаться в том, чтобы найти способ представить эту цель пациенту. Этот процесс я называю «упаковыванием подарка».

Упаковывание подарка

Если у психотерапевта в данный момент есть некий компонент решения, ему необходим метод, посредством которого он мог бы предложить эту стратегию пациенту, чтобы пациент смог восстановить свою ранее диссоциированную способность. Например, возьмем в качестве цели *внешнее осознание*. Психотерапевт может многими способами «упаковать» в качестве подарка идею «быть ориентированным на внешний мир». Психотерапевт может направить пациента: «Открой глаза, посмотри на мир, осознавай и замечай все, что происходит вокруг тебя». Однако, как показывает мой опыт, пациентам не нравится платить почасовую оплату за подобные советы. Скорее, сегментом решения может стать подарок, упакованный как представление определенной темы внутри некой техники, а не передача идеи напрямую. Один из способов упаковки некой идеи в виде подарка — это представить ее под гипнозом.

В прошлом декабре корреспондент одной газеты брал у меня интервью для статьи о гипнозе. Мне задали вопрос: «Доктор Зейг, что такое гипноз?» И я ответил соответственно времени года: «В структурном отношении гипноз — это всего лишь один из способов упаковывания идей, подобно подаркам».

Компоненты решения могут быть упакованы, как подарки, посредством использования гипноза, символов, метафор, предписания симптома, историй, рефрейминга и так далее. Эти техники служат действенными форматами для передачи простых идей. Психотерапевт задается вопросом: «Как я могу предъявить цель?», а затем выбирает технику. Подразумевается, что техники выбираются за

счет использования методов, на которые пациент обычно соглашается или соглашался когда-то раньше.

Процесс связывания решений с упаковыванием подарка можно рассматривать как психотерапию с помощью взаимосвязи. Техника психотерапевта связывает пациента с компонентом решения, который вызывается с помощью идеодинамического эффекта. Упаковка — это выбор техники, посредством которой предлагаются идеи.

Недостаточно лишь упаковать компоненты решения в виде подарка. Лучше всего еще и индивидуализировать терапию. Для этого существует процесс обращения к уникальному стилю пациента, иначе говоря, *подгонка*.

Подгонка

Достаточно внимательный психотерапевт упаковывает в виде подарка для пациента некую идею и может в дальнейшем улучшать ее представление путем *подгонки, или адаптации*. Хорошо иметь подарок. Но еще лучше, когда подарок подобран, подогнан индивидуально. Он гораздо эффективнее. Эриксон подчеркивал этот момент, говоря следующее: «Психотерапия для пациента А — это не то же самое, что психотерапия для пациента Б».

Чтобы произвести адаптацию, психотерапевт думает: «Что ценит пациент? Какую позицию занимает пациент? Чем он гордится?» Таким образом, психотерапевт индивидуализирует подход. Например, если пациент ценит приключения, то терапевтические задачи могут быть выполнены, если они сродни приключениям. Если пациент ценит постепенное понимание, то психотерапевт может вести терапию медленно.

Давайте вернемся к цели внешнего осознания. Если пациент интрапунитивен (нагружает себя), то психотерапевт может внушать: «Я хочу, чтобы ты больше осознавал, потому что тебе это будет очень тяжело». Если пациент экстрапунитивен (нагружает других), то психотерапевт может внушать пациенту: «Я хочу, чтобы ты больше осознавал, потому что это будет тяжело для тех, кто рядом с тобой». Таким образом терапия подбирается под ценности и мировоззрение пациента (Фиш, Викленд и Сигал, 1982). Терапия фильтруется через внутренние линзы пациента. Иногда подобранные терапевтические предложения не содержат в себе логического смысла. Одна-

ко для пациента они могут иметь смысл в эмоциональном отношении, потому что «соответствуют» его модели мира.

После определения стратегии адаптации техники, психотерапевту необходимо создать методику, позволяющую ему представить свое предложение в течение какого-то времени. Эту методику можно рассматривать как процесс.



Временная линия психотерапии

Процесс

Недостаточно лишь идентифицировать цель и создать способ упаковки подарка или его индивидуализации. Кроме этого психотерапевт работает над созданием процесса — драмы, с помощью которой предлагается цель. Этот процесс (рис. 2) включает в себя определенный период времени (временную последовательность психотерапии), направленный на то, чтобы оптимально пробудить и утилизировать внутреннюю и социальную динамику пациента.

Психотерапевт начинает с пробуждения мотивации в пациенте, которая затем формируется в способность к реагированию, особенно на тонкие стимулы. Это своего рода способ «обработки почвы», чтобы она стала плодородной. Шаг выстраивания способности к реагированию может также рассматриваться как осуществление наведения.

В течение всего этого процесса психотерапевт держит в уме индивидуализированное основное вмешательство. Это может быть предписание симптома, какое-нибудь испытание или историю. Однако вместо того, чтобы прямо продвигаться главным курсом, психотерапевт *сеет* основное вмешательство, с помощью создания не прямых намеков на технику, которая затем последует. По сути, это метод предвосхищения (более подробно о посеве идей см. Зейг, 1990).

Далее психотерапевт продвигается малыми шагами в направлении основного вмешательства, за которым следует период завершения дела. Вся эта процедура называется SIFT* (Zeig, 1985). Психотерапевт движется малыми шагами (*Smallsteps*), проводит вмешательство (*Intervene*) и затем завершает дело (*Follow Through*). Процесс превращает терапию в *значимый эмоциональный опыт* (*SEE — Significant Emotional Experience*) (Massey, 1979), вокруг которого могут выстраиваться изменения.

Для чего утилизировать?

Утилизация служит мостом между постановкой цели, упаковыванием подарка, адаптацией и процессом.** Чтобы поставить цель, психотерапевт утилизует способность пациента подразделять проблему на составляющие фрагменты таким образом, чтобы противоположность каждого стала мини-целью. Чтобы упаковать подарок, психотерапевт может утилизировать способ, который пациент использует для того, чтобы быть пациентом. Чтобы осуществить адаптацию, психотерапевт утилизует то, что пациент расценивает как фактор мотивации («...потому что тебе будет тяжело»). Чтобы создать процесс, психотерапевт утилизует последовательность, которой пользуется пациент, чтобы создать или испытать проблему.

Все хорошие коммуникаторы осуществляют утилизацию в любой области. В сфере психотерапии утилизация активизирует терапию и делает ее увлекательной. Утилизация — это уважение к пациенту, поскольку она признает его индивидуальность. Утилизация также побуждает пациента к тому, чтобы быть бдительным, а в психотерапевте поддерживает осознание каждого момента.

С англ. *sift* — просев, просеивать, тщательно анализировать, внимательно исследовать. В данном случае это еще и аббревиатура от *Setup, Intervene and Follow Through* — подготовка, вмешательство и завершение. — *Прим. ред. пер.*

В оригинальной модели утилизация располагалась в центре *Эриксоновского алмаза*. В результате дальнейших исследований стало ясно, что более точным было бы поместить в центр алмаза *позицию психотерапевта*. Возможно, несогласие доктора Мастера с местом контрпереноса в эриксоновской модели (это обсуждение приводится далее) сыграло свою роль в расширении сферы этой метамоделю. Теперь позиция психотерапевта наряду с другими техническими и личностными факторами включает в себя утилизацию. Исследование этого вопроса будет приведено в дальнейших публикациях.

Я помню, как впервые отправился на встречу с Милтоном Эриксоном в 1973 году. В тот период своей жизни он был прикован к инвалидному креслу и постоянно испытывал хронические боли. У него был свой собственный способ индивидуализации идеи утилизации. Он гордо заявлял: «Я не возражаю против боли. Я не люблю альтернативы».

Эриксон начал тот день с того, что стал медленно говорить сквозь свою боль. Я ощутил прилив энергии и был рад тому, что посетил его. Я старался уловить каждое его слово, каждый нюанс. Я пытался классифицировать в своем уме все разнообразные техники, которые он использовал. Я задавался вопросом: «Как он осуществляет утилизацию сейчас?»

Со временем мне это стало надоедать. Я не мог постичь своим умом все то, что он делал. Шли часы, и Эриксон стал отдаляться от своей боли. Возможно, он утилизировал свою заинтересованность в беседе со мной в качестве особого способа отвлечения. В любом случае, он становился все более оживленным и активным. В конце дня я был совершенно изможден, а Эриксон — заряжен энергией!

Это подводит меня к критерию успешности терапии. Если психотерапевт чувствует себя в конце сеанса лучше, то, видимо, это был хороший сеанс. А в том, чтобы психотерапевт почувствовал себя лучше, часто центральную роль играет концепция утилизации.

Теперь эта метамоделю представлена в своей самой общей форме. Лечение основывается на настоящем и направлено в будущее. В основе модели лежит философская идея: существует мало нового (проникновенного), что можно было бы сказать пациентам, однако существуют новые (проникновенные) способы, позволяющие сказать пациентам то, что им необходимо услышать. Принятие этого подхода может потребовать модификации определения психотерапии.

Переопределение терапии

Утилизация требует нового определения терапии, в котором она больше не рассматривается как подготовка или анализ того, что происходит в структуре, составляющей основу бессознательного пациента или семейной системы.

Для того, кто практикует утилизацию, терапия становится *призывом*. Терапия апеллирует (*взывает*) к конструктивной истории. Пациенты рассматриваются как имеющие все необходимое для

того, чтобы решить проблему, опираясь на свой чувственный опыт. Каждый курильщик знает, как комфортно себя чувствовать без сигареты. Каждый шизофреник знает, как быть убедительным в общении. Эти способности существуют в личной истории пациента. Психотерапевт принимает тот факт, что у пациента существуют истории адекватного и эффективного функционирования. Следовательно, психотерапевту не нужно учить пациента тому, как быть адекватным. Работа психотерапевта скорее заключается в том, чтобы помочь пациенту пробудить ту конструктивную историю, которая в нем сокрыта. Терапия становится процессом стимулирования ресурсов, чтобы они начали действовать, — ресурсов, которые долгое время были закрыты.

В понятиях Эриксона: «Психотерапия — это ре-ассоциация внутренней жизни».

Литература

- De Shazer, S. (1988). Utilization: The foundation of solutions. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp.112—124). New York: Brunner/Mazel.
- Dolan, Y. (1985). *A path with a heart: Utilization with resistant and chronic patients*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, M.H. (1952). Deep hypnosis and its induction. In L.M. LeCron (Ed.) *Experimental hypnosis* (pp. 7114). New York: Macmillan.
- Erickson, M.H. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3—8.
- Erickson, M. H. (1965). The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 57—65.a
- Erickson, M.H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol. III: Hypnotic investigation of psychodynamic processes*, E.L. Rossi (Ed.) New York: Irvington.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1975). Varieties of double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis* 17, 143—157.)
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1977). Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 36—54.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy, an Exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Fisch, R, Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey Bass.
- Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperative principle in Ericksonian hypnotherapy*. New York Brunner/Mazel.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.D. New York:: Hamilton.
- Haley, J. (1982). The contributions to therapy of Milton Erickson, M.D. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (p.5—25). New York: Brunner/

- Mazel, Lankton, S. & Lankton, C. (1983). *The answer within: the clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Massey, M. (1979). *The people puzzle: Understanding yourself and others*. Reston, VA: Reston Publishing.
- O'Hanlon, W. (1987). *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*. New York: Norton.
- O'Hanlon, W., & Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Yapko, M. (1984). *Trancework: An introduction to clinical hypnosis*. New York: Irvington.
- Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1987) Therapeutic patterns of Ericksonian influence communication. In J.K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy* (pp. 392—409). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.) *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353—375). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1990). Seeding. In J.K. Zeig & S. G. Gilligan (Eds.) *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221—246). New York: Brunner/Mazel.

6

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИКИ УТИЛИЗАЦИИ

МЕТАМОДЕЛЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ, КЛЮЧЕВЫХ СЛОВ И ФИГУР РЕЧИ

Наведения

Следующая стенограмма была сделана на открытом демонстрационном сеансе 2 декабря 1992 года.

«Одно удовольствие начать сейчас свой новый путь с этой сиены, не правда ли? И пока вы будете раскрывать для себя некоторые из тайн гипноза, вы можете немного отклониться от своего существующего курса. И следовать за процессом... вниз... вглубь... вы можете многое испытать для себя сейчас, почти не прилагая усилий. Например, вы можете без усилий... выпрямить голову... так что вы... смотрите вперед, надеясь... что узнаете многое. Ваши глаза могут оставаться открытыми, и вы сами можете по-прежнему оставаться здесь...

Поскольку сегодня среда, - как вы представляете себе «среду»? Может быть, как скопление отдельных букв перед вашим мысленным взором? Можете живо вообразить эти буквы? Возможно, это сейчас выглядит как комфортный процесс объединения... букв? Можете ли вы одновременно с этим обратить внимание на свою позу? Вы сидите с раскрытыми руками? И еще глубже: можете ли вы легко изменить

Статья была впервые опубликована в книге: Зейг Дж.К. (1994), *Эриксоновские методы: суть историй*. С. 295—314.

эти буквы? Можете ли сделать их цветными? Например, буквы покажутся вам красными... а затем вы поймете, что это за день. Очаровательно.

И по мере того как я говорю с вами, происходят определенные изменения:

ваше дыхание замедляется;

пульс, который вы ощущаете, уже другой;

вы не воспринимаете все сразу как прежде;

вы можете заметить, что ваша голова теперь кажется отдалившейся от стоп (что означает, что ваши стопы совсем не близко от вашего лица);

вы можете заметить, что ваше правое плечо теперь дальше от левого плеча.

Вы можете заметить, что ваша голова теперь кажется больше... но не слишком большой.

И эти ощущения могут послужить основой, опираясь на которую приятно начать действовать, не так ли?»

Очевидно, что вышеприведенный эпизод — это наведение гипноза. Я мог бы описать те компоненты, которые делают этот эпизод наведением. Однако, учитывая цели данной главы, мне хотелось бы предложить читателю рассмотреть частный аспект этого наведения, а именно; что в нем являлось одним из основных языковых средств?

Прежде чем ответить на этот вопрос, я предложу еще два варианта наведения гипноза с использованием других языковых средств. (Далее следует описание и продолжение стенограммы демонстрационного сеанса.)

Там я просил одну из слушательниц описать текущий симптом, а вторую — описать процесс ее вхождения в конференц-зал. В результате получились следующие диалоги:

Сьюзи: *У меня болит голова.*

Зейг: И эту головную боль, где ты ее ощущаешь в себе?

Сьюзи: *Позади глаз.*

Зейг: Позади глаз.

Ты можешь закрыть глаза на минуту, войти в контакт с той головной болью, которая у тебя за глазами, а затем описать ее мне как-то иначе. И какова же эта головная боль?

Сьюзи: *Как облако.*

Зейг: Как облако. Каким образом она - как облако?

Сьюзи: *Она давит вниз и накрывает.*

Зейг: Давит вниз и накрывает. А есть ли цвет у этого облака, которое давит вниз и накрывает?

Сьюзи: *Серый и красный.*

Зейг: Хорошо. Спасибо.

Зейг: Теперь мне нужен кто-то еще, кто мог бы описать свое ощущение, каково это было - войти в это помещение. Мне нужен линейно организованный человек.*

Эви: *Я поднялась по лестнице. Села рядом с каким-то джентльменом и спросила, в то ли место я попала. Он сказал: «Нет». Я нашла помощника, и затем узнала, куда мне идти.*

Зейг: Теперь я хотел бы персонализировать краткие наведения для Сьюзи и Эви. Начну с Эви.

«Эви, я хотел бы, чтобы ты абстрагировалась от всего и просто села удобно, поставив ноги на пол, положив руки на колени так, чтобы большие пальцы твоих рук не соприкасались друг с другом. И пойми, Эви, что есть определенный порядок, которому ты можешь следовать, когда ты это делаешь. Порядок, который может стать твоим - твоим порядком в развитии этого состояния транс... в развитии этого состояния комфорта.

И я хочу, чтобы ты поняла, что в процессе твоего погружения в себя тоже может быть порядок. Возможно, ты мысленно начинаешь подниматься вверх по лестнице, и реальность может быть наверху... в твоей голове. Но ты можешь осознавать, что ты сидишь внизу, и что я могу быть тем джентльменом, который направляет тебя, чтобы ты вошла внутрь и обнаружила другие реальности. И ты там, наверху, можешь поинтересоваться, в то ли место ты пришла. И ты можешь теперь подумать: «Как хорошо, просто легко вздохнуть и войти внутрь». И ты как будто можешь найти это «наверху», подсознательно, в своем бессознательном разуме, который может служить тебе помощником. И твой бессознательный разум может говорить: «Нет, неправильно оставаться наверху. Гораздо лучше опуститься внутрь».

Имеется в виду человек, который предпочитает организовывать все последовательно. — *Прим. ред. пер.*

Теперь, Сьюзи, ты можешь направить себя похожим образом, но по-своему... комфортно. И узнать, что какая-то часть тебя может сдерживать. К тому же, Сьюзи, осознай, что некая часть тебя может отказаться глубоко погружаться в это ощущение. Некая часть тебя может быть в резерве, и ты, таким образом, замечаешь, что этот транс не должен быть черным или белым. Он не должен быть полностью внутренним или полностью внешним. Скорее, там могут присутствовать некие серые области вхождения внутрь. И ты можешь осознать, что часть тебя, возможно - твой внутренний разум, направляет вниз, давая тебе глубже погрузиться в транс. Но это ощущение может быть в чем-то подобно облаку. И все это время, позади твоих глаз, могут разворачиваться образы, интересные, следующие друг за другом образы. И ты можешь заметить то, как эти образы могут накрыть тебя, избавив от черноты, - новые ивета, новые формы, - как калейдоскоп образов, которые ты можешь замечать перед глазами.

Все это время оставайся немного сдержанной, немного сопротивляющейся, чтобы транс мог быть чем-то большим - *ни черным, ни белым, но просто интересным и комфортным*, наблюдая эти цветные изменения позади своих глаз.

Теперь каждая из вас, возможно, вынеся из этого опыта нечто интересное, *может находиться здесь*, - здесь *и сейчас полностью, сделать один, два или три* легких вдоха и выдоха, - а теперь, Сьюзи и Эви, потянитесь и возвращайтесь, совершенно отдохнувшие и посвежевшие, полностью пробужденные. Спасибо».

Давайте рассмотрим эти три разных наведения. Во всех этих процедурах есть нечто, что делает их гипнозом. Однако каждое из наведений делает акцент на определенном языковом средстве. Что являются собой эти языковые средства, использующиеся для наведения? Для наведения с Эви? Со Сьюзи? Чем отличаются друг от друга эти языковые средства? А также — какой терапевтический принцип используется для генерации этих языковых средств? В данной главе мы обратимся к этим вопросам.

Введение

Три наведения, представленные выше, являются продолжениями принципа утилизации, отстаиваемого доктором медицины Милтоном Х. Эриксоном. Они представляют собой три особых техники

утилизации, а именно: *использование фигур речи*, таких как идиомы и поговорки, использование *последовательностей* и использование *ключевых слов*.

В этой главе будет дано определение концепции *утилизации* в контексте метамоделей психотерапии. Здесь также будут изложены в развернутом виде три особых метода утилизации. Хотя глава главным образом касается применения техник утилизации при наведении гипноза, в ней также будут представлены показания к использованию этих техник в негипнотической терапии, в том числе — семейной.

Утилизация

Утилизация определяется как «готовность психотерапевта стратегически отвечать на все без исключения аспекты пациента или его окружения» (Зейг, 1992, с. 256). Любой аспект психотерапевтического опыта тоже может быть утилизирован, включая стиль пациента, его одежду, манеры, историю и семью. Кроме того, психотерапевт может утилизировать симптом, паттерн симптома и сопротивление. Более того, клиницист может использовать социальную систему, в которой живет пациент, и его окружение (Зейг, 1992).

Литература по эриксоновской терапии изобилует примерами утилизации. Не будет преувеличением утверждать, что утилизация является самой важной гранью всех эриксоновских вмешательств.

Вот две простые иллюстрации.

Случай 1

У Эриксона консультировалась одна пациентка, «умеренный» алкоголизм которой начинал переходить в более тяжелую стадию. Для ее паттерна употребления алкоголя были характерны скрытность и протест. Когда ее муж приходил с работы домой, она уже была пьяна, и это служило причиной частых скандалов. Выходные она посвящала своему «маленькому хобби»: она работала в саду, попивая втайне от мужа виски из спрятанной бутылки.

У ее мужа также было свое «маленькое хобби». Все выходные напролет он сидел в кресле в гостиной и читал от корки до корки «старые пыльные книги, старые пыльные газеты и старые пыльные журналы». Жена противостояла такой отстраненности мужа, но ее усилия не оканчивались успехом.

Эриксон пригласил их вдвоем на встречу и дал им следующие указания: жена должна была прятать в доме бутылку с виски, а муж, придя домой, должен был в течение определенного времени обнаружить, где она ее спрятала. Если он нигде не обнаружит бутылку, то жена могла пить безнаказанно.

В течение нескольких дней жена с энтузиазмом подыскивала места, где ни один человек не смог бы найти бутылку. Однако через некоторое время ей наскучило выполнять эту задачу.

Когда пара пришла к Эриксону на следующий сеанс, он стал настаивать на том, чтобы они отправились на рыбалку. Не куда-нибудь, а на рыбалку. Почему? Потому что, если бы они оказались в маленькой лодке посередине озера, то жена вряд ли смогла бы там спрятать бутылку виски, а мужу негде было бы раскладывать свои старые пыльные книги и газеты. Поэтому рыбалка послужила бы для них единственным заданием, выполнение которого принесло бы им пользу.

Супруги запротестовали против такого указания Эриксона и решили вместо рыбалки просто отправиться на природу с палаткой. Впоследствии они продолжали выезжать на природу и добровольно отказались от своих симптоматических паттернов (Haley, 1985).

В этом случае Эриксон использовал такой аспект симптома, как склонность пациентки действовать исподтишка: он превратил это в игру, изменив тем самым направленность поведения с негативной на позитивную. Кроме того, Эриксон использовал упрямство каждого из супругов. Они могли избавиться от необходимости выполнять такое задание, как поехать на рыбалку, только выбрав для себя другое занятие. В этом процессе они смогли изменить свое симптоматическое поведение — и сделали это своими силами.

Случай 2

Я впервые встретился с Эриксоном в декабре 1973 года. Стенограмма нашей первой трехдневной встречи представлена в книге *«Испытание Эриксоном»** (Zeig, 1985). В то время мои денежные ресурсы были ограниченными: я только что получил степень магистра и впервые устроился работать по специальности — психотерапевтом в стационар для пациентов с острыми психическими расстройствами.

Оригинальное название работы — *«Experiencing Erickson»*. — Прим.ред.

У меня с Эриксоном не было четкой договоренности по поводу оплаты этой встречи. Однако в процессе нашего сеанса стало ясно, что он не собирается брать с меня денег за потраченное на меня время. Но мне все равно хотелось как-то отблагодарить Эриксона и сделать ему подарок, я и попросил его дочь, Роксану, взять меня с собой за покупками. Поскольку Эриксон любил резьбу по дереву, я купил ему деревянную статуэтку утки. За основу статуэтки был взят необработанный кусок дерева, напомилавший своими очертаниями утиное тело, правда голова и шея были вырезаны и окрашены более реалистично - как у настоящей утки.

Я вручил этот подарок Эриксону буквально перед своим отъездом в Феникс: в тот момент я не знал, увижусь ли я когда-нибудь в жизни с ним снова. Он взял подарок и стал задумчиво рассматривать. Он смотрел на меня — и смотрел на эту утку. Он смотрел на меня — и смотрел на эту утку. Он смотрел на меня — и смотрел на эту утку. Затем он подчеркнуто произнес: «Появление» (Zeig, 1985, с. 54).

В то время я «появлялся» — как психотерапевт и как человек. Стиль, в котором Эриксон поблагодарил меня за подарок, включал в себя удивительный пример многоуровневой утилизации*.

Эриксон был настолько привержен идее утилизации, что она стала неотъемлемой частью его личности. Утилизация была его образом жизни — не только техникой.

В общих словах, утилизация — это «состояние», в которое психотерапевт входит с целью обеспечить эффективное лечение. Утилизация может рассматриваться как некий аспект «транса» психотерапевта. Психотерапевт входит в состояние готовности реагировать, тем самым становясь для пациента моделью, чтобы пациент мог получить доступ к аналогичному состоянию. Пациента поощряют войти в состояние конструктивного реагирования, чтобы в своей жизненной ситуации он мог отбирать пшеничные зерна, а не фокусироваться на шелухе[†]. Проблемы представляют собой «состояние» недостаточности, в котором пациенты считают, что у них нет ресурсов, чтобы справиться или измениться, а утилизация моделирует для пациента достаточность.

* Эриксон поставил эту вырезанную из дерева статуэтку на письменный стол в своем кабинете, где она хранится по сей день.

† С англ. *chaff* — то, что остается после помола зерна: мякина, отбросы, в перен. смысле: болтовня, подшучивание, поддразнивание. — *Прим.ред. пер.*

Хотя утилизация как техника в некоторой степени используется и в других методах психотерапии, в эриксоновском подходе она занимает центральное место. На самом деле, можно сказать, что утилизация для эриксоновской терапии — это как интерпретация для психодинамической терапии или как десенсибилизация для бихевиоральной терапии (более подробную информацию об утилизации см. Zeig, 1992).

Ценность утилизации как таковой вполне очевидна, тем не менее невозможно осуществлять утилизацию, не приняв во внимание два вопроса:

- 1) утилизация с какой целью? и
- 2) что выбрать клиницисту для утилизации?

Утилизация с какой целью: метамоделль психотерапии

Утилизация — это целенаправленный подход психотерапевта. Как только психотерапевт принимает позицию утилизации, он должен мыслить наперед — в направлении актуализации конкретной цели. Существует множество целей, которые психотерапевт может иметь в виду. Чтобы более понятно проиллюстрировать цели и место утилизации в терапии, я сюда включил свою недавно опубликованную метамоделль психотерапевтического вмешательства, основу которой составляют пять кардинальных *точек выбора* (Зейг, 1992), показанные на рисунке:



Основой каждой грани этого алмаза служит некий наводящий вопрос. Грани являются местом выбора, и если психотерапевт на чем-

то закликивается или встречает сопротивление, то в одной из граней или в сочетании нескольких граней может быть проведено изменение. Каждое из мест выбора будет обсуждаться в порядке очереди.

Цели

Вопрос цели, на который клиницист должен ответить, звучит так: «Что я хочу передать этой коммуникацией?» Психотерапевт, имеющий целью наведение, возможно, хочет сообщить пациенту: «Расслабься!» Для того чтобы стимулировать терапию у пациента, страдающего депрессией, психотерапевт, возможно, попытается передать ему следующее: «Более активно участвуй в мире, а не уходи от него».

Другой момент, касающийся целей, заключается в том, что они могут варьировать в зависимости от стадии терапии. Цели наведения могут отличаться от целей терапии. Кроме того, цели можно формулировать, разделив одну цель на подцели. Такую цель терапии, как счастье, можно разделить на следующие подцели: осознание самого себя, наличие конструктивной социальной роли, наличие социальных связей и т.д. Во время лечения к каждой подцели можно обращаться независимо от остальных подцелей. Методы утилизации могут быть направлены на реализацию этих подцелей.

Утилизируя нечто, психотерапевты ориентируются непосредственно на намеченную цель. Утилизация направлена на predetermined результат. Обычно в эриксоновской терапии присутствуют и цели наведения, и цели терапии. В эриксоновских методах некоторые общие цели пациента — это *R&R** эриксоновской терапии. Наведение выполняется для того, чтобы вызвать восприимчивость, а цели терапии сфокусированы на раскрытии *ресурсов*. Разумеется, существуют и дополнительные цели наведения и терапии. Цели наведения могут включать в себя изменение внимания, нарастание энергии и содействие диссоциации (Zeig, 1988). Цели терапии могут включать предоставление пациенту новой информации, которой он ранее не располагал.

Утилизация главным образом имеет отношение к целям терапии. Но она может являться и частью других граней метамоделей (точек

* *R & R* — (англ.) на военном сленге означает *rest and relax* — *отдохни и расслабься*. — Прим. ред. пер.

выбора), хотя и в меньшей степени. Вторая грань — это «упаковка подарка».

Упаковка подарка

После того как психотерапевт сформулировал цель, ему необходимо решить: *«Каким образом я хочу ее представить?»* Метод «оформления» цели называется *упаковыванием*. Например, цель можно «упаковать» в историю, символ или анекдот. Она может быть представлена внутри интерпретации, конфронтации, гештальт-диалога или систематической десенсибилизации. Техники психотерапии являются лишь способами упаковки терапевтических целей, подобно подаркам, — техники сами по себе ничего не лечат. Это важный момент. *Техники являются просто форматами для предъявления терапевтических целей. Это философское заблуждение — считать, что техники лечат.* Точно так же и гипноз не лечит пациентов: в структурном отношении, гипноз — это всего лишь способ упаковывания информации в виде подарка.

Что касается подарочной упаковки, то здесь следует дополнительно учитывать еще два момента. Первое: упаковка должна быть рекурсивной, поскольку цель не предъявляется только один раз. Скорее, цель предъявляется периодически и каждый раз — в доработанном виде, подобно тому, как в музыкальном произведении проявляется определенная тема. Например, цель может быть представлена как прямое внушение внутри косвенного внушения внутри истории внутри гипноза. Каждая из техник упаковывания подарка предлагает тематическую цель в слегка измененной форме.

Второй момент, касающийся подарочной упаковки, — это то, что о коммуникации судят не по искусности ее структуры, а по реакции пациента. Искусные техники упаковки имеют ценность только тогда, когда помогают извлекать желаемые и конструктивные ответы.

Упаковка подарка относится к утилизации следующим образом: пациент использует симптом в качестве подарочной упаковки для своей проблемы, а психотерапевт может «упаковать» решение этой проблемы в некую технику. Метод, который использует пациент для «подачи» своей проблемы, может быть утилизирован для упаковки решения. Например, пациент-шизофреник может нести бред, чтобы создавать социальную дистанцию. Психотерапевт может намеренно нести бред, используя это как способ сближения.

Например, я проводил «бредовые дискуссии» с пациентами, превращая таким образом «бредовую» коммуникацию в игру (Zeig, 1987). При использовании этих методов важно быть сочувствующим и искренним, чтобы пациент ни в коем случае не подумал, что над ним насмеются.

Адаптация

Параллельно с размышлением над целью и упаковкой подарка психотерапевт должен решить, каким образом он будет индивидуализировать лечение или подчинять его уникальным особенностям пациента. Для того чтобы осуществить такую *адаптацию*, психотерапевт задается вопросом: «*Какую позицию занимает пациент?*» (Fisch, Weakland & Segal, 1982). Психотерапевту нужно узнать, что именно ценит его пациент. Вполне понятно, что терапия (или гипноз) для застенчивого пациента должна отличаться от терапии для экстраверта. «Упакованных в подарок» целей легче достичь, когда они должным образом адаптированы — с учетом позиции пациента, окружающей обстановки и социальной системы.

Психотерапевт утилизирует позицию пациента, чтобы совершить адаптацию целей. Вот простой пример. Эриксон подписал мне книгу: «Джеффу Зейгу, — очередная книга, чтобы завивать твои волосы» (Zeig, с. 55—56). В этом персонализированном послании была учтена моя отличительная особенность, которой я гордился*.

Процесс

Разобравшись с первыми тремя точками выбора, психотерапевт должен перейти к вопросу: «*Как я буду предъявлять адаптированную и упакованную как подарок цель?*» Я называю этот метод *процессом обработки*. Он происходит в три этапа: постановка, вмешательство и систематическая работа вплоть до завершения (*SIFT*) (Zeig, 1985). Используя метод *SIFT*, психотерапевт ставит драму и превращает терапию в значимый эмоциональный опыт. *Подготовка* включает в себя приемы, называемые «догипнотическими внушениями», к которым относятся посев идей (Zeig, 1990) и проявление мотивации.

Само гипнотическое наведение можно рассматривать как догипнотический прием и особенно — когда оно используется для

Кудрявыми от природы волосами. — Прим. ред. пер.

вызывания внутриличностной и межличностной восприимчивости, усиливающей эффективность последующих внушений.

После того как представлено *главное вмешательство*, будь то рассказ, пересмотр, предписание симптома, история изменения, и т.д., психотерапевт должен переходить к *завершению*. Техники завершения включают в себя ратификацию изменений, индукцию амнезии, а также домашние задания. Одним словом, вмешательство располагается между подготовкой и завершением. Оно не предъясняется изолированно, скорее оно ощутимо предъясняется в течение некоего периода.

Чтобы способствовать лечению, психотерапевт может утилизировать процесс пациента. Как вы увидите, естественно проявляющуюся симптоматическую последовательность, имеющуюся у пациента (или влияющую на пациента), можно использовать в наведении гипноза.

Теперь становится ясно, что утилизация — это метод, направленный на налаживание любой отдельно взятой точки выбора или комбинации точек выбора. Утилизация психотерапевта с философской точки зрения направлена на постановку и осуществление целей, на их подарочное упаковывание, адаптацию и процесс. Например, если пациент жалуется на то, что он «в депрессии», психотерапевт может обсудить необходимость *глубокого отдыха* — как некой стадии решения проблемы, а также как необходимого шага в процессе достижения целей. Если одним из аспектов проблемы пациента является смятение, то психотерапевт может «упаковать» вмешательство в технику вызывания замешательства (Erickson, 1964). Если пациент любопытен, технику вызывания замешательства можно подстроить и в этом направлении. Например: «Любопытно, но я не знаю, знаете ли вы, что развитие конструктивного любопытства — это не та задача, которую вы не сочтете легкой, не так ли?» Как уже упоминалось, утилизация также может применяться в отношении симптома, что позволяет превратить терапию в захватывающий процесс.

Утилизация может быть центральной философией психотерапевта. Она является одной из множества терапевтических позиций.

Позиция психотерапевта

До оценки и вмешательства и во время их проведения клиницист должен задаваться вопросом: «*Какую позицию я должен занять как*

психотерапевт ?» Позиция психотерапевта может влиять на определение исхода лечения даже больше, чем какие-либо технические маневры, предписанные психотерапевтом. Психотерапевты могут занимать позицию доброты, конфронтации, любопытства, понимания и т.д. У каждого психотерапевта имеются *линзы* (установка восприятия), *сердце* (эмоциональная установка), *мышцы* (паттерны действий) и *шляпа* (социальная роль). Линзы, сердце, мышцы и шляпа бывают двух видов - личные и профессиональные, и иногда между личными и профессиональными качествами возникают значительные разногласия. Опытные психотерапевты утилизируют свою позицию к пользе пациентов.

Утилизация - это профессиональная позиция, которую Эриксон отстаивал, а также мировоззрение, с которым он жил каждый день. У Эриксона было много других аспектов профессиональной позиции, включая непрямую коммуникацию и опору скорее на чувственный опыт, чем на дидактику.

У других клиницистов существуют другие профессиональные установки (например, прямая конфронтация или направленность на историю событий).

Позиция психотерапевта в значительной степени определяет цели, упаковывание подарка, адаптацию и процесс. Психотерапевты с гуманистическим уклоном могут иметь более общие цели (например, рост). Поведенческие и стратегические психотерапевты могут иметь более конкретные цели.

Психотерапевты часто предпочитают определенные стили упаковывания подарка. Аналитики будут использовать интерпретацию, прояснение и конфронтацию. Стратегические психотерапевты, возможно, прибегнут к предписанию симптома и рефреймингу, но у них никогда не возникнет идея использовать интерпретацию.

Что касается адаптации — психотерапевты, ориентированные на тело, могут замечать те аспекты позиций, которые обычно не распознаются семейными психотерапевтами, фокусирующимися на паттернах взаимодействия и определяющими позицию пациента в отношении социальной системы. Что касается процесса — здесь клиницисты с драматическим подходом будут предъявлять вмешательства иначе, чем клиницисты с более уравновешенным подходом.

Вот несколько дополнительных моментов, которые следует учитывать в отношении пяти аспектов метамоделей:

1. Следует понимать, что метамодел — всего лишь каркас. Она не предназначена для того, чтобы превратить психотерапевтическое вмешательство в некий линейный процесс. Терапия требует как упорядоченности, так и спонтанности со стороны клинициста. Запрещение выбора ограничивает эффективность.
2. Данная метамодел вмешательства представлена выше в упрощенной форме. В следующих публикациях она будет дорабатываться.
3. Как ранее упоминалось, пять аспектов метамодел являются точками выбора. Если терапия становится проблематичной, то клиницист может изменить цель, метод упаковывания подарка, адаптацию и/или процесс предъявления. Более того, клиницист может изменить свою позицию как психотерапевта: например, стать более твердым, более заботливым, более любопытным или более опирающимся на чувственный опыт.

Как было указано, позиция психотерапевта служит важным определяющим фактором — и в оценке, и во вмешательстве. Если психотерапевт занимает позицию утилизации, то оценка и вмешательство изменятся. Утилизирующий психотерапевт, который практикует гипноз, может разрабатывать стратегии вмешательства, такие как последовательности, ключевые слова и идиомы. Оценка и вмешательство — это взаимодействие между позицией психотерапевта и позицией пациента: когда психотерапевт занимает позицию утилизации, то постановка цели, упаковывание подарка, адаптация и процесс соответствующим образом модифицируются.

Выбор того, что можно утилизировать

Психотерапевты, приверженные доктрине утилизации, будут естественным образом принимать определенные позиции: (1) Такие психотерапевты будут непосредственно ориентироваться на цели, поскольку утилизация осуществляется в направлении конкретного результата; (2) они будут ориентироваться в направлении ресурсов и способностей, потому что утилизация сама по себе является методом выявления позитивной стороны любой исходной ситуации; (3) они будут ориентированы в направлении многоуров-

невой коммуникации. Они понимают, что в данных ситуациях существует множество позитивных и негативных аспектов и что к этим аспектам можно обращаться одновременно.

По мере того как психотерапевт принимает идею утилизации, модифицируется тот этап психотерапии, на котором проводится оценка. Оценка более не рассматривается как некая операция, отдельная от терапии. Скорее, в контексте оценки происходит вмешательство, поскольку психотерапевт готов терапевтически утилизировать ситуацию пациента с самого начала процесса терапии.

Психотерапевт, принимающий позицию утилизации, имеет множество различных ракурсов, с которых он может проводить оценку. Исходя из этого, мы можем исследовать вопрос: «Что выбрать клиницисту для утилизации?» Что утилизировать - зависит от того, как психотерапевт рассматривает пациента и предъявленную жалобу. Возможные действия клинициста уникальны и зависят от его профессиональных позиций, например, психотерапевт может оценивать и утилизировать биологию проблемы, семейную иерархию или системы убеждений, заложенные в основе проблемы. У разных психотерапевтов разные предпочтения, и они склонны навязывать свои предпочтения терапевтической ситуации.

Оценка — это слишком широкая тема, чтобы обсуждать ее в этой главе. Вопросы оценки будут разработаны в следующих публикациях. Но следует заметить, что даже если психотерапевт привержен концепции утилизации, у него все равно остается широкий выбор в том, что утилизировать, и этот выбор будет зависеть от индивидуального способа видения проблемы психотерапевтом.

Цель этой главы — описание трех аспектов мира пациента, которые можно оценить и утилизировать: *последовательности, ключевые слова и фигуры речи*, включая пословицы и идиомы. В процессе работы над этой главой я пересматривал демонстрационные сеансы, проведенные мной на конгрессах и конференциях, которые в течение последних десяти лет спонсировал Фонд Милтона Эриксона. Все это время я пытался развивать свою приверженность доктрине утилизации. Я пересматривал и оценивал фрагменты этих демонстрационных сеансов, особенно фиксируясь на техниках, которые я применял на ранних этапах наведения. Я обнаружил, что идея утилизации привела меня главным образом к разработке трех техник упаковывания подарка — к использованию последователь-

ностей, к рефреймингу ключевых слов в слова решения, а также к утилизации фигур речи. Здесь по очереди будет представлен каждый из этих методов.

Последовательности

Обращаясь к проблеме, клиницисты могут отыскивать последовательности. Проблемы не существуют как статичные объекты. Их лучше всего рассматривать как динамические процессы. Если проблема рассматривается как динамический процесс, то ее можно считать *последовательностью*, даже несмотря на то, что она воспринимается как некое дискретное событие. Например, рукопожатие считается отдельно взятым событием, но при более близком рассмотрении рукопожатие — это последовательность действий, возможно, начинающаяся со зрительного контакта и продолжающаяся в серии шагов, она может включать в себя улыбку, слова приветствия, шаг вперед, протягивание руки, пожатие и т.д., до тех пор пока руки не разойдутся. Точно так же и психологическую проблему можно рассматривать как последовательность, которая начинается с некоторого пускового импульса и продолжается в серии действий, моментов восприятия, внутреннего диалога, эмоций, установок, паттернов отношений и т.д.

Однако пациенты воспринимают проблемы как статичные объекты и говорят о проблемах как таковых, например: «Моя депрессия» или «Моя вредная привычка». Психотерапевты могут воспринимать проблемы как динамические серии событий и ориентироваться на механизм проблемы - на шаги, которыми человек поддерживает свою проблему.* Клиницист может поинтересоваться: «Каким образом этот пациент вызывает свою проблему?» Проблемное состояние может расцениваться как негативный транс (Araoz, 1985), который поддерживается определенными последовательными действиями (Ritterman, 1983; — описывает создание симптома в семьях).

Давайте возьмем какую-нибудь простую проблему, например курение, и приведем гипотетический пример того, каким образом

Заметьте, что выделение в проблеме некой последовательности одновременно является вмешательством и оценкой. Установление в проблеме последовательности способно создать паттерн прерывания, который сам по себе является терапевтическим.

она является последовательностью. Стимулом к курению может послужить вид сигареты. Далее может возникнуть тяга, которая сознательно или предсознательно распознается как определенный «вкус» во рту. Далее может возникнуть мысль: «Надо бы поку- рить», а за ней следует поведенческая цепь событий, которая на- чинается с того, что человек тянется за сигаретой и ищет себе ком- панию, с кем бы перекурить, и заканчивается тушением сигаре- ты. За этим может следовать новая серия мыслей и чувств, таких как отвращение и упреки в свой адрес: «Зачем я это с собой сде- лал?» Проблемная последовательность заканчивается негативны- ми эмоциями.

На оценочном этапе лечения психотерапевт, склоняющийся к этому направлению, ищет последовательность, ведущую к про- блеме. Эта последовательность, в зависимости от предпочтений психотерапевта (линз), может подчеркивать поведение, настрое- ние, познание или систематическое взаимодействие. Когда пси- хотерапевт воспринимает проблему как последовательность со- бытий, у него появляются возможности для вмешательства. Как только психотерапевт определяет последовательность, которая может или не может быть выполнена в сотрудничестве с пациен- том, психотерапевт должен решить: *«Как я буду утилизировать эту последовательность?»* Последовательность может быть использо- вана для того, чтобы облегчить достижение — и целей наведения, и целей терапии.

Случай 3

Идею последовательности я впервые представил на семинаре, про- ходившем в рамках «Четвертого международного конгресса эрик- соновских подходов к гипнозу и психотерапии» в 1988 году. Я про- водил демонстрационный сеанс с одной из участниц, которая в от- вет на мой вопрос описывала свою хроническую тревогу как «по- езд». С помощью прогрессирующей релаксации она могла оста- навливать этот «поезд», но стоило ей перестать концентрироваться на релаксации, как «поезд» (тревога) возвращался. На стадии оцен- ки мы практиковали расслабление и дважды возвращали поезд, и по мере того как она возвращала поезд, мы выявляли последо- вательность, которую она использовала. Я насчитал в этой последо- вательности шесть шагов:

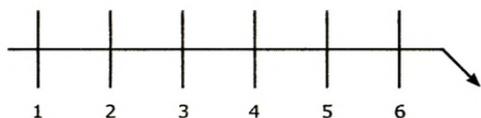
- 1) учащение дыхания,
- 2) расфокусировка и размытость восприятия,
- 3) совершение движений (напр.: беспокойные движения ногами),
- 4) обнаружение присутствующих людей, которые могли восприниматься как угроза,
- 5) ощущение поезда (тревоги),
- 6) спешка и действия по ликвидации поезда.

Эта последовательность была в значительной степени лишена внутреннего диалога, хотя во время интервью я побуждал пациентку к тому, чтобы она сообщала, какие мысли у нее возникают в процессе.

Частью лечения послужило создание шестишагового процесса наведения, использующего последовательность пациентки. Чтобы осуществить наведение, я последовательно выполнял следующие действия.

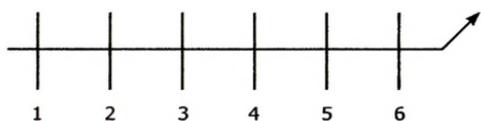
1. Я просил пациентку очень легко и очень быстро закрыть глаза и заметить что-нибудь в этом способе, когда ее глаза закрываются «быстро».
2. Я просил ее не обращать внимания на ощущения (расфокусироваться) — особенно на тяжесть и давление, например, на ощущение от давления микрофона и его провода на шею, на то, как неподвижно лежат ее руки, на ощущение спинки стула.
3. Я попросил пациентку «двигаться внутрь» — в иное состояние.
4. Я внушал ей, что ее сознательный разум может продолжать замечать свет в комнате, который на нее давит.
5. Я внушал, что она может следовать за «поездом» моих мыслей и за «поездом» своих собственных ощущений развивающегося комфорта.
6. Я внушал: «В то время как твой внутренний разум продолжает метаться от одной идеи к другой, и это ощущение давление и света... твой бессознательный разум может развить определенное ощущение легкости».

Таким образом ее проблемная последовательность была утилизирована мною для создания последовательности наведения. Следующие рисунки это иллюстрируют:



Наведение симптома

Плохое самочувствие



Наведение транса

Транс (хорошее самочувствие)

Если проблему можно представить себе как наличие шести шагов, ведущих к негативному состоянию, то наведение может состоять из шести шагов, ведущих к позитивному состоянию. Таким образом, проблемная последовательность не отбрасывается (и не анализируется) — она утилизируется.

Для того чтобы провести наведение последовательности, психотерапевт должен реализовать один из эмпирических параметров транса. Индукция последовательности (собственно говоря, любая индукция) создается с той целью, чтобы вызывать в реципиенте определенные внутренние ощущения. Эти ощущения являются целями наведения.

Пациенты обычно сообщают, что во время транса у них происходит явное изменение в *погруженности*. По этой причине психотерапевты обычно инициируют транс, предлагая пациенту некий ритуал погружения. Пациент может погружаться в ощущение (например, в ощущение тепла в своей руке); в восприятие (например, пациенту можно сказать, чтобы он фиксировал внимание на какой-нибудь точке на стене); в гипнотическое явление (например, пациент может быть поглощен процессом поднимания своей руки); в фантазию (пациенты могут быть поглощены сценой пребывания на пляже); в воспоминание (Эриксон часто погружал пациентов в воспоминания о том, как они учились писать буквы алфавита). Более того, пациенты могут погружаться в последовательности, даже в последовательность своих собственных симптомов. Таким образом, последовательности утилизируются как средства для погруженности.

В использовании последовательностей есть бесспорные преимущества. Когда мы используем наведения последовательное -

ти, терапия автоматически становится «подогнанной» под пациента. Психотерапевты не навязывают пациенту заранее установленный сценарий наведения, и им не нужно знать наизусть тот или иной метод наведения. Психотерапевт просто выявляет симптоматическую последовательность пациента и превращает ее в некий механизм погружения. Более того, используя последовательность симптома, психотерапевт тонко «переопределяет» негативный процесс и извлекает из проблемы конструктивные элементы. Психотерапевт демонстрирует то, что решение, по существу, доступно - что решения могут существовать даже в самой проблеме.

Клиницисты не ограничены в использовании симптоматической последовательности. Психотерапевт может использовать как позитивную последовательность, так и негативную. Например, если у пациента наблюдается такая проблема, как тревога, психотерапевт может попросить пациента описать период комфорта. Таким образом, психотерапевт может выявить последовательность возникновения комфорта — и те шаги, что ему предшествуют, и те, что за ним следуют. Затем последовательность решения может быть использована для создания наведения. Нейтральные последовательности также могут быть использованы: именно это я и делал в предварительном наведении с Эви, когда просил ее описать, как она входила в лекционный зал.

Использование последовательностей может быть разнообразным. Например, я ненавязчиво просил пациентов вспомнить определенные ощущения. Я отмечал тот поведенческий процесс, который пациент вызывает в себе для того, чтобы их вспомнить. Например, пациент делает глубокий вдох, смотрит вверх, морщит брови, прокашливается, сообщает о том, что вспомнил, затем вздыхает. Тогда я гипнотически направлял пациента с помощью последовательности действий, связанных с процессом вспоминания, и косвенным образом успешно извлекал воспоминания.

Работая с парой, психотерапевт может замечать систематические последовательности (т.е. последовательности, которые происходят между индивидами). Эти последовательности также могут быть проблемными последовательностями или последовательностями решения (более подробно о паттернах наведения симптома в семьях см.: Ritterman, 1983).

Если психотерапевт особенно искусен, он может взять любую последовательность и сплести из этой последовательности историю. Шаги этой последовательности образуют как бы «спинной хребет» истории.

Хотя я обычно использую последовательности для наведения, последовательности также можно использовать для действия терапии. Например, психотерапевт может что-то менять в последовательности и — удаляя, добавляя или модифицируя определенные аспекты этой последовательности — способствовать прерыванию паттерна. Эти техники могут выполняться напрямую или косвенно (например, через рассказывание коротких историй).

Возможности утилизации последовательностей безграничны, и я не ставлю перед собой цель подробно изложить все, что касается использования последовательностей. Скорее, я хочу подчеркнуть следующее: как только психотерапевт усваивает позицию утилизации, эффективное использование последовательностей становится ее естественным следствием.

Ключевые слова

Еще одним механизмом оценки служит различие и утилизация *ключевых слов*. Во время интервью пациенты для описания своей проблемы обычно используют своеобразные термины. Например, тучный пациент может описывать голод как «пустоту». Пациенты часто привыкают к своей проблеме и к ее описанию, в результате чего проблема как бы «отвердевает». Когда психотерапевт определяет ключевые слова пациента, он может утилизировать их как слова решения. В этом процессе производится рефрейминг негативного описания, которому придается позитивный смысл. Примером использования этого метода служит демонстрационное наведение для Сьюзи, которая описывала свою головную боль.

Случай 4

В недавней демонстрации я работал с пациенткой, которая жаловалась на радикулит. В ответ на мою просьбу она описала свою боль как «ноющую» или «глубоко проникающую».

По завершении пятиминутного интервью я перешел к наведению в форме беседы. Я внушал ей:

«В то время как ты концентрируешься на своем дыхании, ты можешь легко вдохнуть. А затем, возможно, найдешь что-нибудь, на чем сфокусировать свое внимание. Ты начинаешь ориентироваться глазами, и твоё моргание постепенно меняется. От тебя требуется лишь легко дышать, устройся поудобнее и закрой глаза. И по мере того как ты закрываешь глаза, у тебя может возникнуть вопрос - *некий ноющий вопрос в твоём разуме*, словно твой внутренний разум начинает проталкивать определенные идеи в твоё сознание.

И ты можешь задаться вопросом: «Насколько глубоко я могу сейчас войти в транс?» И это интересный процесс - позволить этому острому вопросу проникнуть в твоё сознание и позволить этому вопросу поглотить тебя. И мне было бы интересно твоё понимание трансформации этого вопроса: «Насколько глубокой могу зайти?.. Насколько я могу проникнуть в некоторые из тайн своего внутреннего разума?..»»

Эта техника превращения слов симптома в слова решения часто оказывается более эффективной, когда наведение не проводится сразу же после интервью, потому что тогда у сознания меньше возможностей для сознательного исследования этой техники. Я часто выполняю наведение с использованием слов симптома только через несколько сеансов после первоначального интервью, в котором использовались описательные слова.

Использование слов симптома как слов решения — это другая техника утилизации. Как и в случае последовательностей, для достижения целей наведения и целей терапии слова симптома могут быть превращены в слова решения. Превращение слов симптома в слова решения обычно является одним из второстепенных методов «упаковывания подарка». Оно не служит основным вмешательством, но является одним из способов рекурсивного предъявления главного вмешательства: если цель пациента, испытывающего боль, — модифицировать ощущение боли, то способом внушения этого процесса может стать превращение слов симптома в слова решения. Эта идея может быть развита в последующих формах рекурсивного упаковывания подарка.

Используя последовательности и слова симптома для вызывания транса, психотерапевт утилизует наведение как некий контекст для терапии. Традиционно наведение считается средством, применяемым для того, чтобы перевести пациента из обычного состояния бод-

рствования в состояние транса. Как только психотерапевт становится приверженцем идеи утилизации, он может утилизировать само наведение в качестве *метода* продвижения терапии. Эта идея — использования наведения и как метода, и как средства — обычно присутствовала во всех эриксоновских наведениях.

Фигуры речи

При проведении оценки клиницист может осознавать фигуры речи, которые актуальны для пациента, а также для культуры и социально-экономической группы, в которой пациент был воспитан. Фигуры речи, такие как пословицы и идиомы, так же как и слова симптома служат рекурсивными микродинамическими формами подарочной упаковки для предъявления наведения и целей терапии. Однако фигуры речи отличаются от последовательностей и ключевых слов в том, что они происходят из языковой истории пациента и вряд ли могут быть порождены непосредственным опытом.

Разговорный язык изобилует идиомами, а носители языка практически не замечают их избытка в своей речи. Пословицы также становятся частью культуры и часто используются в обычной речи. Например, мы используем такие идиомы как «кур во щи», «взять быка за рога» или «быть в подвешенном состоянии». В семьях пословицам придается особое значение. Родители обычно наставляют своих детей: «Дареному коню в зубы не смотрят» или «Делу — время, потехе — час».

Для каждой культуры характерны свои идиомы и пословицы, хотя некоторые из них имеют аналоги в разных культурах. Например, человек может сообщить о смене социальной роли, сказав: «Я теперь в другой шляпе». В Мексике то же самое понятие можно передать словами: «Я ношу другую кепку». Или другой пример - в Японии говорят: «Даже обезьяны падают с деревьев». В западном варианте эта пословица звучит так: «Любой может ошибиться».

В Соединенных Штатах желтый цвет может ассоциироваться с трусостью, в Германии же он имеет совершенно другое значение. Таким образом, для того чтобы эффективно пользоваться символами и идиомами, необходимо знать культуру, в которой пациент воспитывался.

Эриксон, проводя гипноз и терапию, часто пользовался символами и идиомами. Например, на начальной стадии наведения рег-

рессии, где пациентка стала ребенком с задержкой развития, Эриксон спросил: «Хочешь скушать свою любимую конфетку прямо сейчас?» (Zeig, 1980, с. 87). Это был символом доверия. Почти каждую маленькую девочку, в какой бы культуре она ни жила, предостерегают: «Не бери конфеты у незнакомых людей». Как только пациентка взяла конфету, Эриксон почувствовал больше уверенности в том, что установил доверие.

В другом наведении Эриксон, используя похожий метод, попросил пациентку вызвать ощущение холода в левой руке, а вслед за этим — в правой руке (Zeig, 1981). Во многих культурах есть популярная поговорка: «Холодные руки - горячее сердце». Следуя на поведенческом уровне предписаниям Эриксона, эта женщина отмечала свою способность гипнотически менять ощущение. Однако на символическом уровне она могла одновременно ощущать более сильный раппорт (больше теплоты) в отношении Эриксона. Кроме того, в гипнозе пациенты часто бывают более буквальными и плавно перемещаются между буквальным и переносным смыслом внушений.

Помните наведение в начале этой главы? Основным лингвистическим средством в нем служила речевая фигура. В качестве основного метода фигуры речи используются нечасто, но обычно их можно встретить в наведениях, которые я провожу для своих пациентов.

Речевые фигуры и символы также могут быть использованы в терапии в качестве маркеров. Например, работая с одним загипнотизированным мужчиной в контексте семейной терапии, Эриксон внушал, что тот может обнаружить, что «не может встать». Этот символ мог иметь два значения: он мог относиться к отсутствию уверенности в себе (например, неспособность встать на свои собственные ноги). С другой стороны, этот символ мог иметь сексуальное значение и относиться к проблемам с эрекцией. Впоследствии Эриксон провел терапию с этим пациентом, благодаря чему пациент получил доступ к некоторым ресурсным чувствам. Затем Эриксон изменил символ, внушив пациенту, что теперь он может встать и продолжать поддерживать хорошие чувства, которые только что были установлены. В этом случае изменение символа (вставание) отмечало и усиливало тот факт, что этот человек ответил на терапию и произвел существенное изменение.

Техники использования символов и идиом требуют от психотерапевта понимания ассоциативного процесса пациента, еще раз

напоминая о том, что о коммуникации судят по результату, а не по искусности ее структуры. Символические коммуникации неоднозначны, и психотерапевт должен заранее постараться понять реакцию пациента на предполагаемый символ.

Техника использования символов и идиом может применяться как для целей наведения, так и для целей терапии. Для целей терапии эта техника может быть использована, чтобы захватить внимание, вызвать поглощенность, повысить восприимчивость, а также улучшить раппорт. Для целей терапии фигуры речи могут служить микродинамическими методами упаковывания подарка, которые используются для посева семян идей или построения более масштабных терапевтических целей.

Заключение

Как только психотерапевт принимает позицию утилизации, он естественным образом совершенствуется в таких техниках, как последовательности, ключевые слова и идиомы. Эти техники упаковывания подарка могут быть использованы для выявления целей наведения и целей терапии. Зачем психотерапевту прикладывать эти дополнительные усилия? Ответ состоит в том, что психотерапевт заинтересован в создании динамических переживаний (Zeig, 1992), посредством которых может происходить инициированное пациентом изменение.

Литература

- Araoz, D. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, M.H. (1964). The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6: 183—207.
- Fisch, P., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey—Bass.
- Haley, J. (Ed.) (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D., Volume II, Changing couples*. Rockville, MD: Triangle.
- Ritterman, M.K. (1983). *Using hypnosis in family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (Ed.) (1981). *Symbolic hypnotherapy*. (Videotape showing segments of hypnotherapy conducted by Milton Erickson in 1978.) Phoenix: the Milton H. Erickson Foundation.
- Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.

- Zeig, J.K. (1987). Therapeutic patterns of Ericksonian influence communication. In J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy* (pp. 392—409). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353—375). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1990). Seeding. In J.K. Zeig & S.G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221—246). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1992). The virtues of our faults: A key concept of Ericksonian psychotherapy. In J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: the second conference* (pp. 252—269). New York: Brunner/Mazel.

ГИПНОЗ

7

ЭРИКСОНОВСКИЙ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ГИПНОТИЧЕСКОМУ НАВЕДЕНИЮ И УТИЛИЗАЦИИ СИМПТОМА

В этой главе представлены два тезиса. Первое — это то, что в процессе гипнотического наведения можно использовать в качестве механизма решения проблемы тот же механизм, при помощи которого эта проблема поддерживается. Иначе говоря, гипнотическое наведение, направленное на успешную трансформацию симптома должно быть аналогично по своей структуре тому способу, которым пациент «создает» свой симптом. Второй представленный тезис заключается в том, что, в противоположность традиционным взглядам на наведение, эриксоновское наведение — это не просто средство достижения цели, но нечто большее, поскольку оно уже само по себе является терапевтическим методом.

Эта глава состоит из пяти частей.

1. Затрагивая такую тему, как гипнотическое наведение, мы в первую очередь заинтересованы в том, чтобы дать определенное гипнозу. Как будет показано, определение гипноза в той или иной степени влияет на само наведение.
2. Пять вариантов ответа пациента на наведение будут обсуждаться с точки зрения феноменологии. Что такое наведение гипноза для пациента — не для психотерапевта и не для стороннего наблюдателя? Как его ощущает пациент? Какие пять условий позволяют говорить о наличии состояния транса? Здесь же будет представлен ряд техник: ратификация, включение, позитивная атрибуция, неожиданность, гипнотическое пере-

определение и посев идей, которые психотерапевт использует для обеспечения этих пяти реакций. Кроме того, будут представлены наглядные примеры — как из моей собственной клинической практики, так и из практики Эриксона.

3. Будут сопоставляться эриксоновские и традиционные методы, особенно в отношении наведения.
4. Будет кратко рассмотрен способ понимания фундаментальной природы психологических проблем.
5. Будут рассмотрены сходства между процессом наведения и процессом поддержания симптома, а также — показано, каким образом наведение гипноза может повторить процесс поддержания симптома и благодаря этому повысить свою терапевтическую эффективность.

ЧТО ТАКОЕ ГИПНОЗ?

К определению гипноза можно подходить либо объективно, либо субъективно. Более того, такое явление, как гипноз, может быть определено в соответствии с его внешними признаками, его функцией, его этиологией, его историей либо в понятиях его связи с другими явлениями. Это явление обычно определяется с позиции предшествующей теории. Соответственно, чтобы придерживаться принятого определения, используется особая теоретическая «линза» (с присущими ей особыми терминами).

Определения не бывают безобидными или нейтральными: напротив, они влияют на последующее действие и обычно ограничивают его. Например, определение, которое психотерапевт дает гипнозу, будет влиять на план лечения. Если психотерапевт подходит к гипнозу объективно, то, скорее всего, он будет использовать в качестве метода терапии заранее заготовленный сценарий наведения и программирования. Большинство психотерапевтов склонны давать гипнозу объективное определение — с позиции своей уже готовой основополагающей теории личности и ее языка. Существующая литература насчитывает шесть традиционных определений гипноза, суть которых сводится к следующему.

1. Пьер Жане на рубеже веков и не так давно Эрнест Хилгард (Hilgard, 1978) дали определение гипнозу в понятиях диссо-

циации. В человеческом поведении присутствует множество видов когнитивного контроля.

2. Социальные психологи Сарбин и Коу (1972) описывали гипноз в понятиях теории ролей: гипноз — это роль, которую играют люди, они действуют так, «как будто» они были загипнотизированы.
3. Барбер (1969) дает определение гипнозу в терминах не гипнотических поведенческих параметров, таких как мотивация задачи и сам акт называния ситуации «гипнозом».
4. Вайценхоффер (1953) в своих ранних трудах представляет концепцию гипноза как состояние повышенной внушаемости. Эта концепция стала продолжением новаторских разработок Бернгейма (1888, приводится у Хилгарда, 1978).
5. Психоаналитики Гилл и Бренмен (1959) описывали гипноз, используя психоаналитическую концепцию «регрессии на службе эго».
6. Недавно Эдмундсон (1984) определил гипноз всего лишь как состояние расслабления.

Каждый специалист создает некую теорию гипноза, а также набор техник, которые логически вытекают из предложенного определения. В этих традиционных школах гипноза наведение является формализованной процедурой, которая направлена на то, чтобы создать гипнотический опыт в соответствии с предложенным определением: иначе говоря, в зависимости от теоретической ориентации психотерапевта, наведение будет использовано для того, чтобы создавать диссоциацию, *поведение «как будто»*, расслабление и так далее. Традиционное наведение обычно проводится механически и служит средством для создания теоретиком (определением) предопределенного эффекта. Терапия также запрограммирована (обычно в авторитарном стиле) в соответствии с основополагающими принципами той школы, к которой психотерапевт себя относит (психоанализ, бихевиоризм и т.д.).

Больше возможностей возникает, когда гипноз рассматривается в том виде, в каком он фактически применяется в клинической обстановке — и сразу становится видно, что ни одна отдельно взятая из шести традиционных теорий не отражает сущности гипноза. На самом деле эти шесть позиций можно рассматривать как *цели*,

над которыми психотерапевт работает, применяя либо эриксоновский, либо традиционный подход. Наводя гипноз, психотерапевт пытается назначить гипнотизируемому субъекту определенную роль, облегчить диссоциацию, активизировать мотивацию выполнения задачи, определить ситуацию как гипноз, усилить ответную внушаемость и так далее. Иначе говоря, *все шесть традиционных возможностей закладываются одновременно.*

Как дать определение гипнозу, если ни одно из шести объективных определений не отражает его сущность, и в чем отличие эриксоновского определения от общепринятых теорий?

Эриксон (Erickson, Rossi, & Rossi, 1976) решил, что о гипнозе следует говорить как о некоем особом состоянии. В дополнение я предлагаю принять субъективную точку зрения и определять гипноз главным образом *феноменологически*, с позиции пациента. Эриксоновская позиция не стремится к утверждению объективного количественного определения. Хорошо известно, что Эриксон был крайне атеоретичен, поскольку остро осознавал то, до какой степени теоретическая линза психотерапевта способна исказить реальность пациента. Поэтому он использовал множество описаний гипноза, в зависимости от уникального сочетания переменных, представленных в данной клинической или демонстрационной обстановке. Он создавал новый прецедент в процессе определения, где определяющую роль играли влияющие друг на друга переменные факторы, а также потребности, цель, ожидания и реакции пациента.

Такой гибкий подход — крах для объективистов, которые хотят знать «истинное положение вещей» с оперативной точки зрения. Но в клинической практике такая гибкость в подходе становится совершенно неизбежной, поскольку «шоры», являющиеся постоянным сопутствующим компонентом предопределенной позиции, работают как против клинициста, так и против пациента.

Гипноз разделяет качественное сходство с субъективными эмоциональными переживаниями. Например, у каждого человека свое личное переживание любви, которое отличается от того, как переживают любовь другие. То, что является любовью для одного, не является любовью для другого. Большинство людей старается избегать попыток рассматривать «любовь» как объект. Я предлагаю, чтобы мы точно так же относились к гипнозу. Возможно, гораздо

полезнее иметь множество определений, которые отражают комплекс психодинамических и ситуативных переменных.

Например, в зависимости от обстоятельств, гипнозу можно дать определение с точки зрения наблюдателя, пациента или психотерапевта. С позиции наблюдателя гипноз можно определить как некий *контекст для эффективной коммуникации*. Или же, с точки зрения субъекта, гипноз можно рассматривать как *состояние осознания, сфокусированного на всем том, что значимо в данный момент, в котором отчасти произвольно достигается доступ к прежде не распознаваемым психологическим и физиологическим способностям*. Например, пациент под гипнозом может удивиться, обнаружив в себе способность к изменению ощущения боли.

С позиции психотерапевта гипноз можно рассматривать как *диссоциативную ответную реакцию на предписание в контексте, который определяется как гипноз* (более подробно о предписывающей коммуникации см. Zeig, 1985). В эриксоновской гипнотерапии оператор дает пациенту предписания, которые также можно назвать *минимальными сигналами, косвенными внушениями или многоуровневой коммуникацией*. Цель предписания — способствовать феноменологическому опыту наведения транса.

Минимальные сигналы

Психотерапевт, работая с пациентом в трансе, обычно не дает ему авторитарных команд, например: «Держите голову ровно!» Более того, если пациент отреагирует на такую команду, то это вообще можно не считать гипнозом. Но если в контексте наведения психотерапевт говорит о том, что важно быть *уравновешенным**, а затем пациент, реагируя на минимальный сигнал «*быть уравновешенным*» бессознательно и диссоциативно меняет положение тела, то это считается гипнозом. Для проведения гипноза и гипнотерапии в этих рамках психотерапевт задает себе вопрос: «Какую идею я хочу представить?»** Затем психотерапевт преподносит ее пациенту, *отодвигая на один шаг*, в виде косвенного внушения.

* В оригинале использована игра слов: *level-headed*—уравновешенный, рассудительный, спокойный, тогда как в предыдущем предложении: «Move your head to a level position!» — «Держите голову ровно!» — *Прим. ред. пер.*

** **Эриксон часто концептуализировал гипноз как представление идей, которое стимулирует собственные внутренние навыки пациента.

Психотерапевт узнает, что наведение гипноза завершено, когда пациент проявляет последовательную непроизвольную (диссоциативную) реакцию на минимальные сигналы (предписания). Если пациент не проявляет ответной реакции такого типа, то психотерапевт продолжает наведение, — в этом случае переходить к стадии утилизации еще рано, поскольку она обычно начинается только после того, как удастся «отпереть» дверь в бессознательное. Отпереть дверь в бессознательное — это значит развить реакции пациента на минимальные сигналы до максимально возможной степени.

Косвенное внушение (предписание)

Этот подход используется в гипнотической и негипнотической терапии. В обоих случаях он являет собой процесс передачи некоторого послания не на внешнем, а на внутреннем уровне. Если пациент подавлен, то одно из передаваемых ему посланий будет: «Не унывай!» Однако если психотерапевт станет говорить об этом напрямую, то он не достигнет значительного эффекта. Задача в том, чтобы представить совет «не унывай» так, чтобы этот совет мог легко утилизироваться пациентом - чтобы пациент смог «вновь пробудить» в себе способность менять свое настроение. Эриксоновский психотерапевт усиливает возможный ответ, используя косвенные техники коммуникации, такие как *метафоры*, *предсывание симптома*, *истории* и так далее. В этих техниках неявно выражено указание: «Не унывай». В конечном итоге в пациенте активируется достаточно много ассоциаций, и он реагирует на указание не как на внешнее побуждение, а как на свою внутреннюю способность.

В этом смысле *успех терапии как таковой пропорционален степени развития в пациенте восприимчивости к минимальным сигналам*. Чем сильнее развивается восприимчивость, тем эффективнее терапия. Недирективность — это сущность развивающейся восприимчивости, и она также может считаться сущностью гипноза.

ПЯТЬ ИНДУКТИВНЫХ ОТВЕТОВ

При многоуровневой коммуникации у человека возникают определенные субъективные ощущения. Известно, что в ответ на гипнотическое наведение, особенно на то, в котором психотерапевт на-

меренно использует предписывающую (многоуровневую) коммуникацию, возникает пять видов особых субъективных ощущений.

Наведение

Индукция предьявляется пациенту с неким сочетанием субъективных событий: *измененное осознание, изменение интенсивности, ощущение произвольности и/или произвольная реакция*. Кроме того, сама ситуация должна быть определена как гипноз. Собственно, с точки зрения субъекта, гипноз должен определяться как сочетание этих пяти составляющих опыта. Я буду обсуждать их все по очереди.

В результате наведения пациенты часто сообщают об изменениях в процессе внимания и концентрации: так или иначе, но наблюдается *измененное осознание*. Вообще говоря, осознание меняется в различных направлениях. Например, оно может становиться сфокусированным или рассеянным, внутренним или внешним и к тому же может выступать в одной из четырех возможных комбинаций. В любом из этих случаев пациенты могут сообщать о трансе. Собственно говоря, пациенты будут свидетельствовать о трансе, если осознание расщеплено и находится на нескольких уровнях. Например, загипнотизированные пациенты часто говорят: «Я вас слушал, но часть меня осознавала, что она находится где-то совсем в другом месте». Важной составляющей, по-видимому, является и то, что осознание меняется существенным образом. В отличие от традиционных подходов, здесь *нет необходимости в том, чтобы осознание фокусировалось внутри*.

Изменение интенсивности

Второй ответ, о котором обычно сообщают пациенты, успешно введенные в гипноз, - это *изменение интенсивности* по сравнению с обычным состоянием сознания. Такое изменение живости ощущений может происходить в направлении релаксации, о чем пациенты часто свидетельствуют в гипнозе. Однако более сильное расслабление для гипноза не является необходимым. Если происходит существенное изменение в интенсивности любого сенсорного восприятия, как, например, изменение зрительного восприятия или ощущения деперсонализации, то пациенты будут отмечать наличие гипноза. Аналогичным образом, если воспоминания (или некий ас-

пект памяти) становятся более отчетливыми или если погруженность в транс сильнее обычного уровня поглощенности, то часто признается факт гипноза.

Непроизвольные ощущения

Третьим ответом, почти обязательно присутствующим, если пациент сообщает о гипнотическом опыте, является наличие в определенной степени ощущения непроизвольности — что нечто «просто происходит». Ощущение непроизвольности может быть как физическим, так и ментальным. Примером физического непроизвольного ощущения может служить левитация руки, где пациент ощущает диссоциативное движение, то есть рука поднимается «сама по себе» и сознательный волевой акт отличается от подобного опыта. Непроизвольный ментальный опыт обычно может возникать на уровне ума в процессе визуализации. Например, психотерапевт использует наведение направленной фантазии и указывает пациенту, чтобы тот представил себе, как идет по берегу. Далее он спрашивает пациента: «Посмотри на берег. Кто идет тебе навстречу?» Пациент, у которого возникает «спонтанный» образ приближающегося человека, может ответить на вопрос, как будто все это происходит во внешней реальности.

Непроизвольное ощущение не обязательно внушается психотерапевтом напрямую или косвенно. Оно может возникнуть спонтанно, либо в самогипнозе, либо в гетерогипнозе, как, например, когда у пациента неожиданно возникает такое классическое гипнотическое явление, как амнезия. Повторяю: *чтобы пациенты опознавали гипноз*, важно, чтобы они ощущали некий процесс, происходящий независимо от их воли.

Непроизвольная восприимчивость

Четвертое ощущение, взаимосвязанное с третьим - это *непроизвольная восприимчивость*. В гетерогипнозе восприимчивость пациентом психотерапевта должна отличаться от восприимчивости в состоянии бодрствования. Например, пациент может не знать, что он отвечает на специфическое внушение. Кроме того, пациент может не осознавать, в какой степени он отвечает на терапевтические предложения. Как уже упоминалось, внушение может быть сформули-

ровано косвенным языком как минимальный сигнал. У пациента присутствует смутное осознание того, что «я реагирую, но я не вполне понимаю, на что я реагирую или почему реагирую как-то по-другому». Это ощущение реагирования и незнания, почему это происходит, создает в человеке опыт, совершенно *отличный* от обычного состояния бодрствования.

Следует заметить, что для того, чтобы пациенты могли свидетельствовать о наличии факта гипноза, совсем не обязательно чтобы у них были все четыре типа ответа. Минимальное число и сочетание требуемых ощущений варьирует от пациента к пациенту.

Первые четыре ответа на самом деле являются целями психотерапевта. В контексте гипноза психотерапевт старается изменить осознание, изменить интенсивность, способствовать возникновению ощущений непроизвольности, а также усилить непроизвольную восприимчивость. К тому же он соединяет все эти естественным образом возникающие явления так, чтобы они воспринимались пациентом как «транс».

Определение ситуации как гипноз

Пятый ответ/цель наведения, *определение ситуации как гипноз*, определенно меняет качество последующих реакций. Вполне понятно, что мы регулярно проявляем четыре первых ответа. Но когда они объединяются в контексте, определяемом как гипноз, тогда пациенты свидетельствуют о том, что они были загипнотизированы. Когда пациенты утверждают, что находились под гипнозом, в большинстве случаев гипноз действительно имел место. *Именно пациент определяет ситуацию как гипноз, а психотерапевт старается помочь вызвать этот эффект.* По мере того как пациент характеризует свое состояние как гипнотическое, он меняет свое осознание, меняет интенсивность и отвечает непроизвольно.

В традиционном гипнозе психотерапевт может открыто дать ситуации определение, сказав: «Теперь мы будем проводить гипноз». Однако Эриксон гораздо чаще работал косвенно, определяя для пациента ситуацию как гипнотическую посредством минимальных сигналов. Например, он говорил медленнее и менял направление своего голоса, опуская голову и отворачиваясь от пациента в сторону. Эти минимальные сигналы могли указывать пациенту на то,

что «теперь это можно рассматривать как гипноз». Слова как таковые здесь произносились редко: скорее такое послание подразумевалось. Когда пациент реагировал на эти намеки, он естественным образом усиливал непровольную восприимчивость. В противоположность этому, когда пациент реагирует на прямое послание: «Теперь мы будем проводить формальное наведение», возможностей для непровольной восприимчивости остается меньше.

По какой причине возникают эти пять индуктивных ответов? По сути, все они сводятся к одному слову — *сотрудничество*. Цель наведения — просто способствовать сотрудничеству (Zeig, 1985). Что же касается психотерапии, здесь главная проблема — достижение согласия пациента на использование своих скрытых ресурсов и способностей. Наведение — это метод, позволяющий достичь такого согласия пациента.

В качестве примера рассмотрим такую проблему, как курение сигарет. Если психотерапевт просто скажет курящему пациенту: «У тебя больше не будет тяги к курению», то вряд ли он добьется больших успехов. Но если то же самое внушается пациенту после удачного гипнотического наведения, то вероятность успеха будет выше. Наведение гипноза — даже традиционного гипноза — способствует согласию пациента и повышает его способность к сотрудничеству для достижения терапевтических целей. Смысл этой главы заключается в том, что эриксоновская гипнотерапия гораздо эффективнее традиционных внушений в деле пробуждения способностей пациента и достижения терапевтической эффективности.

В эриксоновском гипнозе наведение является *приложением к воздействию*. Оно в чем-то подобно заключению контракта. Психотерапевт просит пациента дать ему право оказать воздействие, и пациент «ставит свою подпись» (соглашается на воздействие), реагируя на минимальные сигналы (косвенные внушения). В этот момент пациент как будто говорит: «Хорошо, вы можете на меня воздействовать, а я буду реагировать». В результате пациент сильнее открывается к процессу выявления своих латентных способностей.

В традиционных моделях прямые внушения используются для того, чтобы вызвать признаки пяти индуктивных ответов, но тем способом, который согласуется с предлагаемым психотерапевтом определением и его «теоретическими линзами». В эриксоновском

подходе используется косвенное внушение, и достижение транса определяется пациентом субъективно. Психотерапевт работает не напрямую, а косвенно, давая посредством минимальных сигналов пациенту указания воспринять признаки измененного осознания, изменить интенсивность, ощутить непроизвольность опыта и непроизвольность реакций и определить ситуацию как гипноз.

ТЕХНИКИ КОСВЕННОЙ УТИЛИЗАЦИИ

Чтобы создать пять ответов/целей феноменологического наведения, эриксоновский психотерапевт использует техники косвенной (предписывающей) утилизации, такие как *ратификация, включение, позитивная атрибуция и неожиданность*. Продвинутые техники включают в себя *гипнотическое переопределение* и *посев идей*.

Ратификация

Ратификация изменения может быть простым, прямонаправленным процессом. Эриксон часто использовал ратификацию на ранней стадии наведения. Он утверждал, что простая формула для наведения транса заключается в том, чтобы помочь пациенту погрузиться в воспоминания, а затем ратифицировать изменения (проинформировать об изменениях), которые произошли, когда человек достиг этой погруженности. Ратификация может осуществляться через повествовательные предложения, которые сообщают пациенту об изменениях, произошедших с начала наведения, и в то же время подразумевают, что эти изменения происходят в ответ на коммуникацию психотерапевта.

Например, Эриксон часто начинал гипнотический процесс с погружения пациента в воспоминания о том, как тот учился писать буквы алфавита. Затем, обращая внимание на существующие реакции, он сообщал пациенту: «Пока ты меня слушал, ты меньше моргал глазами; твоё сердцебиение замедлилось; твой мышечный тонус изменился; твои рефлексы изменились», — и так далее. Подтекст этих предложений мог быть следующим: «Ты реагируешь. Это поведение, которого следует ожидать в гипнозе». Таким образом Эриксон утилизировал существующее поведение пациента и формировал его в направлении пробуждения непроизвольной восприимчивости и определения ситуации как гипноз.

Включение

Другой техникой, имеющей к этому отношение, является использование *включения*, при помощи которого аспекты обстановки или изменения, происходящие в поведении пациента, вплетаются в условный язык наведения. Например, в гипноз может быть включен звук телефонного звонка. Психотерапевт может тотчас ответить: «Некоторые важные идеи *могут звучать для тебя правдоподобно*».* Если у пациента шевелится указательный палец, то психотерапевт может прокомментировать: «Твой бессознательный разум *может указывать*** на важные и ценные понимания». Используя включение, психотерапевт косвенно приводит пациента в состояние готовности к восприятию использования многоуровневой коммуникации, которая в то же время меняет интенсивность и поток осознания пациента.

Позитивная атрибуция

В сочетании с включением и ратификацией часто применяется техника *позитивной атрибуции*, которая является более открытым процессом по сравнению с ратификацией. Обычно *ратифицируются* пассивные действия, а позитивную атрибуцию используют для того, чтобы переопределить поведение, которое по большей части является произвольным и может рассматриваться пациентом как сопротивление или невосприимчивость к гипнозу. Скажем, пациент во время наведения слегка двигает головой. Психотерапевт может описать, почему это движение является «скорее бессознательной разновидностью опыта», подразумевая тем самым произвольность. С другой стороны, психотерапевт может сказать пациенту: «Ты поворачиваешь ко мне свое ухо, чтобы слышать меня более отчетливо. Твое ухо повернуто ко мне, потому что твой бессознательный разум действительно заинтересован в том, чтобы услышать то, что я говорю». Последняя техника определяет то же поведение, что и произвольная восприимчивость.

Построено на игре слов *ring* — звонок и *ring true* — звучать правдоподобно, или искренне. — *Прим. ред. пер.*

В оригинале: *can put its finger on...* — может указать своим пальцем на... — *Прим. ред. пер.*

Неожиданность

Неожиданность — тоже эффективная техника для достижения цели наведения. Один из методов неожиданности, использовавшийся Эриксоном, заключался в изменении порядка прохождения сеанса. Эриксон часто побуждал своих учеников к тому, чтобы они сначала проводили гипноз. Вместо того чтобы беседовать с пациентом первые полчаса сеанса, а во вторые полчаса проводить наведение, чего пациенты могли ожидать, Эриксон советовал ученикам «сначала навести гипноз, а потом уже беседовать». Возможно, этого не следует делать начинающим психотерапевтам, но для тех, кто работает на продвинутом уровне, это может быть полезно.

Пример, когда сначала выполняется наведение, можно найти в работе «Обучающий семинар с Милтоном Х. Эриксоном»*. В этом наведении (оно подробно обсуждается в приложении к книге) Эриксон инициировал взаимодействие с ученицей, вошедшей в помещение уже после начала семинара, и, чтобы навести транс, он использовал технику замешательства. Его метод не ослабил напряжения, которое испытывала эта ученица, а наоборот — усилил его. Однако метод оказался довольно эффективным, в том смысле, что помог ученице достичь состояния гипноза посредством прерывания ее привычного поведения. Когда она входила в помещение для семинарских занятий, то не ожидала, что ей придется столкнуться с задачей вхождения в транс. Другим примером неожиданного наведения явилась моя первая встреча с Эриксоном (Zeig, 1985). Его самым первым взаимодействием со мной стало наведение транса с использованием невербальной техники, чего я никак не ожидал. Я никогда не забуду это знакомство. В процессе Эриксон узнал стиль моих ответных реакций.

На то, чтобы сначала делать наведение, есть ряд причин. Менять интенсивность легче, когда присутствует довольно высокая изначальная интенсивность. Кроме того, когда сначала выполняют наведение, становится понятной психодинамика. Это происходит, потому что наведение служит не только методом терапии: оно также является *методом диагностики*. Реакция, которую пациент проявляет на наведение, дает важную диагностическую информацию. В некоторой степени наведение сходно с проектив-

* A Teaching Seminar with Milton H. Erickson, Zeig, 1980. — *Прим.ред.*

ным методом диагностики, таким как тест Роршаха. Психотерапевт оказывает на пациента давление, добиваясь реакции, после чего стиль и направление восприимчивости пациента становятся понятны. Психотерапевт узнает способ, которым пациент реагирует на задачи и стимулы. Часто бывает трудно четко пронаблюдать и идентифицировать специфические психодинамические процессы в межличностной ситуации, такой как психотерапия. Однако если рассматривать проблему под разными углами, используя для этого особый метод, такой как проективная задача, головоломка, техника гештальта или наведение гипноза, то скрытая динамика становится более очевидной и осязаемой.

Утилизация является уникальной особенностью эриксоновского подхода. Психотерапевт использует то, что пациент приносит на сеанс, даже включая сам симптом и стратегию его поддержания. Это можно рассматривать как «экономичную терапию»: собирается все, что можно использовать. Для повышения эффективности терапии могут быть использованы многие эндогенные процессы пациента, включая гипнотическое переопределение слов и метафор, используемых пациентом для описания своей проблемы. В этом разделе я описываю две продвинутых техники наведения — *гипнотическое переопределение* и *посев идей*.

ПРОДВИНУТЫЕ МЕТОДЫ ЭРИКСОНОВСКОГО НАВЕДЕНИЯ

Гипнотическое переопределение

Гипнотерапевтическая техника рефрейминга хорошо описана и изучена (см., например, Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Суть ее заключается в том, что психотерапевт поддерживает новое, более безобидное определение проблемы или ее обстоятельств, меняя таким образом установку пациента. Например, психотерапевт может сказать пациентке, страдающей фобией: «Хорошо, что у тебя эти страхи, поскольку, если бы у тебя их не было, то твоему мужу пришлось бы справиться с собственной проблемой, а он пока еще недостаточно силен для этого». Таким образом, проблема приобретает новую «валентность». Теперь она переопределяется в признак силы и попытку обеспечить защиту. Иногда эта техника бывает довольно эффективной.

В наведении гипноза мы можем воспользоваться эриксоновскими методами для завершения *гипнотического переопределения*. Гипнотическое переопределение может быть мощнее простого рефрейминга. В нем можно не только придавать понятиям новый смысл, но и *символически создавать полезные ощущения и переживания, используя симптомы пациента*. В следующем примере переопределение происходит за счет использования слов и симптомов пациента и придания им новых, более позитивных смыслов.

В первоначальном интервью депрессивный пациент средних лет рассказал, что его симптом ощущается как «тяжесть» в груди. Когда его спросили, он объяснил, что, для того чтобы ввести себя в депрессию, ему достаточно раскритиковать самого себя за то, что он плохо выполняет свою работу,- а затем «изолироваться». Обычно он чувствует себя «неполноценным» или «недостойным». Он сказал, что является предметом собственной «непрекращающейся» критики.

На третьем сеансе было создано гипнотическое наведение с использованием тех же слов, которые он представил, а именно: *изолироваться, неполноценный, недостойный и непрекращающийся*. Отправной точкой для наведения послужило такое качество симптома, как груз, ощущаемый пациентом в груди. Гипноз наводился за счет того, что пациента побуждали постепенно вызывать приятное чувство *тяжести* в кистях рук. В конечном итоге, возникшая тяжесть была перемещена в грудь пациента. Было отмечено, что его бессознательный разум способен определенные аспекты тяжести считать *достойными*. Постепенно, *соответствующим образом* эта тяжесть превратилась в ощущение *непрекращающегося комфорта*. Все это происходило, в то время как его бессознательный разум продолжал изолировать в его груди чувство тяжести.

Чтобы создать законченное наведение, эти темы развивались множеством разных способов. Жалоба пациента на ощущение «груза» определялась как «тяжесть». Однако наведенная тяжесть в отличие от депрессии имела иную валентность: она обладала аурой гипнотического комфорта. Эта тяжесть была произвольным *ощущением*, которое отличалось интенсивностью от обычного состояния сознания: оно было произвольным *ответом* на предписание в наведении. Из-за воспринимаемого ощущения тяжести это состояние было бы расценено пациентом как гипноз. Прежде «груз» был только проблемой.

Кроме того, символическим словам пациента «изолировать», «неполноценный», «недостойный», «непрекращающийся» был придан другой смысл, и они были представлены в выгодном свете. Пациенты наделяют специфические слова и понятия ригидными и характерными смыслами, которые действительно ограничивают их выбор. Используя их ключевые слова и пробуждая новые смыслы, можно помочь им более гибко использовать имеющиеся варианты.

Посев идей

Другой важной техникой является посев идей. Хейли (1973) первым описал концепцию посева идей, отметив ее как одну из самых воздействующих техник Эриксона. К сожалению, было мало сделано для развития этой концепции. Посев идей, по сути, влечет за собой активирование последующего поведения за счет намека на цель, который дается задолго до ее представления.

Негипнотические формы посева идей служат мощными средствами влияния. Например, в литературе есть такое понятие, как предвосхищение: прежде чем представить идею, писатель тонко на нее намекает. Эриксон (Zeig, 1980) советовал своим ученикам читать книги и рассуждать о том, каким образом в последующих главах будут развиваться и использоваться «оборванные нити». Одновременно с посевом идей психотерапевт малыми шагами продвигается к цели.

Пациенты обычно занимаются посевом идей в отношении своих психотерапевтов. Прежде чем представить проблему, они могут символически намекать на трудный вопрос. Например, прежде чем заплакать, а также в ходе беседы, пациент может бессознательно указывать на свой глаз, как будто символически предупреждая психотерапевта о том, где будет происходить следующее действие.

Посев идей широко используется в эриксоновской терапии. Скажем, терапевтическая цель заключается в том, чтобы помочь пациенту создать более позитивное настроение — отчасти увидеть вещи в розовом цвете. Если психотерапевт хочет представить эту идею в гипнозе на стадии утилизации, то желательно посеять ее в начале наведения, а затем малыми шагами развивать эту идею. Например, наведение может происходить за счет того, что пациента побуждают зрительно представить себе красный цвет. Постепенно этот красный цвет обретает форму, и пациент может увидеть розу —

либо как созданную галлюцинацию, либо как внутренний ментальный образ. В конечном итоге психотерапевт может попросить пациента с закрытыми глазами представить, как он видит все через красную завесу, словно смотрит сквозь красные линзы. Пациент может делать то же самое с открытыми глазами. Затем пациенту могут дать указание, чтобы он запомнил этот эффект.

У Эриксона были глубокие и тонкие способы посева идей. Однажды, работая с введенной в гипноз пациенткой, он задал ей, казалось бы, нелогичный вопрос: «Если бы напротив тебя сидела блондинка, то ты бы не стала ревновать, правда?» Когда пациентка согласилась, Эриксон вернулся назад и продолжил говорить о том, что предшествовало вопросу. Через несколько дней он пригласил на следующий сеанс с пациенткой женщину-блондинку и провел двойное наведение для них обеих. Эриксон посеял идею на будущее и в рамках этого процесса избежал привнесения эмоционального заряда в последующее событие, а также, возможно, ревности пациентки и борьбы за его внимание.

Эриксон также использовал посев идей как ступень в достижении целей наведения. Я могу вспомнить один пример, как он проводил посев идеи, касающейся левитации руки. Прежде чем внушать, что рука поднимается в воздух, Эриксон слегка коснулся руки пациентки. Затем он упомянул, что касание было легким. Далее, он навел ощущение легкости и поднятия руки. Эриксон работал методично. Он фокусировал внимание пациентки на руке, внедряя идею легкости в тактильном ощущении, внушал легкость вербально, а затем развивал ее. Все это время он пользовался минимальными сигналами так, чтобы ощущение пациентки и ее ответы были настолько произвольными, насколько это было возможно.

Посевом идей можно пользоваться всякий раз, если стратегически продумывать терапевтические цели. Это ценная техника, она добавляет эффектности и стимулирует изменение интенсивности, активизируя гипнотерапевтический процесс.

Сопоставление традиционных и эриксоновских методов

Давайте сравним и сопоставим традиционные и эриксоновские модели. В традиционной гипнотерапии ритуалами изменения служат интерпретация, объяснение, обсуждение и конфронтация, а наведение служит средством, используемым для достижения этих

целей. В эриксоновской гипнотерапии психотерапевт выявляет и совместно с пациентом создает ощущения ресурса, и наведение здесь служит важным ритуалом изменения. Оно является целью само по себе.

В традиционной модели наведение используется лишь для «возделывания почвы», чтобы можно было посеять в нее плодородные семена. Много ли почвы нужно возделывать — зависит от количества семян, имеющихся в наличии у психотерапевта. Традиционное наведение — это нечто вроде «психологического массажа», который вводит пациента в восприимчивое состояние. Наведение и завершение «обрамляют» терапию, но сама по себе эта рамка не имеет ценности — «настоящей» ценностью является картина, то есть терапевтические внушения.

В эриксоновской модели наведение, по сути, является терапевтическим: оно неотрывно от терапии. Точнее — оно естественным образом встраивается в терапию. Почва здесь не вспахивается «ровными рядами». Вспахивать приходится, ориентируясь на те «борозды», которые пациент уже заготовил, семена высеваются по мере того, как вспахивается почва. Кроме того, сама рамка становится частью этого искусства: ее также можно украсить и также сделать интересной.

В традиционной модели существуют специальные методы наведения, которые заучиваются наизусть. Эриксоновская модель избавляет от необходимости заучивать особую технику наведения. Можно проводить наведение, говоря при этом о процессе сидения человека в кресле или его вхождения в конференц-зал. До тех пор пока психотерапевт активирует пять ответов/целей наведения, содержание поверхностного уровня самого наведения часто является второстепенным.

В традиционном наведении техника ритуализируется по-другому. Наведение продолжается до тех пор, пока не закончится сценарий оператора. В эриксоновском субъективном подходе время наведения варьируется. Наведение заканчивается тогда, когда пациент постоянно отвечает на минимальные сигналы. Это отвечает на вопрос, который часто задают начинающие гипнотерапевты: «Как я узнаю, когда прекращать наведение?» На самом деле, наведение заканчивается, когда у пациента развивается восприимчивость к минимальным сигналам до максимально возможной степени. Это может произойти как за час, так и за минуту.

В традиционном гипнозе всегда понятно, когда заканчивается период наведения: оператор всегда знает, когда он закончит наведение, начнет углублять транс или приступит к терапии. Здесь рамка четко отделяется от самой картины. В эриксоновском наведении эти границы стерты: углубление и терапия проводятся во время самого наведения.

Подобный процесс Эриксон использовал для проведения гипноза, терапии и обучения. Он стирал границы между этими операциями (Zeig, 1985). Когда он обучал, то проводил терапию и гипноз. Когда он проводил гипноз, то обучал и проводил терапию. Стирание границ между этими действиями вполне оправдано, поскольку каждое из них имеет одну и ту же главную цель, а именно - воздействие и поведенческое проявление.

Как принято считать, наведение - это ритуал изменения. Эриксон был специалистом в определении параметров восприимчивости тех людей, с которыми он контактировал. Наведение служило методом выяснения этих параметров. Он узнавал, как пациент реагирует, давал толчок к развитию его скрытых способностей и помогал моделировать новые, гибкие и эффективные возможности. Пациент мог познакомиться с новыми возможностями переопределения ситуаций, своего внимания, изменения интенсивности, своего реагирования и опыта.

Проще говоря, наведение является терапевтическим: его не следует рассматривать отдельно от терапии или считать неким шагом к терапии. Следовательно, *наведение способствует гибкости опыта и ответа, а также предлагает новые альтернативы* — и все они служат общими терапевтическими целями. Понимание наведения как терапии дает практику новые возможности — теперь он может использовать в рамках наведения множество различных техник (включая предписание симптома, рефрейминг, символическую терапию и юмор).

Использование той или иной техники в рамках наведения бывает полезно, поскольку пациент меньше сопротивляется. Он может думать: «Я могу с этим согласиться. Это всего лишь наведение. Это не терапия». Удачный момент для вызывания более эффективных паттернов поведения наступает тогда, когда пациент не защищен от терапевтического побуждения к согласию.

Проанализировав сущность гипнотического наведения, теперь мы можем обсудить сущность психологических проблем и срав-

нить или сопоставить сходство между гипнотическим наведением и поддержанием психологических проблем.

Сущность психологических проблем

Какова природа проблем? Как человек определяет, в чем заключается проблема? Такой процесс, как проблема, может быть определен объективно либо субъективно. Проблему можно определить по внешним признакам, функции, этиологии, истории или по ее связи с другими вещами.

Когда речь идет о проблемах (симптомах)? Исходя из феноменологии пациента, о проблемах говорят тогда, когда присутствуют: (1) измененное осознание и/или (2) измененная интенсивность, отличная от обычного/желаемого состояния, и/или (3) непроизвольное ощущение, или (4) ответная реакция. О них также говорят, когда (5) отдельная ситуация помещается в рамку (определяется) как проблема. Здесь не имеет значения, является ли симптом принадлежащим отдельному человеку, или он является супружеским или семейным: в основном все симптомы имеют эти пять характеристик. Например, пациент может усиленно фокусироваться на своих болезненных ощущениях и чувствовать себя неспособным игнорировать их, даже несмотря на возможность осознания многих других вещей в окружающей его обстановке. Иногда может присутствовать измененная интенсивность эмоционального переживания, возможно, изменение настроения, например, подавленность или страх, либо может возникнуть непроизвольное ощущение того, что «симптом проявляется сам по себе». Пациент не чувствует, что он что-то делает, чтобы вызвать симптом. Либо могут присутствовать непроизвольные ответные реакции, например: «Меня бесит, когда мой муж повышает голос!» Кроме того, ситуации могут определяться как проблемы («Я не смогу сдать экзамены»), когда в самой ситуации проблемы как таковой нет. Понятно, что ситуация, оказывающаяся для одного человека проблемной, другими воспринимается всего лишь как интересное испытание.

Симптомы проявляются в различных паттернах. Вдобавок к определению ситуации как проблемы, жалоба может формулироваться в некотором сочетании осознания, интенсивности, непроизвольного ощущения и/или непроизвольной реакции. По сути, пробле-

мы (симптомы) возникают, когда люди чувствуют себя лишенными выбора и считают, что они ограничены в своем ответе. Они теряются в рекурсивных паттернах ограниченного выбора и, более того, утрачивают контакт со своей естественной способностью к изменению.

Сходства между наведением и поддержанием проблемы

Принято считать, что гипноз — это состояние, которое наводится, и что его нужно поддерживать на *переднем плане*. Иначе постепенно оно уйдет на задний план, а на переднем плане снова проявится привычный повседневный опыт. Если бы это было не так, мы все время ходил и бы в трансе, потому что это гораздо приятнее, чем привычный опыт.

По существу, нужно что-то делать, чтобы поддерживать гипноз, иначе он рассеивается. Он проходит, и мы возвращаемся к своему «обычному» я. Гипноз не существует независимо от нас: его нужно и наводить, и поддерживать.

Теперь рассмотрим природу проблем. В противоположность гипнозу, проблемы существуют независимо от нас: кажется, что их не надо *поддерживать*. Но, как ни странно, проблемы *обязательно* должны поддерживаться. Просто механизм, поддерживающий проблему, воспринимается как автономный: это происходит бессознательно и вне нашего осознания. Но на некотором уровне *для поддержания проблемы необходима активная энергия*. Следовательно, самый важный вопрос, который психотерапевт может себе задать: «Каким образом симптом продолжает существовать?» или точнее: «При помощи какого механизма *пациент* поддерживает симптом?» Когда психотерапевт находит ответ, это позволяет ему лучше понять то, как составить терапевтическое наведение. *Психотерапевт может действовать, используя ту же технику (процесс), которую использует пациент для поддержания своего симптома*. Иначе говоря, *все, что делает пациент, чтобы быть пациентом, психотерапевт может использовать, чтобы быть психотерапевтом*. Для того чтобы наводить и поддерживать более эффективное состояние, психотерапевт может использовать тот же метод, что поддерживает плохую адаптацию пациента.

В какой-то мере терапия подобна сращиванию генов. Чтобы вызвать ряд, казалось бы, незначительных модификаций, использу-

ются существующие молекулы. Однако в результате меняется шаблон и за счет измененного гена автоматически возникают новые цепочки.

Вышеприведенные понятия можно проиллюстрировать в клинических терминах. Возьмем пациента с фобией. Теоретически допустим, что пациент что-то делает, чтобы поддерживать свою фобию. Один простой паттерн поддержания фобии — это визуализировать (галлюцинировать) фильмы ужасов Стивена Кинга в отношении ситуации, которой пациент хочет избежать. Каким образом можно использовать этот процесс, чтобы создать терапевтическое наведение? Что ж, если пациент может наглядно представлять фильмы Стивена Кинга, то он может также представить фильмы Стивена Спилберга. Можно использовать существующий процесс, пусть даже в слегка измененном направлении. Или же, если пациент возбуждает себя, мысленно наигрывая «ча-ча-ча», то он может наигрывать и «Голубой Дунай» или даже «Рапсодию в стиле блюз». Более того, если пациент может оказывать на себя давление и создавать нежелательное состояние, значит — у него есть механизм, позволяющий доставлять себе удовольствие и вызывать желаемое состояние. Эриксон кратко выразил это следующим образом: «Если у вас есть фантомная боль, то вероятно, у вас есть и фантомное хорошее самочувствие» (Erickson & Rossi, 1979, с. 107).

У психотерапевта есть готовый к использованию механизм, присутствующий во всех без исключения демонстрируемых проблемах. Таким образом, терапия может стать процессом дегипнотизации: принимая людей с симптомами, психотерапевт меняет их с помощью их же собственного метода поддержания симптома таким образом, чтобы вызвать контрнаведение. Их традиционный выбор используется для создания нового выбора. Но если просто говорить пациенту, чтобы он изменил этот проблемный механизм, то эффекта не будет. Здесь работает именно недирективность (многоуровневая коммуникация/минимальные сигналы/послание, отодвинутое на один шаг/предписание). Пациента осторожно вводят в новый паттерн, и поскольку он своими же силами сознательно меняет прежде удерживаемую им позицию, его ситуации также меняются.

Механизм проблемы также может быть использован для создания гипнотического наведения. Наведение транса может являть-

ся структурным аналогом того механизма, который поддерживает проблему. Они дают схожие результаты, а именно — сфокусированное осознание, изменение интенсивности, непровольные ощущения и непровольную восприимчивость. Далее возникает характерное ситуативное определение (например: «Эта ситуация является проблемой»). Однако наведение, осуществляемое психотерапевтом, выводит пациента из тупика, в то время как механизм неадекватной адаптации не дает ему оттуда выйти. Основная идея здесь — использовать хорошо развитый, уже существующий канал в направлении более функциональной адаптации. Кроме того, наведения, которые используют существующий механизм поддержания симптома, могут оказаться даже эффективнее традиционных наведений, использующих сценарий, заранее заготовленный психотерапевтом.

Например, в беседе пациент описывал поддержание низкой самооценки в трудных ситуациях, касающихся работы и учебы, как некий трехступенчатый процесс: (1) сначала он задавался вопросом, есть ли у него способности, необходимые, чтобы полноценно справиться с задачей; (2) затем он обычно решал, что у него их нет; (3) и, наконец, у него развивалась последовательность физических симптомов, первым из которых появлялось ощущение тяжести в желудке — «как камень».

Наведение повторяло эту последовательность, хотя с более позитивной подоплекой. Кроме того, было использовано сделанное пациентом описание тех моментов, когда у него действительно была низкая самооценка: он говорил, что его спина становилась «скованной».

«Сделай так, чтобы тебе было физически комфортно, а затем, возможно, ты заметишь какую-нибудь точку... и используй ее для фокусировки своего внимания... и просто жди определенного сигнала, определенного ощущения, определенного знака в своем теле, который, как ты знаешь, там будет. Ощущение я назову позже.

1. Но сначала этот процесс может заинтересовать тебя на уровне ума. Поскольку ты можешь размышлять об изменениях, происходящих с глазами, ты можешь задаваться вопросом: «Будут ли мои глаза вести себя как-то по-другому? Будут ли ощущения моргания? Возникнут ли изменения в мигательном рефлексе?»

2. И затем ты, возможно, решишь: «Да, будет стабильность вокруг *глаза*» и «Да, здесь будет такое приятное ощущение подрагивания», и «Да, здесь может возникнуть изменение мигательного рефлекса».
3. Затем приходит само физическое ощущение. Например, ощущение, которое можно описать как онемение, возникшее в центре... кистей твоих рук. Затем ты можешь почувствовать некое движение вверх... Но до этого присутствует эта скованность... вниз по остову** твоей руки».

Те же самые три шага, которые использовались для поддержания низкой самооценки, были использованы для наведения транса. Был использован хорошо развитый механизм симптома, но в процессе к этому механизму незаметно подсоединился новый смысл: он мог быть использован для того, чтобы способствовать желаемому, приятному состоянию — состоянию транса. Таким образом было выполнено гипнотическое переопределение.

Интересно то, что впоследствии пациент сообщал о некоем важном эффекте — о том, что он ощущал «силу своего внутреннего *глаза*». Это было воспринято как позитивный знак, отражающий его предсознательный ответ на мою намеренную игру слов — на омонимы «еуе» (*глаз*) и «I» (я). Если бы он вошел в проблемную ситуацию с «сильным я», то он эффективно достиг бы своих целей.

Еще один способ создания наведения — это увидеть, каким образом пациент выделяет в описании своего симптома пять индуктивных процессов. Описывается ли симптом в большей степени как измененное осознание, как изменение интенсивности, как произвольное ощущение или как произвольная реакция, и насколько специфично он определяется как проблема? Соответственно, наведение может быть разработано так, чтобы акцентировать внимание на том же аспекте(ах), который(ые) выделяется пациентом.

Как было замечено, этот процесс можно успешно использовать вместе с формальным гипнозом. Но он может использоваться и в

В оригинале использованы омофоны: *around eye* — *around I*, в переводе: *вокруг глаза - вокруг себя*. — Прим. ред. пер.

В оригинале: *down the spine of your hand*, где *spine* — хребет, позвоночник, сущность, гребень, хребет и т.д. Автор проводит аналогию между неанатомическим понятием «остова» руки и позвоночником, где пациент описывал проявление своей проблемы. — Прим.н. ред.

стратегической терапии без всякого формального наведения. Возьмем пациента, который в определенных социальных ситуациях сам себя накручивает, постоянно думая: «Я тупой. Меня отвергнут». Сталкиваясь с ситуацией, определяемой как проблема, этот пациент непроизвольно реагирует именно таким образом. У пациента появляется точка запуска. Чем больше известно об этой точке включения, тем легче продумать план терапии. Триггерная точка - это одна часть механизма (последовательности), который пациент использует в процессе поддержания проблемы. Пример точки запуска - это когда пациент, замечая на себе критические взгляды других, начинает повторять в уме одну и ту же фразу: «Я тупой. Меня отвергнут».

Итак, каким образом можно использовать идею о том, что механизм проблемы может послужить механизмом решения? Работая с таким пациентом, я успешно проделывал с ним следующее: я объяснял ему, что для него критически важно встречаясь с людьми обращать внимание на цвет их глаз всякий раз, когда в его уме начинает повторяться эта мысль.

«Когда ты видишь глаза другого человека, ты моментально можешь остановиться. Затем произнеси в уме три позитивных вещи об этом человеке. Я не хочу, чтобы ты произносил это вслух: я лишь хочу, чтобы ты подумал о трех позитивных вещах.

Если ты думаешь об этом, когда говоришь себе: «Я тупой. Меня отвергнут», ты автоматически принимаешь определенную позу тела. Твои мысли влияют на твое поведение. В гипнозе мы называем это идеодинамическим эффектом.

Если посредством своего мышления ты принимаешь позу, которая указывает на то, что «я тупой, меня отвергнут», ты, вероятно, посылаешь людям сигнал, который влияет на то, как они на тебя реагируют. Возможно, ты сам наводишь ту реакцию, которой на самом деле пытаешься избежать, и таким образом получаешь подтверждение своей изначальной гипотезе.

Но ты можешь использовать этот идеодинамический эффект позитивным образом, думая про себя о трех вещах, касающихся другого человека, которые позитивны. Делая это, ты бессознательно изменишь свою позу. Когда ты изменишь свое поведение, ты будешь получать от людей другие реакции. Затем эта старая форма: «Я тупой, меня отвергнут», начнет растворяться».

В то время как психотерапевту важно задать себе вопрос: «Каким образом симптом сохраняется?», бывает полезно задать тот же вопрос пациенту. Проникновение вглубь вопроса о том, как пациент поддерживает проблему, способно создать прерывание паттерна. Это сродни старой поговорке, где многоножку спрашивают, какой ногой она ступает до и сразу после движения сорок второй ноги, в результате чего она непременно спотыкается.

Иногда делать что-то осознаваемым бывает очень эффективно. Однако идея не в том, чтобы сделать осознаваемым скрытый смысл, психодинамику симптома. Скорее, делают осознаваемым механизм поддержания проблемы — даже настолько осознаваемым, что это доставляет неудобство. Когда прогрессивные шаги определены в мельчайших подробностях, состояние симптома может отчасти утратить свою целостность. Когда эти последовательные шаги осознаются, часто они становятся преднамеренными, и непровольный характер симптома прерывается.

Повторяю, механизм поддержания проблемы может служить механизмом решения. Этот механизм всегда благоприятен. Конечный результат — например, представленная жалоба — может являть собой проблему, но неразумно выплескивать вместе с водой ребенка. Если существующий механизм может быть использован, не отвергайте его, а используйте.

Резюме

О наведении свидетельствуют, когда возникают пять феноменов: измененное осознание, изменение интенсивности, непровольные ощущения, непровольная восприимчивость и когда ситуация определена как гипноз. Для вызывания этих ответов используются предписывающие эриксоновские техники, такие как ратификация, включение, позитивная атрибуция, неожиданность, гипнотическое определение и посев идей. Вместо того чтобы использовать заранее заготовленное наведение, психотерапевт создает гипноз, используя уже разработанные пациентом стратегии поддержания симптома. Метод, используемый пациентом для поддержания симптома, может использоваться для разработки эффективных наведений и проведения эффективной терапии. Эффективная терапия и наведение отражают процесс поддержания симптома, но ведут к позитивным результатам. В эриксоновских

подходах наведение является больше, чем средством достижения желаемого состояния: оно — метод терапии.

Литература

- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A Scientific Approach*, New York: Brunner/Mazel.
- Edmundston, W.E. (1984). *Hypnosis and Relaxation: Modern Verification of an Old Equation*. New York: Wiley.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., & Rossi, S. (1976). *Hypnotic Realities*. New York: Irvington.
- Gill, M.M. & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and Related States: Psychoanalytic Studies in Regression*. New York: International Universities Press.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, M.D. New York: Norton.
- Hilgard, E.R. (1978). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*. New York: Wiley.
- Sarbin, T.R., & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton.
- Weitzenhoffer, A.M. (1953). *Hypnotism: An Objective Study of Suggestibility* New York: Wiley (paper edition, 1963).
- Zeig, J. (Ed.) (1980). *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson: An Introduction to the Man and His Work*. New York: Brunner/Mazel.

Статья «Эриксоновский феноменологический подход к терапевтическому гипнотическому наведению и утилизации симптома» была впервые опубликована в книге Зейга Дж. и Лэнктона С. (ред.) *Развитие эриксоновской терапии: состояние искусства*, 1988, Psychology Press. С. 353—375.

8

ГИПНОТИЧЕСКОЕ НАВЕДЕНИЕ

Введение

Начало гипнотического наведения немного похоже на любовное ухаживание. Нельзя вызвать у человека такое эмоциональное состояние, как любовь, интонируя нараспев: «Идите глубоко в любовь». Точно также нельзя вызвать гипноз, приказывая пассивному пациенту: «Идите глубоко в транс».

Обратите внимание, ключевое слово в предыдущем предложении — вызвать. Гипноз вызывается, а не наводится (несмотря на название главы — «наведение»). Эрнест Росси (1976) убедительно изложил модель вызывания в ряде книг, которые он написал в соавторстве с Милтоном Эриксоном, в том числе в книге *«Гипнотические реальности»*. Слово *наведение* вызывает в воображении образ имплантации внушений в пассивного пациента. *Вызывание* говорит о сути дела. Гипнотерапевт создает условия, которые позволяют пациенту проявить ранее спавшие у него компоненты транса.

Традиционный гипноз

Прежде чем описывать достижения эриксоновского подхода, я буду исследовать традиционную модель, которая основана на пяти стадиях, осуществляемых в линейной последовательности: *до наведения, наведение, углубление, терапия и завершение*. Ее излюбленная

Статья впервые опубликована в книге: Гири Б., ЗейгДж.К. (ред.). (2001), *Руководство по эриксоновской психотерапии*, издание Фонда Милтона Эриксона. С. 18—30.

техника - прямые внушения. Ниже приводится сокращенное описание развития пяти стадий модели.

На стадии *до наведения* оператор устанавливает раппорт, диагностирует проблему, демистифицирует гипноз и использует классические тесты внушаемости, чтобы выяснить гипнотические способности пациента.

На стадии *наведения* оператор обычно использует излюбленный гипнотический сценарий, основанный главным образом на внушениях расслабления и приятных ощущений.

На стадии *углубления* гипнотизер усиливает опыт с помощью таких техник, как прямое внушение («Все глубже и глубже»), счет («По мере того как я буду считать от 1 до 10, вы будете погружаться на одну десятую пути глубже с каждым счетом») и образы (например, «сцена с пляжем» или «метод лестницы»). Кроме того, могут использоваться проблемные внушения, например: «Ваши глаза слиплись и закрылись, попробуйте открыть их, вы обнаружите, что не можете».

На стадии *терапии* гипнотизер предлагает прямые внушения, обычно позитивные («Ты расслабишься в самолете») или негативные («Сигареты будут иметь плохой вкус»).

На стадии *завершения* гипнотизер переориентирует пациента, делает внушения для построения его Я («Вы великий человек, способный многое сделать от своего имени») и переустанавливает раппорт. На стадиях наведения, углубления и терапии подразумевалось, что раппорт был установлен с бессознательным разумом.

Традиционное наведение линейно. Это средство установления транса.

Эриксоновская модель гибкая и опирается на самого пациента. Она скорее мозаичная, чем линейная, и имеет много уровней. Чтобы понять преимущество эриксоновской модели, нужно понимать феноменологию транса.

Характеристики транса

Продолжая предыдущую аналогию: когда влюбленный хочет вызвать чувство любви у партнера, он (или она) готовит и специальным образом обставляет сцену. Например, мужчина может преподнести своей любимой цветы, слагать стихи и делать какие-то другие романтические жесты. В ответ на это у объекта его влечения могут возникнуть к нему нежные чувства.

Любовь можно рассматривать как компиляцию особых проявлений, в том числе - уважения, восхищения, страсти, яркости ощущений и привязанности. Чтобы вызвать проявления любви, влюбленный настраивается и действует так, чтобы можно было почувствовать феноменологические составляющие любви.

Точно так же можно представить себе работу гипнозиста, который действует как режиссер, располагая реквизит на сцене в психосоциальном театре пациента, чтобы выявить целевые феноменологические составляющие.

Феноменология гипноза

Каковы феноменологические характеристики гипноза? Загипнотизированные пациенты, которых попросили проанализировать свой опыт, называют ряд феноменологических составляющих своего опыта, в том числе:

- 1) изменения во внимании;
- 2) изменения в интенсивности;
- 3) ощущения диссоциации;
- 4) изменения восприимчивости (Zeig, 1988).

Эти четыре категории не являются исчерпывающими. Пациенты под гипнозом часто сообщают и о другом внутреннем опыте, например о легком чувстве мистификации и нереальности. Дополнительной характеристикой транса является социальное предписание, включающее в себя определение конкретной ситуации как «гипнотической» (Barber, 1969). Определяя ситуацию таким образом, можно изменить способ, которым гипнотический субъект принимает внушения гипнозиста.

Поскольку вышеупомянутые четыре категории преобладают, их можно считать первичными феноменологическими характеристиками гипноза. Дополнительные факторы (и более) можно считать вторичными феноменологическими факторами. Что на опыте представляют собой первичные и вторичные характеристики гипноза — зависит от взаимодействия между направленностью пациента и направленностью терапевта.

Обязанность терапевта — понять феноменологию гипноза пациента в целях организации наиболее эффективного наведения. Далее четыре основные характеристики будут описаны подробно.

Изменения внимания

Внимание обычно меняется в двух измерениях: оно направляется внутрь, и оно сфокусировано. Есть клинические ситуации, в которых гипноз лучше всего возникает за счет вызывания рассеянного и внешнего внимания, но они выходят за рамки этой главы. Хотя точнее было бы говорить об изменении внимания, допуская тем самым возможность рассеянного и внешнего внимания, большинство пациентов, когда их просили описать свое внимание в процессе гипноза, определенно указывают, что направили свое внимание внутрь и что их внимание было приковано к чему-то, а не блуждало.

Изменения интенсивности

Есть два направления, в которых может меняться интенсивность, она может увеличиваться или уменьшаться. Пациенты в гипнозе часто сообщают о повышенной силе ощущений, например, сильное расслабление. Они также могут сообщать о других ярких чувственных переживаниях, в том числе об изменениях в тактильных, зрительных, слуховых, проприоцептивных и химических ощущениях (вкус и запах). Телесные ощущения могут быть более яркими, звуки могут быть более яркими, опыт прохождения времени может быть более ярким, и так далее.

Загипнотизированные пациенты также могут сообщать, что в какой-либо сенсорной сфере ощущения заметно отсутствуют. Пациент может описывать что-то, не осознавая звуков, запахов, вкуса, прикосновений или положения его конечностей в пространстве. Кроме того, могут возникать сенсорные искажения. Конечности могут ощущаться большими по размеру или меньшими. Звуки могут казаться более близкими или более отдаленными.

Диссоциация

Есть два аспекта диссоциации: ощущение себя «частью и отдельно от» опыта и ощущение автоматизма происходящего, когда опыт «просто происходит». Загипнотизированные пациенты обычно сообщают: «Я был здесь, в офисе, но я был *там*, поглощенный своими фантазиями». Загипнотизированные пациенты могут испытывать автоматизмы мысленно или физически. Например, образы или вос-

поминания могут «просто возникать», как и движения — например, левитация руки.

Изменения в ответе

Загипнотизированные пациенты обычно реагируют на тонкости внушений, они реагируют на нюансы и на подтекст. Такой тип поведения был охарактеризован как ответ на минимальные сигналы. Например, если гипнотерапевт предлагает: «Вы можете направиться* в транс», загипнотизированные субъекты могут двигать головой вперед в ответ на сформулированное внушение.

Кроме того, загипнотизированные пациенты часто занимаются поиском тонкого смысла, включая внутренний поиск, чтобы найти личностный и чувственный смысл внушений гипнотизера. Если, например, терапевт рассказывает двусмысленную историю, загипнотизированные субъекты, как правило, персонализируют ее больше, чем обычно (то есть когда находятся в состоянии бодрствования).

Трудно понять, какая именно феноменология приведет конкретного пациента к тому, чтобы сказать: «Я загипнотизирован». Можно предположить, что в гипнотической ситуации, если пациент сообщает обо всех четырех основных феноменологических характеристиках, пациент согласится с тем, что он загипнотизирован. Некоторые пациенты, однако, сообщают лишь об одном феноменологическом проявлении гипноза. Они могут просто сфокусировать свое внимание вовнутрь — и говорить, что были в гипнотическом транссе. Одна из составляющих искусства гипнотизера — определить, каких феноменологических характеристик достаточно для данного пациента, чтобы указать на существование трансса.

Как говорилось ранее, работа гипнотерапевта — расположить реквизит на психосоциальной сцене пациента таким образом, чтобы пациент, играя с помощью этого реквизита, мог выявить свою уникальную феноменологию гипноза. Начиная транс с новым пациентом, терапевт может разместить все четыре вида гипнотического реквизита на сцене пациента, делая внушения, охватывающие каждый из четырех видов, и наблюдая, какие игрушки пациент находит особенно убедительными. Чтобы предложить пациенту

* В оригинале идиома: *head forward* — головой вперед. - Прим. ред. пер.

феноменологию гипноза, можно воспользоваться косвенными методами, поскольку они лучше всего помогают испытать некоторые феноменологические составляющие.

НЕДИРЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Мы можем отметить существенное значение косвенных гипнотических методов — особенно по отношению к цели феноменологии. Первые две феноменологические характеристики — изменение внимания и изменение интенсивности — можно вызвать с помощью прямого внушения. Однако для диссоциации и реакции на минимальные сигналы косвенное внушение является наиболее эффективным. Нельзя сказать пациенту: «Поднимите руку», и ожидать, что движение будет произвольным. Лучше всего, чтобы вызвать автоматизм, использовать в некоторой степени недирективность.

При выстраивании восприимчивости гипнотизер может использовать прямое внушение: «Закройте глаза». Но поскольку во время процесса выявления гипноза гипнотерапевт способствует ответам на минимальные сигналы, он начинает все чаще использовать косвенные внушения, начиная от встроенных команд, таких как: «Вы можете... *поднять* свою руку», до рассказывания серии коротких историй, подразумевающих подъем руки, например, описывая, как ученик в классе хочет задать вопрос или как ребенок тянется рукой вверх, желая достать печенье с полки, пока не последует ответ пациента в виде левитации руки.

Косвенные внушения усиливают транс, способствуя феноменологическим целям. Эриксон был чемпионом косвенных внушений, и его коллеги, такие как Росси (1976), классифицировали все виды косвенных внушений, которые Эриксон использовал. Ниже приводятся четыре примера косвенных внушений, каждое из которых можно использовать для вызова конкретного феноменологического ответа.

Примеры косвенных внушений

1. Набор «да»
2. Встроенные команды
3. Диссоциативные заявления
4. Подразумеваемая причинность

Рассмотрим, как структурирована каждая форма косвенного внушения и почему она ценна при наведении гипнотической феноменологии.

Набор «да»

Набор «да» создается путем последовательного предъявления серии явных истин, например:

«Вы можете слышать звуки вовне».

«Вы можете слушать мой голос».

«Вы можете слышать свое собственное дыхание».

«И вы можете заметить изменение звуков, которое происходит, по мере того как вы фокусируетесь внутри».

Набор «да» особенно полезен для выявления феноменологического ответа в виде *направленного внимания*. В приведенном примере набор «да» направляет внимание на слуховую сферу постепенно — от внешней реальности к внутренней.

Встроенные команды

Пауза (и модуляция голоса) после разрешающего вспомогательного глагола может создать встроенную команду, потому что в английском языке в этом случае последующий глагол оказывается в повелительном наклонении. Так, предложение «Вы можете идти в транс» может стать встроенной командой: «Вы можете... *идите** в транс». Глагол *идти* может быть слабо или сильно подчеркнут, чтобы высветить команду.

Встроенные команды вызывают легкое замешательство, поскольку адресуются одновременно к двум уровням и сразу не понятно, дает ли терапевт информацию или командует ответить.

Среди других целей, встроенные команды могут использоваться для получения феноменологии *усиления интенсивности*, например: «Вы можете... действительно испытать яркие ощущения комфорта».

Диссоциативные утверждения

Диссоциативные утверждения могут быть во многих формах, например: «Ваше сознание может слушать мой голос, в то время как

В оригинале: *You can go into trance и You can... go into trance.* — Прим. ред. пер.

ваше подсознание может плавать, потому что это очень интересно — испытать различные ощущения».

Диссоциативные утверждения могут использоваться, чтобы добиться возникновения *диссоциации*, в результате чего все «просто происходит» и/или человек чувствует себя «частью и отделенным от» опыта.

Подразумеваемая причинность

Подразумеваемая причинность находится в форме: «Когда X, то Y», где X может быть поведением, а Y может быть состоянием, или наоборот, например: «Когда выделаете глубокий вдох, то можете войти в транс», или «Когда вы входите в транс, то можете сделать глубокий вдох». Подразумеваемая причинность используется для *усиления восприимчивости*, одной из четырех основных феноменологических характеристик.

Эти четыре примера косвенного внушения дают некоторое представление о языке гипноза. Обычно они используются в структуре «наведения» как то, что *заставляет играть* (выявляет) феноменологические цели. Косвенные внушения также приводят к многоуровневому наведению, что способствует активации пациента, поскольку ему приходится искать личностный смысл сказанного.

Итак, чтобы лучше понять, какой язык используется в гипнозе, рассмотрим структуру наведения, принятую Фондом Эриксона.

МОДЕЛЬ «ARE» *

В программе интенсивного обучения, предлагаемой Фондом Милтона Эриксона, Брэнт Гири и я разработали модель общего влияния Милтона Эриксона. Мы обучаем трехступенчатой процедуре расположения гипнотического реквизита на сцене пациента. Процедура наведения называется моделью «ARE»: А - для поглощения, R - для ратификации и E — для выявления.

Клиницисты могут использовать модель ARE последовательным образом. Поглощение вызывается специальными техниками, многие из которых являются косвенными. Ратификация осу-

13 оригинале: *The ARE Model*, где *ARE* — аббревиатура от *absorb, ratify, elicit* — и в то же время личная форма глагола *быть*: *you are* — ты *есть*, ты *существуешь*. — *Прим. ред. пер.*

ществляется более директивно. Выявление, опять же, является косвенным.

Поглощение

Существуют *средства поглощения* и *способы поглощения*. Средством поглощения может быть вовлечение пациента в ощущение, восприятие, гипнотический феномен, фантазию или воспоминание. Опытный терапевт не оставит выбор средства поглощения на волю слушателя - скорее, выбор средства будет зависеть от особенностей пациента и цели, которая должна быть достигнута и в наведении, и в терапии. Выбор средства наведения выходит за рамки этой главы.

Для осуществления поглощения существуют многочисленные первичные и вторичные способы. Первичные способы включают построение фраз в настоящем времени, использование слов вероятности и списывание исчерпывающих подробностей. Среди вторичных способов — изменения в тоне голоса, паузы и изменения местоположения голоса. Различие между первичными и вторичными способами поглощения скорее искусственное и отражает частоту применения.

Рассмотрим пример. Скажем, гипнотизер выбирает в качестве средства поглощения некое ощущение, например, тепло. Впоследствии гипнотерапевт может описывать тепло, говоря о деталях и возможностях в настоящем времени.

«По мере того как вы закрываете глаза и заходите внутрь, вы можете заметить ощущения тепла. И я не знаю, заметите ли вы эти ощущения тепла в груди или в спине. Может быть, ощущения тепла покажутся сильными или слабыми... Возможно, по мере того как вы осознаете эти ощущения тепла, вам может показаться, словно тут каким-то образом есть подушка из тепла. И может ощущаться, как будто вы можете немного отдохнуть в этой очень приятной подушке из тепла. И эти ощущения тепла могут быть такими интересными. И вы возможно замечаете, как ощущения тепла могут начать меняться. Они могут начать двигаться. Они могут начать развиваться внутрь. Они могут начать меняться по форме... И вам не нужно обращать внимания на все эти ощущения».

Во время поглощения, описывая детали и возможности в настоящем времени, гипнотерапевт подчеркивает феноменологические проявления опыта. Опять же, это выглядит так, словно гипнотера-

певт размещает реквизит на психосоциальной сцене пациента. Такие поглощающие внимание «скороговорки» помогают пациенту сфокусировать внимание, направить внимание внутрь и испытать ощущения более или менее вживую. Как будет видно, могут вставляться и диссоциативные внушения. Обратите внимание, что действуют не команды гипнотерапевта, а то, что гипнотерапевт предлагает возможности, из которых пациент может выбирать. По мере того как пациент активизируется, чтобы испытать внушаемые явления, достигается гипноз.

Дополнительные стратегии поглощения

Стадия поглощения дает возможность для проведения дополнительных действий. Например, при поглощении терапевт может посеять идею запланированной терапии за счет косвенных намеков на будущее вмешательство. Такое предвещение событий усиливает ответ от предполагаемой терапевтической цели-мишени. (Более подробно о посевах идей, см.: Zeig, 1990, Geary, 1994.)

Во время поглощения терапевт может адаптировать способ поглощения и средство поглощения к уникальному стилю пациента, тем самым порождая взаимопонимание. Гипнотерапевт может также использовать способы, например, установления связки, при которой союзы — например, «и» или «или» — присоединяются к фразам, чтобы создать переплетение потока идей, отражая актуальный внутренний опыт.

Поглощение, кроме того, предоставляет возможность неожиданно дать терапевтическое указание. Стадия поглощения является не просто средством создания транса, но служит и терапевтическим средством. За счет «удваивания» средств и «конденсированной коммуникации» терапевт создает богатую многоуровневую матрицу, которая может служить и целям наведения, и целям терапии. В этом состоит отличие от традиционного наведения, которое является исключительно линейным средством, используемым для вызывания состояния транса.

Язык гипноза

Косвенные техники, составляющие язык гипноза, могут вставляться в речитатив наведения, чтобы в дальнейшем содействовать феноменологическим целям. Например, *наведение тепла* может быть изменено следующим образом:

«По мере того как вы закрываете глаза и заходите внутрь, вы можете заметить ощущения тепла. И я не знаю, заметите ли вы эти ощущения тепла в груди или в спине. Возможно, ощущения тепла кажутся сильными или слабыми... Возможно, по мере того как вы осознаете эти ощущения тепла, вам может показаться, словно тут каким-то образом есть подушка из тепла. И может ощущаться, как будто вы можете начать легко отдыхать в этой очень приятной подушке из тепла. *Ивы можете заметить тепло своих стоп. И вы можете заметить тепло своих ног. И вы можете заметить тепло в своем теле. И вы можете... заметить разливающееся тепло.* (**Набор «да» и встроенная команда.**) И эти ощущения тепла, возможно, такие интересные. И возможно - вы замечаете, как ощущения тепла могут начать меняться. Возможно, они начинают меняться. Возможно, они начинают развиваться внутри. *И ваш сознательный разум может замечать тепло, в то время как ваш бессознательный разум может участвовать в их развитии.* (**Диссоциативное заявление.**) Возможно, они начинают меняться по форме... И вам не нужно замечать все ощущения. *Но когда вы начинаете осознавать ощущения тепла, вы можете сделать глубокий вдох и действительно ощутить развивающийся комфорт.* (**Подразумеваемая причинность.**)

Обратите внимание, как включение языка гипноза делает «наведения» многоуровневыми и добавляет другие возможности для достижения целенаправленных проявлений. Вкрапление языка гипноза помещает на сцену пациента новый феноменологический реквизит. Терапевтические указания тоже могут быть вкраплены в наведение за счет прямых и косвенных языковых форм.

Ратификация

Во время этапа ратификации гипнотерапевт использует ряд простых декларативных заявлений по установлению транса, отражая пациенту те изменения, которые у него произошли после начала процесса вызывания гипноза. Отметим, что при ратификации гипнотерапевт больше не описывает возможности, а, скорее, описывает факты. Например, во время этапа ратификации мой гипнотизер говорил:

«Как я вам и говорил, произошли определенные изменения. Ваш темп дыхания изменился, ваш пульс изменился, ваш глотательный

рефлекс изменился, ваши телесные ощущения могут восприниматься по-другому).

Скрытый смысл ратификационных утверждений: пациент реагирует, и эти реакции являются «гипнотическими» изменениями, и эти изменения означают, что пациент испытывает гипнотические изменения правильно.

Выявление

Выявление имеет три аспекта:

- 1) выявление диссоциации;
- 2) выявление восприимчивости;
- 3) выявление ресурсов.

Диссоциация

Диссоциация может быть вызвана с помощью средств наведения, таких как диссоциативные утверждения. Еще она может быть вызвана через гипнотические феномены, такие как левитация руки, катаlepsия и позитивные и негативные галлюцинации, которые все в некоторой степени субъективно опираются на диссоциацию. Например, гипнотерапевт может внушать: «Возможно, вам покажется, как будто вы бестелесный разум, просто дрейфующий в пространстве и во времени». Вызванные гипнотические феномены способствуют опыту диссоциации, поскольку диссоциация является неотъемлемой частью любого гипнотического явления. (Детальное обсуждение гипнотических феноменов см.: Edgette & Edgette, 1995).

Диссоциативные инструкции ведут к тому, что в дальнейшем пациент может испытать диссоциацию как нечто «просто происходящее» и/или как опыт бытия одновременно «частью чего-то и отдельно от него».

Восприимчивость

После вызывания диссоциации терапевт развивает восприимчивость пациента. Например, в стиле Эриксона клиницист может внушать: «Когда я в следующий раз скажу слово «сейчас», вы можете сделать глубокий вдох сейчас». Вызывая ответ пациента на неожиданное внушение, терапевт выстраивает, вероятно — поэтапно, реакции пациента на открытые и подразумеваемые указания со стороны терапевта.

Одно из главных назначений гипноза состоит в установлении благодатного климата чуткого взаимодействия.

Ресурсы

Как только терапевт получил ответную реакцию от пациента, особенно на минимальные сигналы, это значит, что процесс наведения закончился. Проявление ресурсов — в компетенции гипнотерапии. Поскольку эта глава центрируется на наведении, обсуждение *проявления ресурсов* выходит за ее рамки. В общем, терапевт может воспользоваться косвенными внушениями, такими как короткие истории и метафоры, чтобы активировать ранее спавшие ресурсы пациента. Например, у пациентов со специфической фобией, такой как страх полета, есть много ресурсов, которые позволяют им чувствовать себя комфортно в ситуациях, которые другими людьми были бы восприняты как трудные. Они могут быть хорошими ораторами, например. У тех, кто переедает, есть много ресурсов для управления движениями своих рук. В общем, работа терапевта состоит в том, чтобы помочь пациентам получить доступ к спящим ресурсам опытным путем, так чтобы пациенты могли использовать эти ресурсы, чтобы решить или справиться с той проблемой, из-за которой они обратились за лечением.

Основное назначение наведения в том, чтобы заложить основу для последующей терапии. Если терапевт намерен использовать косвенные методы, такие как метафоры, анекдоты или символы — чтобы помочь пациенту выявить феноменологию изменений, то наведение прокладывает ему путь, косвенно вызывая гипнотическую феноменологию.

Три феноменологии участвуют в гипнотерапии: феноменология проблемы, гипноза и решения. В оценочный период терапии клиницист определяет конкретные феноменологические компоненты симптома данного пациента. К примеру, возьмем пациента с депрессией. Депрессию можно рассматривать как феноменологический опыт с компонентами, которые включают внутренний фокус внимания, негативные чувства, ориентацию на прошлое, бездельность, безнадежность и отсутствие цели.

Терапевт устанавливает новую феноменологию, феноменологию гипноза, которая состоит из ранее упомянутых первичных и вторичных характеристик. Это можно понять следующим образом: если

пациент сможет сместить свою феноменологию хоть один раз, ее можно будет сместить и еще — в более позитивном направлении.

В терапевтической стадии гипноза (проявление ресурсов) терапевт работает, чтобы помочь пациенту установить феноменологию решения. Например, феноменология счастья, в отличие от феноменологии депрессии, состоит из того, чтобы быть более внешне ориентированным, эмоционально позитивным, активным, полным надежд и имеющим конструктивные, ориентированные на будущее цели. В этой концепции, гипнотическое наведение - это мост между землей проблемы и землей решений. Пациент приходит на терапию, двигаясь «задним ходом» и испытывая феноменологию проблемы. Гипнотерапевт располагает реквизит на сцене пациента так, чтобы пациент мог опытным путем переместиться в «нейтральное положение», войти в состояние гипноза. Затем терапевт помогает пациенту опытным путем выявить, где у него «первая передача», а именно — аспекты феноменологии изменений или того, что он адекватно справляется с проблемой. Остальные «шестерни» ускоряют переход пациента в состояние большей удовлетворенности и увеличивают его способность использовать ранее спавшие ресурсы для управления своей жизнью.

Литература

- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Edgette, J.H., & Edgette, J.S. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., & Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington.
- Geary, B.J. (1994). Seeding responsiveness to hypnotic processes. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 295—314). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353—375). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1990). Seeding. In J.K. Zeig & S.G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221-246). New York: Brunner/Mazel.

9

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ: ВЗГЛЯД НА ДИРЕКТИВНЫЕ И НЕДИРЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Первичной целью данной работы является подчеркивание существенной роли *недирективности* в гипнозе. Второй целью является сравнение и сопоставление природы прямых и косвенных внушений. Некоторые эксперты (Lynn, Neufeld, & Mare, 1993) изучали вопрос: «Являются ли косвенные внушения лучшими, чем прямые внушения?», но такой вопрос имеет ограниченное применение. Я предполагаю убеждающую позицию в природе гипнотического внушения. Все внушения в гипнозе обязательно являются косвенными. Это связано с предписывающим характером гипнотических рамок, который меняет способ, которым внушения — прямые и косвенные — бывают поняты.

«Самое великое на сегодня — это власть метафоры» (Аристотель).

Эриксоновская гипнотерапия по существу пользуется эмпирическими способами воздействия, при которых использование косвенных методов способствует увеличению личностной эффективности клиентов. В этой статье представлена сокращенная модель эриксоновских методов. Эта модель иллюстрирует роль недирективности в гипнотическом наведении, в котором она служит предвестником недирективного воздействия в терапии.

Коммуникация будет описана в двух качествах — как предписывающая и как ориентирующая*, и это различие будет использовано для изучения скрытого контекста гипноза для того, чтобы

В оригинале: *injunctive and indicative*. — Прим. ред. пер.

обосновать заявление, что все внушения в гипнозе с неизбежностью являются косвенными. Прямые и косвенные внушения будут обсуждаться в контексте традиционного гипноза и эриксоновского гипноза соответственно. Затем будут очерчены различия между традиционным и эриксоновским гипнозом в отношении методов наведения.

Однако прежде чем продолжить, я воспользуюсь своей прерогативой как последователя Эриксона и расскажу одну историю. Както я обедал со своей подругой в Фениксе, штат Аризона, когда в ресторан вошла потрясающая женщина, в чрезвычайно соблазнительной и открытой одежде. Я обратился к своей подруге и спросил: «Что ты об этом думаешь?» Она ответила: «Власть упаковки». Мне нравится концепция *силы упаковки*. Она имеет отношение к психотерапии.

Утраченная сила

Когда клиенты приносят свои проблемы на психотерапию, они демонстрируют свой жизненный тупик, в котором чувствуют у себя недостаток способностей. Структурно симптомы можно считать косвенными посланиями, которые указывают на утрату действенной власти. Точки застревания человека часто озвучиваются (а возможно — до некоторой степени индуцируются и поддерживаются) такими словами, как: «не могу», «всегда» и «никогда», — и такими фразами, как: «я должен», «если он/она просто», «да, но», «если бы» и «что если». Например, клиент жалуется: «Я не могу изменить свою депрессию»; «Я всегда переедаю»; «Я никогда не смогу завести хорошие отношения»; «Мне следовало иметь привычки получше»; «Если бы он просто поговорил со мной»; «Да, я знаю, что было бы хорошо потренироваться, но не делаю этого»; «Если бы я только выбрал что-нибудь другое» и «Что если случится нечто плохое?». Изложением своих проблем они сообщают: «У меня нет сил*, чтобы стать эффективным». Они считают, что у них нет необходимых способностей, чтобы изменить что-либо или справиться с этим... Они являются невольными рабами своих трудностей.

В оригинале везде употребляется слово *power* — сила, власть, могущество.

В русском языке возможны такие фразы: я не властен... (что-либо изменить, над собой и/или своими поступками, над ситуацией и т.д.), т.е. у меня нет сил, нет способностей. — Прим. ред. пер.

В терапии силы речь идет о противодействии кажущемуся отсутствию личной силы у клиента. Гипноз является тем контекстом, в котором ее можно восстановить, в котором личная сила клиента упаковывается и отсылается ему обратно. Существует разница, однако, между силой, упакованной в эриксоновском (недирективном) и традиционном (директивном) гипнозе. Традиционный гипноз часто похож на медицину: кажется, что сила пациента возникает в результате приема «тонизирующих средств» (внушений). Недирективные эриксоновские методы стремятся вызвать силу изнутри клиента к его же собственной пользе.

По сути, эриксоновская гипнотерапия устанавливает некий *социальный вакуум*, находясь в котором клиент эмпирическим путем приходит к признанию личной эффективности. Терапевт создает вакуум, направляя ассоциации, которые затем стимулируют энергичные действия со стороны пациента. Разница между прямым и косвенным внушением — все равно, что разница между искусством эпохи Возрождения, похожим на фотографию, и искусством импрессионизма. В последнем случае созерцатель искусства создает восприятие, основанное на слабых сигналах (мазках) кисти художника.

Прежде чем развивать эти предположения о традиционных методах, я представлю свое понимание эриксоновской позиции и видение эриксоновских методов.

Возвращение силы: эриксоновская позиция

Терапевт, придерживающийся эриксоновской традиции, считает, что у каждого человека существует достаточно ресурсов для того, чтобы жить более эффективно. Задача психотерапии заключается в определении, развитии и использовании внутренне присущих человеку, но часто не признанных потенциалов. Терапевт ищет ориентир для ассоциаций, чтобы стимулировать активные действия в клиенте, которые активизируют недоступные доселе ресурсы.

Клиенты, которые предъявляют свои недостатки, действительно утратили осознание своих внутренних ресурсов. Например, у каждого человека, застрявшего в каком-то эмоциональном состоянии, есть история, когда он мог менять эту эмоцию; у зависимого клиента есть большой жизненный опыт, как жить комфортно и чувствовать себя уверенно, не полагаясь на зависимость; и у каждого клиента, страдающего от плохих взаимоотношений, есть ис-

тория с несколькими примерами хороших взаимоотношений. Представьте себе пилота, который пришел на консультацию по поводу своей неспособности участвовать в публичных выступлениях. Сравните мучающую его головомолку с проблемой публичного оратора, который жалуется на невозможность расслабиться во время полета на самолете. Каждый из них может комфортно чувствовать себя в ситуации, которую многие люди сочли бы трудной (полет, публичные выступления), и в то же время каждый из них не может использовать этот ресурс (комфорт), чтобы побороть соответствующую проблему.

Вот почему главная задача психотерапии — активизировать спящие силы, чтобы вызвать воспоминание и способствовать развитию непризнанных способностей. Если клиенты относятся к себе как к бессильной жертве, то как терапевты помогут им получить доступ к спящим силам и к их использованию? С эриксоновский точки зрения, терапевт устраивает ситуации, которые позволяют клиентам к их собственной пользе реализовать заложенный в них потенциал. Терапевт занимается упаковкой власти. Продукт, проданный клиентам, — это понимание того, что у них есть право совершать действия, которые служат их интересам (Zeig & Rennick, 1991). Терапевт создает значимый эмоциональный опыт (Massey, 1979), который позволяет клиенту самостоятельно обнаружить свою способность быть эффективным.

Терапевтического опыта можно добиться прямым и/или косвенным способом. Но если терапевт хочет, чтобы изменения были вызваны самим клиентом, то лучше всего использовать косвенные послания. Прежде чем рассматривать прямые и косвенные внушения в гипнозе, я представлю метамоделю эриксоновского вмешательства для того, чтобы можно было понять, как пользоваться косвенными методами в терапии.

Сокращенная версия эриксоновского метода

В сущности, эриксоновские терапевты создают значимый и драматический терапевтический опыт путем триангуляции пяти факторов. Ниже приводится сокращенная версия того, что я называю эриксоновским подходом (дополнительную информацию об этом подходе см.: Зейг, 1992). Каждый из пяти факторов будет описан в свою очередь.

Позиция терапевта

У каждого психотерапевта есть своя личная и профессиональная позиция. Они состоят из таких характеристик, как сочувствие, восприимчивость, клинические навыки, интеллект и любопытство. *Позиция терапевта* без вариантов проецируется в терапию, и это влияет на результаты лечения. На этот фактор приходится большая часть результатов терапии, и он существенно влияет на остальные четыре аспекта. Позиция терапевта не высечена на камне, она может быть изменена для достижения конкретных целей. Однако, поскольку она непосредственно не связана с центральной идеей этой статьи относительно недирективности, идея о позиции терапевта дальше здесь развиваться не будет.

Постановка целей

Цель состоит из идей, которые терапевт решает передать клиенту. Основная цель терапии обычно совпадает с собственными пожеланиями клиента (например, остановить переживание или иметь хорошие взаимоотношения). Тем не менее терапевт может изменить общую цель. Например, цель может быть разделена на небольшие управляемые шаги, чтобы передать клиенту каждую подцель. К примеру, если человек страдает депрессией, терапевт может передать сообщение «будьте счастливым». Общую цель «быть счастливым» можно разделить на ряд соответствующих подцелей (например, быть активным, гибким в настроении, ориентированным на будущее и позитивно настроенным к себе и другим). Каждый компонент является подцелью, которую можно выявить и развить в клиенте и в его социальной системе, тем самым конструируя большую цель.

Упаковка подарка

Терапевт решает, как передавать послание о цели или подцели. Для этого может понадобиться быть косвенным. Как правило, прямо указать клиенту на цель - недостаточно. Как правило, предпочтительнее упаковать цель в терапевтическую технику, например, в гипноз, метафору, символ или технику вызывания замешательства. Косвенное знакомство с целью внутри техники делает более вероятным то, что клиент может проявить желаемый эффект к своей же собственной пользе. Клиент должен стремиться понять послание терапевта и

в процессе может активизировать непризнанные потенциалы и получить доступ к своей личной силе. Я называю такой способ представления цели терапии (или подцели) в некой технике — упаковкой подарка. Любое послание, упакованное как подарок, является косвенным по самой своей природе, потому что это один шаг в сторону от его прямого представления (Zeig, 1985).

Кроме того, следует помнить, что психотерапевтические техники не лечат людей подобно антибиотикам, которые могут вылечить от инфекции. Техники являются лишь косвенными методами подачи информации. На самом деле это обмен вежливостью. Клиент «заворачивает» подарок-проблему внутрь симптома. Терапевт возвращает подарок-решение, завернутый внутри техники (Ritterman, 1983, описывает терапию, как обмен подарками).

Подгонка (Адаптация)

Психотерапевт выясняет ценности клиента и его позицию как человека (Fisch, Weakland, & Segal, 1982), для того чтобы говорить на языке его опыта. Это, на самом деле, способ, спрятанный внутри рассказанной терапевтической истории. Если клиент, по своей сути, склонен рисковать, терапевтическая история может быть адаптирована так, чтобы показать склонного к риску главного героя. Если человек застенчив, главный герой может быть активен неким «тайным образом». Адаптация, как и упаковывание подарка, вызывает личную силу и уменьшает сопротивление.

Процесс

Терапевт представляет индивидуально подогнанные и упакованные цели в некоем драматическом процессе, что обычно влечет за собой трехступенчатую процедуру: перемещение небольшими стратегическими шагами (Steps); вмешательство (Intervening) и последующее следование целям до их достижения (Following Through). Такая процедура была названа «SIFT»* (Zeig, 1985). Процесс SIFT делает процесс терапии чем-то похожим на фермерство. Существуют ценные семена (ресурсы клиента или терапевтические цели). Они могут находиться в спящем состоянии внутри клиента. На первый взгляд кажется, что существующая земля недостаточно плодород-

* С англ. *sift*—просеивать, отсеивать, внимательно исследовать. — *Прим. ред. пер.*

на для выращивания семян. Поэтому терапевт методично работает с человеком, чтобы вспахать участки затвердевшей почвы. Это восстанавливает мягкость и плодородность, присущие почве. Затем семена торжественно сажаются в почву. Затем команда клиент—терапевт обеспечивает надлежащие последующие меры, продолжая ухаживать за развитием семян. На протяжении всего процесса тонким образом культивируется самостоятельность клиента: именно клиент проводит работу и отвечает за нее.

Недостаточно просто представить индивидуально подогнанные и упакованные, как подарок, цели. Должны последовать внушения. Терапевт начинает подстраиваться к клиенту, затем работает над разрушением жестких установок и сопротивления. Это помогает выстраиванию восприимчивости. Иницируя изменения за счет продвижения небольшими шагами, терапевт начинает предъявлять цели и подцели и следовать им до их полного выполнения.

Шаг выстраивания восприимчивости можно было бы назвать «наведением гипноза». Эвфемизмом для гипноза является *вызывание совместной восприимчивости*. Во время процесса наведения эриксоновский терапевт представляет клиенту предписания и выстраивает набор ответов, которыми человек реагирует на его минимальные сигналы (также называемые косвенными внушениями). При наведении эриксоновский терапевт скрывает передаваемые послания и делает их косвенными. Эффект косвенного представления состоит в том, что ответы клиента порождаются более автономно. Например, если терапевт говорит клиенту во время гипнотического внушения: «Вы можете... шагнуть вперед... в комфортное состояние», и человек двигает ногой вперед в более или менее диссоциативном (автоматическом) ответе на подразумеваемую команду, это расценивается как кооперативный ответ на минимальный сигнал. Прежде чем приступить к предъявлению индивидуально подогнанных и упакованных как подарок целей, Эриксон работал со своим клиентом, чтобы установить взаимные способности — Эриксона и самого человека — реагировать на минимальные сигналы.

Цель косвенных методов меняется по мере того, как мы переходим от наведения к терапевтическому процессу. При наведении целью является вызвать восприимчивость к косвенным внушениям. Для терапии недирективные (в подарочной упаковке) техники используются для приведения ресурсов в действие. Я назы-

ваю это R & R* эриксоновских методов (Zeig & Rennick, 1991). Если терапевт намерен использовать недирективные методы, чтобы помочь клиентам активировать спящие ресурсы, сначала следует выстроить восприимчивость к недирективным методам. Это является основной целью наведения в эриксоновской практике. Недирективное наведение не используется только для того, чтобы вызвать диссоциативный процесс. Оно также используется для развития восприимчивости. Если терапевт собирается использовать недирективные методы в терапии (например, в виде коротких историй, символов и метафор), то на начальных стадиях процесса (например, во время наведения) он должен поработать, чтобы развить восприимчивость клиента к такому типу коммуникации. Косвенное наведение прокладывает путь для последующей недирективной терапии.

Описав здесь некоторые фундаментальные основы эриксоновского подхода, далее я прокомментирую — и предписывающий характер гипноза, и природу прямых и косвенных внушений.

Предписывающая коммуникация

Чтобы определить прямые и косвенные внушения, полезно проанализировать подструктуру коммуникации. Такой анализ пояснит мою гипотезу о невозможности прямого внушения во время гипноза. Предписания являются краеугольным камнем многоуровневой коммуникации (Zeig, 1985). Понимание предписывающих аспектов коммуникации можно отнести к Грегори Бейтсону, который описывал коммуникацию как состоящую из сообщения и команды (Bateson & Ruesch, 1951, с. 179—231). Информация (сообщение) содержится в любой коммуникации. Но есть еще и скрытые указания (команды) о характере отношений между отправителем и получателем. Команда оформляет неким образом представленную информацию. Например, явным посланием (сообщением) может быть указание «Пожалуйста, иди сюда», но неявная команда может паравербальным образом передавать послание, что «Это игра!», «Это работа!» или «Это близость!»

Похожая точка зрения была сформулирована Эриком Берном (1966, с. 227), который утверждал, что коммуникация состоит как

В англ. военном сленге: *Rest & Relax* — отдохни и расслабься. — Прим. ред. пер.

из социальных, так и из психологических уровней. Берн полагал, что результат коммуникации определяется на психологическом уровне. Пример можно наблюдать в сцене обольщения, когда один из партнеров спрашивает: «Хотите пойти посмотреть мою коллекцию бабочек?» На языке транзактного анализа Берна, показное сообщение «взрослый - взрослому» (о коллекции бабочек) отличается от сообщения «ребенок - ребенку» (флирт). Многоуровневые сообщения являются частью всех коммуникаций.

Нечто аналогичное описанию анализа Бейтсона и Берна можно найти в работе лингвиста Ноама Хомского, который рассматривал правила грамматики с точки зрения поверхностной и глубинной структуры (Bandler & Grinder, 1975). Эта извлеченная глубинная структура имеет направляющее действие.

Пол Вацлавик (1985) описал прямые значения слова в языке как ориентирующие, а косвенные — как предписывающие. Предписывающая часть сообщения является скрытой и просит принимающего «нечто сделать».

Именно терапевтическое предписание, а не открытое содержание оказывает наибольшее влияние на развитие изменений.

Различение Вацлавицом ориентирующей и предписывающей форм полезно для понимания разницы между прямыми и косвенными внушениями.

Определение направления и недирективность

Мы пришли к точке, где можно определить косвенные и прямые внушения. Косвенные коммуникации несут богатый предписывающий компонент. Прямые внушения носят ориентирующий характер, и предписание в них отсутствует или минимально. Косвенные внушения имеют «скрытое» или спрятанное сообщение, прямые же внушения этого не имеют.

На самом деле - трудно свести к минимуму предписывающий аспект коммуникации. Это потому, что коммуникация — нечто большее, чем сказанные слова. Действие вокруг скрытого контекста оформляет сообщение и меняет его основные свойства. Например, человек может утверждать: «Вот стол».

На первый взгляд это кажется прямым утверждением. Но изменения в жестах, тоне и контексте меняют значение прямого утверждения. Если плотник гордо вытягивает руку и восклицает: «Вот

стол», — предписывающий аспект коммуникации очевиден. Если шеф-повар в прекрасном ресторане с гордостью провозглашает: «Вот стол», - смысл сообщения будет другим.

Паравербальные и контекстуальные маркеры меняют смысл коммуникации.

Теперь давайте рассмотрим прямое внушение. Вот два типичных прямых терапевтических внушения тучному человеку: «Ешьте пищу медленно. Между тем, как положить следующий кусок в рот, кладите вилку на стол». Эти прямые внушения можно модифицировать и сделать более предписывающими. Например, паравербально терапевт может неумовимо указать, как эти внушения должны выполняться (с энтузиазмом, с усердием и т.д.), сообщения также можно разместить в новом контексте — например, их можно передать через гипноз.

Прямые внушения меняются за счет введения гипноза. Если тучный клиент приходит на прием и ему дают прямое указание: «Ешьте медленно», мало шансов на то, что он будет его соблюдать. Однако, если навести человеку транс, а потом сказать: «Ешьте медленно», возможность позитивного ответа увеличивается. Это потому, что гипноз сам по себе является паравербальным маркером по сравнению с простым сообщением. После того как сообщение передано в рамках гипноза, оно помечается как предписание. Предписание означает: «Эта коммуникация должна быть реализована *гипнотически*» и «Поскольку вы в гипнозе, то сможете изменить теперь свое поведение, и это будет происходить легче, возможно даже автоматически». Смысл слова *гипнотически*, однако, зависит от лежащего в основе замысла терапевта, что меняется в соответствии с теорией гипноза, которой следует практик, и в соответствии с предубеждениями субъекта относительно гипноза. Но в любом случае гипноз делает представленные внушения косвенными, потому что добавление предписывающего элемента меняет способ, которым прямое внушение может быть воспринято. Таким образом, косвенность является неотъемлемой частью любого гипноза.

Для общего представления, недирективность имеет важное значение для гипноза — и для эриксоновского, и для традиционного, независимо оттого, понимает это терапевт или нет. Прямые внушения существуют только *в лабораторных условиях (in vitro)*. *В естественных условиях (in vivo)*, особенно под гипнозом, не существует

никаких прямых внушений. Прямые внушения, как гравюры Эшера, невозможны в реальной жизни. Они существуют - только когда некое измерение удалено. Только если удалить рамки, прямое внушение может существовать. С системной точки зрения, если проанализировать рамки и межличностный характер феномена гипноза, то становится ясно, что прямых внушений не существует ни в эриксоновском, ни в традиционном гипнозе.

Я хочу на мгновение отклониться от темы, чтобы сделать клиническую оговорку: о терапевтической коммуникации следует судить по ответу на нее, а не по ее открытому содержанию и структуре. Будут ли послания прямыми или косвенными, само по себе не важно. Эффективный ответ на послание — вот что имеет принципиальное значение для психотерапии.

Следующий раздел предлагает несколько завуалированных определений гипноза для дальнейшего описания функции наведения в гипнотических методах.

Определения гипноза

При определении гипноза можно быть объективным или субъективным. Более того, такое явление, как гипноз, можно определять по его внешнему проявлению, функции, этиологии, истории, протеканию процесса, с точки зрения взаимосвязи с другими явлениями или того, что происходит между людьми. Определения не являются ни мягкими, ни нейтральными. Напротив, они оказывают сильное воздействие и фокусируют последующее мышление. Так, определение психотерапевтом гипноза будет оказывать влияние на лечение. Терапевты, которые подходят к гипнозу с объективной точки зрения, в качестве метода терапии широко пользуются заранее заданными сценариями наведения и прямыми внушениями. Психологические феномены, такие как гипноз, обычно определяются с точки зрения существующей теории. Традиционно, это теория индивидуальной психологии — например, бихевиоризм или психоанализ. В современной литературе существует восемь определений гипноза (Zeig & Rennick, 1991).

1. Пьер Жане (Weitzenhoffer, 1989) на рубеже веков, а относительно недавно Эрнест Хил гард (1977) определяли гипноз в терминах диссоциации (согласно Жане - «автоматизмов»).

2. Социальные психологи Сарбин и Коу (1972) описывали гипноз с точки зрения теории ролей. По их мнению, гипноз — это роль, которую люди исполняют, они действуют так, «как будто» они загипнотизированы.
3. Т.Х. Барбер (1969) определял гипноз с точки зрения параметров негипнотического поведения, таких как мотивация задачи и маркировка ситуации как гипнотической.
4. В своих ранних работах Вайценхоффер (1953) концептуализировал гипноз как состояние повышенной внушаемости. Совсем недавно он определил гипнотизм как «форму влияния одного человека, которое действует на другого через носителя или посредника внушения» (1989, т. 1, с. 13).
5. Гилл и Бренмен (1959) описывали гипноз как функцию использования психоаналитического понятия «регрессия на службе эго».
6. Эдмонстон (1981) высказал мнение, что оперативной переменной в гипнозе является релаксация.
7. Шпигель и Шпигель (1978) предполагали, что гипноз связан с биологическими способностями.
8. Милтон Эриксон (Erickson, Rossi, & Rossi, 1976) был сторонником позиции, что гипноз является особым, внутренне направленным, измененным состоянием деятельности.

У Эриксона нет единого определения гипноза. Время от времени он определял его в терминах взаимодействия, например: «Тепло, от одного человека направленное к другому» (Мэрион Мур, личное общение). Иногда он определял его внутриспихически, например, как «воскрешение и утилизация бессознательного знания» (Сидней Розен, личное общение). В другой раз он был более функциональным в своем определении: «Гипноз — это инструмент» (Теодор Сарбин, личное общение).

Лично я не считаю, что нужно иметь одно единственное определение такого сложного явления, как гипноз. Различные определения проливают свет на различные аспекты этого процесса. Пользуясь определением, опирающимся на клиента, можно дополнительно убедиться в важности косвенных внушений.

Гипноз с точки зрения клиента

Гипноз с точки зрения клиента может быть определен как опыт, в котором существует некоторая комбинация из следующих процессов: (1) изменение интенсивности; (2) изменение осознания; (3) непровольный опыт и (4) непровольный ответ в (5) ситуации, определяемой как гипноз. Феноменологически клиенты могут сообщать о наличии транса, когда возникают изменения интенсивности (например, в расслаблении или в яркости образов), когда присутствует изменение осознания (например, внутренняя направленность или чрезвычайно узкий фокус внимания) или непровольная активность — нечто «просто происходит» (например, у клиента возникают спонтанные перцептивные изменения, спонтанная амнезия или диссоциированный ответ на внушение без понимания истинной природы ответа или внушения, вызвавшего ответ).

Некоторым клиентам нужно присутствие всех вышеперечисленных аспектов настоящего, чтобы сообщить о наличии транса. Другие говорят о трансе, просто когда ситуация определена как «гипнотическая». Это еще одна причина, почему техники должны подстраиваться под человека, — поэтому терапевт должен найти способ, который наилучшим образом вызывает изнутри клиента ответ: «Я загипнотизирован».

Три из вышеперечисленных аспектов феноменологии гипноза могут быть легко вызваны напрямую. Например, клиенту можно сказать: «Это гипноз... Расслабьтесь... Сфокусируйте свое внимание внутрь». Тем самым ситуация определяется как гипнотическая, а пациенту рекомендуется изменить интенсивность и осознание. Однако с помощью прямых внушений трудно добиться непровольных действий или развития восприимчивости. Если при внушении левитации руки сказать клиенту: «Поднимите руку», — должен еще присутствовать скрытый смысл, указывающий на то, что необходимо изменить волевой компонент.

Если клиент поднимает свою руку волевым образом, это не является гипнотическим ответом — ни для самого субъекта, ни для наблюдателя. Клиенту можно сделать косвенное внушение, например: «Вы не знаете, насколько легко ваши руки могут начать подниматься сейчас». Определение ситуации как гипнотической подразумевает, что за этим последует непровольное поведение.

Хотя диссоциация (или произвольность опыта) предписана гипнотическими рамками, этот эффект может быть максимизирован или сведен к минимуму за счет подтекста действий психотерапевта. Многое можно навести одним названием «гипноз». Наведение может быть использовано для содействия релаксации и пассивному восприятию происходящего, как это происходит во многих случаях традиционного гипноза. Такие эффекты являются функцией терапевтического подтекста и склонности клиента реагировать на этот подтекст определенным образом. Подразумеваемое изменение волевого компонента происходит в гипнотическом наведении, будь то традиционный или эриксоновский гипноз. Контекст гипноза может намекать и на что-то другое, в зависимости от акцента гипнотизера/коммуникатора и ожиданий загипнотизированного человека. Согласно теоретическим воззрениям гипнотизера, гипнотические рамки могут быть такими: «В силу этого опыта вы будете расслабляться» или «Вы войдете в измененное состояние». Хотя обычно применение гипноза подразумевает, что воля клиента изменится, и все будет «просто происходить». (Следует отметить, что гипноз структурно сходен с симптомами, которые тоже «просто происходят». Тем не менее, если описывать сходство между гипнозом и симптомами, гипноз, который «просто происходит», является позитивным состоянием, в то время как симптом, который «просто происходит», является состоянием негативным; см. Зейг, 1988.)

Возможно, именно поэтому существует так много определений гипноза. Эксперты, которые утверждают, что гипноз является релаксацией, используют в своей работе наведение релаксации и делают вывод, что релаксация является сутью гипноза. Клиницисты, которые определяют гипноз как регрессию, подчеркивают эффекты регрессии, и так далее.

Некоторые терапевты и исследователи утверждают, что гипнотическое наведение инвариантно и что независимо от того, какая техника наведения использована, эффект будет один и тот же. Интуитивно ясно, что это не имеет смысла. Тогда можно было бы сказать, что еда — это «наведение» сытости, — однако употребление фаст-фуда вызывает совсем другое «состояние», нежели ужин в ресторане для гурманов.

В эриксоновской традиции наведения терапевт вызывает восприимчивость пациента к минимальным сигналам (косвенным

внушениям), чтобы максимизировать ответ на предписание. Психотерапевт работает над развитием способности клиента реагировать на минимальные сигналы. При эриксоновском наведении клиенту предлагается ответить больше на скрытый подтекст, чем на открытое содержание. Фактически, эриксоновские методы можно рассматривать как технологии передачи предписываемого сообщения. Я думаю, что Эриксон знал, возможно интуитивно, что гипноз основывается на косвенности. В своей работе, он естественным образом тяготел к косвенным методам, потому что они являются неотъемлемой частью гипноза. Он вывел эти внутренне присущие гипнозу особенности, который ранее были непризнанными, на передний план. Эриксон пользовался косвенными внушениями, поскольку они нужны для возникновения феномена непроизвольности, который в свою очередь является существенной частью транса.

Таким образом, если гипнотизеры хотят помочь своим клиентам в достижении опыта непроизвольности, они будут пользоваться косвенными внушениями. Создать непроизвольный опыт с помощью прямых внушений невозможно. Диссоциация — это не просто состояние внутри самого клиента. Это еще и тот скрытый смысл, который подразумевает терапевт и который можно максимизировать или минимизировать, в зависимости от используемой техники. Опять же, под гипнозом не существует прямых внушений, потому что гипнотические рамки сами по себе уже косвенно влияют на то, как понимается «прямое внушение». Чтобы развить эту идею дальше, давайте рассмотрим природу традиционного гипноза.

Традиционный гипноз

Во многих формах традиционного гипноза наведение состоит из заранее установленного сценария. Наведение часто основано на привлечении внимания и расслаблении. Завороженный взгляд может быть направлен на точку на стене, а внушения расслабления могут быть прогрессивными: «Расслабьте мышцы головы. Расслабьте свою шею. Расслабьте свои плечи». И так далее. В конце концов, это вызывает минимальные возражения внушению. Например, при наведении фиксации глаз гипнотизер может внушать, что веки субъекта закроются, подразумевая, что они сделают это непроизвольно. После наведения идет период углубления, иногда с помощью техники — например, лестницы, в которой образы и внушения

объединены, чтобы усилить впечатление. В конце периода углубления, как правило, даются более сложные, основные внушения, возможно, в виде гипнотического явления. Например, клиента озадачивают прямым внушением, чтобы он ощутил левитацию: «Ваша рука поднимется к вашему лицу». Или наоборот — в качестве прямой задачи может внушаться неподвижность руки: «Независимо от того, как сильно вы будете стараться, вы не сможете поднять руку». Как только вы познакомите клиента с задачей, можно использовать прямое терапевтическое внушение.

Прямые внушения черпают силу из гипнотических рамок. Рамки гипноза к тому же еще меняют способ, как клиент понимает внушение. Они указывают загипнотизированному человеку, что его реакция на внушение должна быть иной, чем если бы те же команды были представлены ему без предшествующего наведения.

Помните, что в целом гипноз включает в себя подразумеваемую произвольность, которая обычно окружает задачу и прямое терапевтическое внушение. Традиционные рамки гипноза скрытым образом намекают клиенту: «Ваши ответы теперь не обычны. Они могут быть произвольны. Они могут приходиться из вашего бессознательного». Рамки могут означать, что гипнотизер все контролирует и что субъект находится под властью гипнотизера. Опять же, если рамки гипноза не поставлены, прямые внушения будут казаться смешными. Представьте себе, клиент входит в офис, а ему просто говорят: «Вам будет комфортно без сигарет» или «Сигаретный дым будет плохо пахнуть». Рамки гипноза предполагают, что внушения, высказанные в то время, когда клиент находится в трансе, будут восприниматься усиленно.

Сопоставление эриксоновского и традиционного подходов

В эриксоновском подходе, вместо того чтобы использовать целевое внушение, терапевт предлагает минимальные сигналы или косвенные внушения. Отвечая на минимальные сигналы, клиент неявно показывает терапевту: «Я открыт вашему влиянию». После того как клиент начинает реагировать на предписания, наведение заканчивается, и начинается фаза утилизации транса.

Эриксон знал, что при формальном наведении не нужно развивать восприимчивость к минимальным сигналам. Он часто рабо-

тал натуралистически, выстраивая восприимчивость к минимальным сигналам, открыто не определяя ситуацию как гипнотическую. Такие техники могут быть полезными, особенно при противодействии укоренившемуся сопротивлению. После того как клиент реагирует на минимальные сигналы в формальном или неформальном наведении, терапевт может с большей уверенностью продолжать использование косвенных методов.*

Резюме и выводы

Гипноз можно понимать как специализированную форму реагирования на минимальные сигналы. Гипноз также является рамками. Это паравербальный маркер, который указывает, как коммуникация, содержащаяся в нем, будет восприниматься и какими должны быть ответы пациента. Он предполагает произвольность.

Еще раз кратко повторю сказанное: эриксоновский подход использует наведение как способ заручиться восприимчивостью клиента к минимальным сигналам, чтобы в последующем периоде утилизации можно было использовать эту восприимчивость для раскрытия ресурсов клиента. И восприимчивость, и ресурсы разрабатываются с помощью предписания (косвенного внушения) — это

Еще один нюанс: эта статья отражает философскую позицию, она не претендует ни на академическую диссертацию, и на научный обзор предыдущих работ о природе внушения как такового. Кроме того, она не утверждает, что эриксоновские методы лучше, чем прямые внушения. На самом деле такая поляризация малоценна. Опять же, вопрос «косвенные внушения лучше, чем прямые?» — тоже мало полезен. Скорее, целью данной работы является — подтолкнуть клиницистов к лучшему пониманию скрытого гипнотического подтекста.

На протяжении всей своей карьеры Эриксон демонстрировал, как люди конструктивно реагируют на подтекст и как направление их ассоциаций может вызвать конструктивные психические и физические реакции. Этот аспект человеческого поведения остается не исследованным — многое еще предстоит узнать. Эриксон был пионером подхода, при котором можно было, используя скрытый смысл, усиливать ответную реакцию.

Размышлять о прямых или косвенных внушениях во время консультации с клиентом не продуктивно. Скорее, это обязывает терапевта изучить предписания в своей коммуникации и в ее большем контексте. Эриксоновский подход отличается не использованием формы внушения как такового, будь оно прямое или косвенное (понятно, что Эриксон использовал обе формы), — а скорее ориентацией эриксоновского клинициста на то, чтобы быть живым и пластичным, чтобы иметь возможность конструктивно использовать скрытый смысл и реакции клиента на предписания.

максимизирует возможность самостоятельных действий со стороны клиента.

В коммуникации послание определяется не тем, что сказано, как сказано и в каком контексте. А самое интересное для терапевтов как поставщиков силы — это ответ клиента на подтекст коммуникации.

Милтон Эриксон использовал косвенное внушение как способ представления идей, стимулирующих изменения с опорой на активность самого клиента. Эриксон признавал, что люди отвечают на предписание. Он знал, возможно, интуитивно, что гипноз является мощным предписанием. Эриксон разработал использование предписания. Если предписание имеет важное значение для гипноза, не следует стараться устранять его, пытаясь проводить свои внушения напрямую. Прямое внушение может происходить только *в лабораторных условиях (in vitro)*. В гипнозе, все внушения являются косвенными, поскольку они изменены гипнотическими рамками. Таким образом, мы не должны ограничивать использование предписания в гипнозе. Мы должны научиться его использовать. Это урок, который человек познает при изучении работ Милтона Эриксона.

Литература

- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.* (Vol. 1) Cupertino, CA: Meta Publications.
- Barber, T.X. (1969) *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Bateson, G. & Ruesch, J. (1951). *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: Norton
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York: Grofe Press.
- Edmonston, W.E. Jr. (1981). *Hypnosis and relaxation: Modern verification of an old equation*. New York: Wiley.
- Erickson, M.H. Rossi, E. & Rossi, S. (1976) *Hypnotic realities*. New York: Irvington.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *Tactics of change*. San Francisco: Jossey—Bass.
- Gill, M.M. & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International Universities Press.
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Lynn, S.J. Neufeld, V. & Mare, C. (1993). Direct versus indirect suggestions: A conceptual and methodological review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, LX1,124-152.
- Massey, M. (1979) *The people puzzle: Understanding yourself and others*. Reston, VA: Reston Publishing.
- Ritterman, M.K. (1983) *Using hypnosis in family therapy*. San Francisco: Jossey—Bass.
- Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1972) *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978) *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P. (1985). Hypnosis without trance. In J.K. Zeig (Ed.). *Ericksonian psychotherapy: Vol. 1. Structure* (pp.5—14). New York: Brunner/Mazel.
- Weitzenhoffer, A.M. (1953). *Hypnotism: an objective study of suggestibility*. New York: Wiley.
- Weitzenhoffer, A.M. (1989). *The practice of hypnotism (2 Vols.)* New York: Wiley.
- Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson: an introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.
- Эта статья происходит из предыдущих работ автора, включая:
- Zeig, J.K. (Ed.) (1987). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.). *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353—375). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1990). Ericksonian therapy. In J.K. Zeig & W.M. Munion (Eds.). *What is psychotherapy?*, San Francisco: Jossey—Bass.
- Zeig, J.K. (1992). The virtues of our faults: A key concept of Ericksonian therapy. In J.K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy. The second conference* (pp. 252—69). New York: Brunner/ Mazel.
- Zeig, J.K. & Rennick, P. (1991). Ericksonian hypnotherapy, a communications approach to hypnosis. In S. Lynn & J. Rhue (Eds.). *Theories of hypnosis* (pp. 275—300. New York: Guilford.

Статья была первоначально опубликована в книге под ред. Клейнхауза и др. Иерусалимские лекции по гипнозу и гипнотерапии: Международный гипноз. Монография 1. С.17—30.

Статья была представлена в июле 1992 года на научной конференции Международного общества гипноза в Израиле. Более ранняя версия была представлена в сентябре 1991 года на конференции «Прямые и косвенные методы в гипнозе и психотерапии» в Риме. Сюда включены также разделы из работы, находящейся в процессе написания: Зейг Дж.К. Точки выбора: модель эриксоновской гипнотерапии.

Автор выражает благодарность Бренту Гири и Юлии Рубенс за их помощь в редактировании этой работы.

10

ПОСЕВ ИДЕИ

Предисловие

Для начала я попрошу вас принять участие в учебном эксперименте. Изучите внимательно приведенные пары ассоциации, например, «теплый — холодный». Позднее я вас протестирую: если вам предложено слово «теплый», то правильным ответом будет слово «холодный». Перед вами список из пяти пар ассоциаций*:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) Красный — Зеленый | 5) Яблоко — Очки |
| 2) Младенец — Плачет | 6) Картина — Рама |
| 3) Свет — Имя* | 7) Океан — Луна |
| 4) малиновка—птица | 8) Прибой — Бумага |

Введение

Применяя свой гипнотический стратегический подход к психотерапии, Милтон Эриксон обнаружил целый ряд продуктивных методов, способствующих осуществлению терапевтического изменения. Две его самые известные техники — это метод вкрапления (Erickson, 1966) и техника замешательства (Erickson, 1964). Эти новаторские решения стали частью его величайшего научного вклада в гипноз и гипнотерапию. Еще одним техническим усовершенствованием явилось использование им метода *посева идей*. Хотя посев идей был общей частью гипноза, терапии и учения Эриксона, этот метод пока остается недопонятым и его еще предстоит более подробно детализировать. На тему посева идей не было написано ни статей, ни глав в книгах. Упоминаний об этой технике вы не найдете даже в сборнике трудов

Эриксона (Rossi, 1980) и в книгах, написанных им в соавторстве с Росси (Erickson & Rossi, 1979, 1981; Erickson, Rossi, & Rossi, 1976).

Цель данной главы - представить и развить концепцию посева идей как неотъемлемой части процесса эриксоновской терапии. И все же посев идей ведет свое происхождение не из нее: его аналоги можно найти в литературе, социальной психологии и экспериментальной психологии. Внушения и примеры приводятся здесь с той целью, чтобы специалисты, практики самых различных клинических дисциплин, могли включить эту технику в арсенал своих средств.

Что такое посев идей?

Посев идеи можно охарактеризовать как активацию намеченной цели посредством предварительного намека. Последующее реактивное поведение заблаговременно предваряется неким намеком на цель (Zeig, 1985a, 1988). Когда окончательному представлению будущего вмешательства предшествует некий стимул, цели (директиве, интерпретации, гипнотическому трансу, и т.д.) передается дополнительный заряд. И тогда она достигается быстрее и эффективнее. Посев идеи создает некий конструктивный набор, из которого может быть извлечена будущая цель.

Вот простой пример посева идеи: если психотерапевт знает заранее, что будет внушать загипнотизированному пациенту, чтобы тот ел медленнее, то он может просто намекнуть на эту идею заметным замедлением темпа своей речи, возможно, даже раньше гипнотического наведения. Кроме того, психотерапевт может подчеркнуть на ранней стадии трансовой работы, что настоящее удовольствие, которое доставляет гипноз — это переживание *спонтанного замедления ритмов движения*. Эти посеянные идеи впоследствии будут развиты. Более сложные примеры посева идей будут представлены позже.

История посева идей

Идею посева идей впервые представил на рассмотрение Джей Хейли в 1973 году, в книге *«Необычайная психотерапия»*. Вот что он пишет:

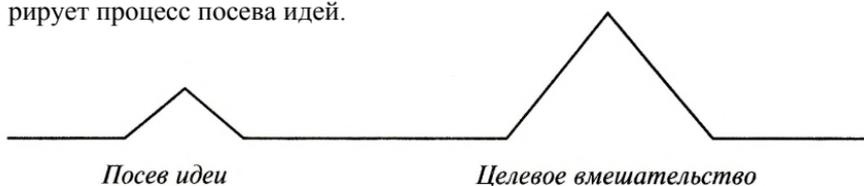
«В своих гипнотических наведениях Эриксон предпочитает «сеять идеи», иди заявлять об определенных идеях и позднее опираться на них. Он выделяет определенные идеи еще в начале общения, закладывая тем самым основу той реакции, которую

хочет впоследствии получить. Работая с семьями, Эриксон точно так же представляет или подчеркивает определенные идеи на стадии сбора информации. Позднее он при необходимости может опираться на эти идеи и на ситуацию» (с. 34).

Зейг (1985b) отмечал, что посев идей - это одна из наиболее важных и наименее изученных техник Эриксона, а также привел примеры того, как посев идей может обеспечить амнезию. Зейг (1985b) подчеркивал, насколько четко Эриксон настраивался на процесс вмешательства: «Он не только представлял вмешательство, но и заблаговременно сеял саму идею» (с. 333). Такое применение недирективности способно извлекать набор ответов и усиливать потенциал ответа за счет постепенного активизирования достаточного числа ассоциаций с предполагаемым вмешательством, чтобы при его осуществлении оно оказало соответствующее воздействие. Терапия в понимании Эриксона часто являла собой процесс применения недирективных техник, позволяющих направлять ассоциации и создавать достаточное число позитивных ассоциаций для «управления» конструктивным поведением (Zeig, 1985c). Зейг(1985b) добавлял: «Важность подготовки такого типа нельзя недооценивать. Эриксон не только сеял идею специфического вмешательства — он также высевал свои истории до того, как их представлять» (с. 333). Дополнительную информацию о посеве идей можно найти у Зейга (1980, с. 11; 1985a, с. 38-39; 1987, с. 401; 1988, с. 366-367).

Известный социальный психолог Стивен Дж. Шерман (1988) описывал такое понятие, как *прайминг*—термин, который используют для обозначения посева идей психологи-экспериментаторы. Он отмечал, что «прайминг относится к активации или изменению доступности некоторого понятия путем предварительного представления того же либо родственного понятия» (с. 65). Проанализировав некоторые материалы по экспериментальной психологии, Шерман сделал вывод: «Масштабы прайминг-эффекта весьма ощутимы и универсальны. Посев понятий и идей способно изменить то, о чем в дальнейшем будут думать испытуемые, как будут интерпретировать события и каким образом действовать... Сейчас только еще начинают признавать возможность использования техник прайминга для изменения мыслей и поведения пациентов. Понимание техники прайминга понятий, а также его вероятных последствий должно иметь большую ценность для психотерапевтов» (с. 66—67).

Посев идей — это техника, которую часто применяют на уровне предсознательных ассоциаций. Посредством предварительного косвенного представления вызывается и усиливается ассоциация с целевой концепцией. Доступность посеянной концепции таким образом меняется. Когда предварительный намек на идею, эмоцию или поведение представлен более непосредственно, происходит усиленная активация. Возбуждение, обеспечиваемое посевом идеи, может быть либо осознаваемым и резким, либо незаметным, и может происходить на уровне выстраивания предсознательных ассоциаций. Следующая схема развития терапии во времени иллюстрирует процесс посева идей.



Изначальное «зерно», которое аналогично последующему целевому вмешательству и/или служит намеком на него, представляется косвенно. В период между посевом идеи и вмешательством пациента стимулируют к бессознательному поиску, сосредоточенному вокруг идеи (или категории идей), на которую был дан намек посредством посеянной концепции. Таким образом, психотерапия сплетается в некий процесс продвижения шаг за шагом в определенном направлении.

Догипнотические внушения

Засевание может являться неотъемлемой частью процесса эффективной терапии. Хейли в своей первоначальной формулировке (1973) подчеркивал то, каким образом терапевтическим засеиванием идей обеспечивается непрерывность: «Вводится что-то новое, но всегда внутри некой структуры, которая соединяет его с тем, что было сделано ранее» (с. 34). Выделяя стадии эриксоновского подхода утилизации и описывая процесс психотерапии Зейг (1985а) показывает, что вмешательства должны быть правильно выверены во времени и правильно засеяны. Эта методология была описана как SIFr (акроним, обозначающий: Засеять и продвигаться Малыми Шагами (Seed and move in Small Steps), провести Вмешательство (Intervene) и Довести до Конца (Follow-Through). Целевые вмеша-

тельства должны высеиваться и «сплетаться вместе» малыми шагами. «До того времени как главное вмешательство представлялось Эриксоном пациенту, оно было всего лишь одним малым шагом в цепочке шагов, на который пациент уже согласился» (с. 38).

Шерман (1988) также подчеркивал, что посев идей является частью терапевтического процесса. «Настройка пациентов на то, что с ними будет происходить, означает то, что Эриксон всегда смотрел вперед и планировал заранее... [Он] заявлял своими текущими действиями о том, что знал, что будет происходить» (с. 67).

В процессе посева идей психотерапевты естественным образом используют стратегическую терапию — к ней Джей Хейли (1973) относил любую терапию, в которой психотерапевт активно участвует в определении конкретного результата и применяет индивидуальный подход к каждой проблеме. Занимаясь посевом вмешательства, психотерапевты каждый раз действуют стратегически, поскольку заранее планируют повышение его эффективности.

Посев идей можно понимать еще и немного иначе — как *«догипнотическое внушение»*. (Концепция «догипнотического внушения» используется в обучающей клинике Фонда Эриксона и в Центре гипноза и психотерапии Милтона Эриксона. Кроме того, она была представлена двумя нашими клиницистами — Уильямом Кабианкой и Брентом Гири.) Догипнотические внушения относятся к таким маневрам, которые способствуют принятию последующих указаний и предписаний. Поскольку способ «упаковки» указаний часто определяет то, в какой степени они будут восприняты пациентом, в модель обучения, используемую в Центре Эриксона, мы включили объяснение концепции *«связывания пациента с вмешательством»*. Догипнотические внушения позволяют поместить будущие указания в «обогащенную среду», где они будут лучше восприниматься. Догипнотические техники включают в себя использование ценностей пациента, использование эмпирической речи пациента, подстройку* (встречу с пациентом в его «системе координат»), продвижение малыми стратегическими шагами, использование терапевтической драмы, а также технику замешательства (Erickson, 1964). Посев идей — один из самых важных видов догипнотического внушения.

Может показаться, что догипнотические внушения не стоят усилий, однако, как ни парадоксально, мы обнаружили, что когда

В оригинале: *ricing*, от *pace* — шагать, вышагивать. — Прим. ред. пер.

догипнотическим маневрам отводится дополнительное время, сам процесс терапии сокращается, по той причине, что эти маневры снижают сопротивляемость пациента. Эту идею отражает популярная поговорка: «Тише едешь — дальше будешь».

О посевах идей тоже стоит беспокоиться, поскольку по своей природе оно способно подготовить эффект. Когда цель вмешательства представлена, сразу начинается разыгрываться драма — и усиливается возбуждение — поскольку ранее посеянные ассоциации «сливаются». Когда пациенты внезапно осознают уместность косвенно засеянных предвестников, цель энергетизируется.

Это динамическое напряжение помогает превратить терапию в Эмоционально Значимое Событие (ЭЗС) (Significant Emotional Event - SEE). Взяв за основу труды Мэсси (1979), Япко (1985) подробно объяснил, почему психотерапию можно «рассматривать как искусственное или намеренное создание ЭЗС с целью изменения системы ценностей пациента в более адаптивном направлении» (с. 266). Основываясь на этой позиции, я охарактеризовал бы психотерапию как то, что создает ЭЗС, а необходимость ЭЗС объясняется тем, что «в результате переживания этого (драматического) опыта происходит терапевтическое изменение».

Разумеется, драма является важной частью литературы, к тому же в хорошей литературе часто присутствует концепция, сходная с концепцией посева идей.

Посев идей в литературе

В одной из своих ранних работ (Zeig, 1985a) я отмечал, что "Эриксон ставил перед своими учениками задачу развивать способности предсказывать поведение пациента и использовать эти прогнозы как в диагностике, так и в терапии» (с. 81). Я помню, как Эриксон (личное общение, 1974) велел мне прочесть первую страницу романа Уильяма Грешэма *«Аллея кошмаров»* (1946), а затем рассказать ему, о чем говорится на последней странице. Это было попыткой помочь мне понять, каким образом происходит бессознательное моделирование поведения. Когда я прочел первую страницу, то не понял, в чем суть этого упражнения, но после того как я прочел весь роман, то понял, что Грешэм посеял идею завершения романа в его самом начале. Этот литературный прием называется предвосхищением (Zeig, 1988). Примеры предвосхищения можно найти в литературе, в театре, в кино-

фильмах, на телевидении и даже в музыке, где намек на музыкальную тему, которая будет впоследствии развита, дается в начале произведения путем включения в него фрагмента этой темы. Русский драматург Чехов писал: «Если в первом акте на стене висит ружье, то в последнем оно обязательно выстрелит».

Возьмем, к примеру, киноверсию «Волшебника страны Оз». В самой первой сцене злобная мисс Галч пытается навредить Тото, собачке Дороти. Когда она затем забирает Тото, Дороти кричит ей: «Ты злая старая колдунья». И в стране Оз мисс Галч действительно изображается как колдунья.

В начале фильма нас также знакомят с тремя работниками фермы, тетей Эм и профессором. Страшила говорит Дороти: «Ты не пользуешься головой в отношении мисс Галч. Неужели у тебя вообще нет мозгов? Ведь твоя голова не набита соломой». Разумеется, в последующих фантазиях Дороти Страшила изображается как соломённый человек.

Храбрый Зик, который впоследствии изображается как трусливый лев, говорит при первом нашем знакомстве с ним: «(Мисс Галч) не стоит бояться. Наберись немного храбрости, и все. Подойди к ней и плюнь в глаз». Он очень самоуверен, когда мисс Галч *нет* рядом.

Эмоциональный Хикори, который в конце концов становится застывшим Железным Дровосеком, говорит Дороти: «Однажды мне воздвигнут памятник».

Волшебник из страны Оз был изначально представлен как профессор Марвел, добрый, но некомпетентный, а также большой обманщик — представление, схожее по своей структуре с Волшебником в фантазии Дороти.

Фантазия Дороти также засеивается идеями от тетушки Эм, которая говорит ей: «Найди место, где у тебя не будет неприятностей». Это наводит Дороти на мысль, что есть такое особое место и оно где-то за радугой.

Очевидно, что автор и сценаристы пошли на многое, чтобы предвосхитить свою историю. Их усилия были вознаграждены усилением драматического и эмоционального эффекта.

Аналог предвосхищения широко исследуется в экспериментальной психологии, где он известен как *прайминг* или *подача сигнала*. Далее я представляю краткий, но содержательный обзор экспериментальной литературы о прайминге.

Прайминг в экспериментальной и социальной психологии

В экспериментальной психологии прайминг используется, чтобы изучать модели запоминания и научения (Collins & Loftus, 1975; Ratcliff & McKoon, 1988; Richardsson-Klavehn & Bjork, 1988) и социальное влияние (напр., Higgins, Rholes, & Jones, 1975). К примеру, прайминг используется в исследовании теории «распространения-активации» памяти. Коллинз и Лофтус (1975) отмечают, что когда некая концепция предъявляется заранее, ярлыки для активации распространяются путем отслеживания в памяти расширяющейся сети ссылок. Когда затем представляется другая концепция, она устанавливает контакт с одним из оставленных ранее ярлыков, образуя пересечение.

Рэтклифф и Маккун (1978) определяли прайминг как «содействие ответу на какое-либо тестовое задание неким предшествующим заданием» (с. 403). Его использовали для понимания и совершенствования теоретических формулировок научения и памяти (Ratcliff & McKoon, 1988). Однако нигде в изученной мною литературе я не встретил попыток проложить путь к практическому применению прайминга в психотерапии или в любой другой области.

И все же исследования в области прайминга получили развитие в нескольких областях, имеющих отношение к психотерапии. Например, они привели Шактера (1987) к различению имплицитной и эксплицитной памяти. Ведь именно имплицитная память непосредственно связана с процессом посевом идей. Согласно Шактеру (1987), «Имплицитная память раскрывается тогда, когда предыдущие впечатления способствуют выполнению задачи, не требующей сознательного или намеренного вспоминания этих впечатлений» (с. 501). Изучение имплицитной памяти было связано с феноменом прямого или повторяемого прайминга, описанного Шактером как «содействие обработке сигнала как функция недавнего взаимодействия с тем же сигналом» (с. 506, пометки автора).

Ричардсон-Клавлен и Бьорк (1988) сформулировали суть трех различных типов прайминга, описываемых в литературе по экспериментальной психологии: *прямой*, или *повторяемый прайминг*, в котором предшествующее воздействие тестовыми стимулами обычно повышает точность и/или сокращает время ожидания ответа; *ассоциативный*, или *семантический прайминг*, где имеет место сокращение

времени на принятие решений, касающихся лексических задач (таких как, например, можно ли образовать слово из строки букв), следующих за предъявлением перед тестовым стимулом ассоциативно или семантически связанных с ним слов; а также *косвенный прайминг*, который являет собой «любое изменение в выполнении задачи в результате предъявления информации, связанной тем или иным способом (ассоциативно, семантически, графически, фонетически или морфологически) с тестовыми стимулами» (с. 479).

Прайминг - относительно новая идея в экспериментальной психологии, хотя концепция прайминга не такая современная, как можно подумать. Например, еще в прошлом веке Корсаков (приводится у Шактера, 1987) изучал амнезию и описывал больных с поражениями мозга, у которых сохранялись «слабые» следы воспоминаний, способные бессознательно влиять на поведение. Но эти следы были не настолько «сильными», чтобы войти в сознательное воспоминание.

В экспериментальной психологии прайминг широко использовался для изучения многих аспектов человеческого поведения. Чтобы развить идею прайминга, а также, возможно, побудить клиницистов к поиску областей применения этой техники, я приведу примеры экспериментального исследования прайминга в десяти различных областях человеческой деятельности, а также дам краткое резюме представленных экспериментов:

1. *Скорость принятия лексических решений.* В эксперименте, касающемся облегчения лексических решений, который проводили Твиди, Лапински и Шваневельд (1977, описано у Ratcliff & McCoop, 1981), испытуемым представляли некий набор букв и просили указать, могут ли эти буквы образовать слово. Прайминг сокращал время на принятие решения. Например, слово «медсестра» узнавалось быстрее, когда испытуемому предварительно предъявляли (или праймировали) семантически связанное с ним слово «врач».

2. *Узнавание слова.* Проводился эксперимент, в котором испытуемый знакомился с перечнем парных ассоциаций. Впоследствии предлагался другой список отдельных слов и испытуемых спрашивали: «Было ли это слово в списке парных ассоциаций, с которым вы только что ознакомились?» Результаты указывали на то, что,

если тестовое слово сразу предварялось своей парной ассоциацией, то время реакции было короче, нежели когда ему предшествовало какое-либо другое слово из изученного списка (McKoop & Ratcliff, 1978). Подобным образом предварительное предъявление определенного слова впоследствии повышает способность испытуемых распознавать это слово, если оно в течение очень короткого времени отображается на тахистоскопе, независимо оттого, вспомнят испытуемые слово, как предъявленное ранее, или нет (Jacoby & Dallas, 1981, приводится в Druckman & Swets, 1988).

3. *Изменение в последующей интерпретации.* Эйх (1984) проводил исследование, в котором испытуемым неосознаваемо на слуховой канал* подавались пары слов, такие как «такси — ТАРИФ» и «фильм — КИНОПЛЕНКА»** таким образом, что испытуемые не могли сознательно распознать, что в эксперименте была представлена какая-то пара слов. Впоследствии было продемонстрировано, что при произнесении омофона по буквам присутствует тенденция давать ту интерпретацию, которая встречается реже. Например, когда праймом служило слово FARE, это слово чаще приносилось по буквам как FAIR.

После того как я теоретически описал эти эффекты, позвольте мне отвлечься от темы и предложить вам поучаствовать в учебном эксперименте, о котором я упоминал ранее. Возьмите листок бумаги и напишите свои ответы на четыре вопроса***:

- (а) Назовите и мя* Девочки.
- (б) Назовите стиральный Порошок.
- (с) Назовите пти цу.
- (д) Выберите номер от «одного до десяти».

Теперь сравните то, что вы написали, со списком парных ассоциаций, представленных в начале главы. Вы назвали стиральный

В оригинале: on an unattended auditory channel. — Прим. ред. пер.

В оригинале: «taxi-FARE'» и «movie-REEL», где FARE (тариф, плата за проезд) омофон к FAIR (ярмарка, справедливый), а REEL (катушка киноленты) омофон к REAL (реальный). — Прим. ред. пер.

В оригинале графически все написано так, как указано далее. При этом в пункте (а): «Name a Girl's na me» — пробел в слове name (имя) превращает это слово в два: na — не доступно, me — мне. А в пункте (с): «Bird», пробел превращает слово птица (bird) в два слова, которые можно понять как путь би, то есть второй, запасной план. — Прим. ред. пер.*

порошок, имя, птицу или номер, которые я «посеял»? Какие понятия были посеяны? Каким образом они были посеяны? Все из этих посеянных идей были не просто предъявлены. Они также были «выделены» посредством паравербальной техники. Я вернусь к этим идеям позже.

4. Доступность понятия. В исследовании, которое проводили Нисбетт и Уилсон (1977), от испытуемых требовалось запомнить список пар слов, где некоторые служили в качестве прайминга для дальнейшего эксперимента. Например, испытуемые, которые запомнили пару слов «Океан — луна», когда их потом просили «назвать стиральный порошок», называли слово «Тайд»* гораздо чаще, чем те испытуемые, которым заранее не предъявляли эту пару слов. Этот семантический стимул удвоил частоту целенаправленной реакции с 10 до 20 %. Интересно то, что, когда впоследствии проводился опрос испытуемых, те решительно отрицали тот факт, что этот стимул повлиял на их последующий ответ. На самом деле, этот эффект, похоже, возник из реакции на косвенное внушение, а не на прайминг. Тем не менее, он включен в литературу о прайминге, поскольку делает цель более доступной.

5. Влияние на предпочтение. Нисбетт и Уилсон (1977) описали исследование, в котором испытуемых просили прослушать тоновые последовательности. Для этого использовалась процедура дихотического прослушивания, в которой тоны подавались неосознаваемо в то время как на осознанно испытуемые следили за человеческим голосом. В дальнейшем испытуемым были представлены как знакомые (прежде слышанные), так и незнакомые тоновые последовательности. Как бы то ни было, испытуемые продемонстрировали разные предпочтения в отношении тоновых стимулов, воздействию которых они ранее были подвергнуты неосознаваемо. В большинстве случаев предпочтение отдавалось более знакомым тональностям по сравнению с новыми тональными последовательностями.

6. Решение проблем. В 1931 году проводился следующий эксперимент: к потолку комнаты, в которой находилось множество разных предметов, включая удлинители, подвесили два шнура на расстоя-

* В оригинале: *Tide* — название стирального порошка и в то же время «прилив или отлив», отсюда ассоциация «Океан — луна». — Прим.ред. пер.

нии, не позволяющем им дотянуться друг до друга, и предложили испытуемым решить проблему, как соединить концы этих шнуров. У этой задачи было несколько простых решений, например, подсоединить к одному из свисающих с потолка шнуров удлинитель. После каждого найденного решения испытуемых просили найти другой способ решения проблемы. Среди возможных решений одно решение было наиболее трудным, и многим испытуемым не удавалось его обнаружить. Когда испытуемые затруднялись найти это решение, экспериментатор, все это время «бесцельно» слонявшийся по комнате, как бы случайно приводил в движение один из шнуров. Меньше чем за минуту испытуемые подбирали подходящий для груза предмет, привязывали его к одному из свисающих шнуров и использовали его для решения проблемы в качестве маятника. Когда испытуемых спрашивали, как они пришли к идее маятника, они отрицали такой фактор, как намек экспериментатора (описано: Nisbett & Wilson, 1977).

7. *Формирование установки.* Прайминг может использоваться для влияния на последующие установки. В одном эксперименте осуществлялось минимальное воздействие парами слов «прилагательное — существительное» (например, *старое — дерево*). Когда испытуемых позднее спрашивали по поводу их установки на существительное (например: «*Дерево большое или старое?*»), они были склонны выбирать то прилагательное, которое было использовано для прайминга (описано: Schacter, 1987, с. 506).

8. *Формирование впечатления.* Хиггис, Роулс и Джонс (1975) показали, что скрытое воздействие понятиями, которые могут характеризовать личность (например, «беспечный», «настойчивый») влияет на последующее суждение. Перед тем как зачитать испытуемым описание некоего человека, им в ненавязчивой форме предъявляли понятия, обозначающие какое-либо положительное или отрицательное качество, которое соответствовало или не соответствовало описанию. Предварительное воздействие понятиями, выражающими соответствующее качество, влияло на оценку, которую давали испытуемые описываемому человеку. Интересно то, что эффект не был мгновенным, но наступал со значительным отставанием. Возможно, требовалось время на то, чтобы заранее предъявленное понятие полностью оказало свое воздействие.

9. *Социальное поведение.* Даже на социальное поведение можно влиять с помощью прайминга. В исследовании, которое проводили Уилсон и Капитман (1982) испытуемые мужчины читали историю о том, как молодой человек познакомился с девушкой, либо какую-то контрольную историю. Те, кто читали историю знакомстве с девушкой, впоследствии проявляли больше дружелюбия к женщине, участвовавшей в эксперименте, по сравнению с теми, которые читали контрольную историю, в том смысле, что они чаще смотрели на участницу, больше улыбались ей, больше говорили с ней, чаще поворачивались в ее сторону. В результате исследования был сделан вывод, что, несмотря на то, что прайминг сюжета оказывал мощное воздействие на поведение, это воздействие было ограниченным по продолжительности: даже короткий перерыв (четыре минуты) между прочтением истории и встречей участницы приводил к тому, что мужчины демонстрировали «дружелюбное» поведение в гораздо меньшей степени.

В другом эксперименте, касающемся обязательств, домовладельцев просили подписать петицию по поводу сохранения красоты Калифорнии. Спустя две недели тех же самых людей попросили установить на газонах перед своими домами большие плакаты с надписью «Соблюдайте правила дорожного движения». Среди тех, кто подписал петицию, количество согласившихся разместить такой плакат было больше. Казалось, что эти люди установили в себе некий набор гражданских обязательств. Когда такой набор был посеян, он стал более доступен (описывается у Чалдини, 1985).

10. *Нравственное мышление.* В эксперименте Ла Рю и Олейника (1980) испытуемым для прайминга предъявляли задачи на логическое мышление. Например, одной группе давались вербальные задачи, представлявшие стадию «формальных операций»: например, им давали задачи на логическую последовательность: «Филлис счастливее Марты, Марта счастливее Рут. Какая из трех женщин самая несчастная?» Другой группе давали задачи, требовавшие «конкретных операций». Например, решить задачи на сложение и вычитание. Контрольной группе не давали никаких когнитивных упражнений. Впоследствии испытуемые выполняли некий объективный тест на нравственное развитие, и был обнаружен существенный эффект. Студенты, для которых был проведен прайминг логического оперативного мышления, набрали значительно больше бал-

лов, чем контрольная группа, а также группа, для которой был проведен прайминг конкретных операций.

Что мы можем усвоить из социальной психологии, и какими способами, отличными от экспериментальных методов, клиницисты могут использовать прайминг

Прайминг используется с целью изучения моделей памяти и научения, а также теорий социального влияния. Эксперименты показали, что прайминг действительно работает, в том смысле, что влияет на последующее поведение и восприятие. Теперь психотерапевты должны искать пути использования прайминга/посева идей, чтобы помогать человеку в решении проблем. В клинической обстановке будет чаще использоваться косвенный прайминг, нежели повторение или семантический прайминг. Однако также может использоваться прямой посев идей. Например, психотерапевт с целью создания некоего набора доступных возможностей может попросить пациента визуализировать аспекты преднамеренных изменений.

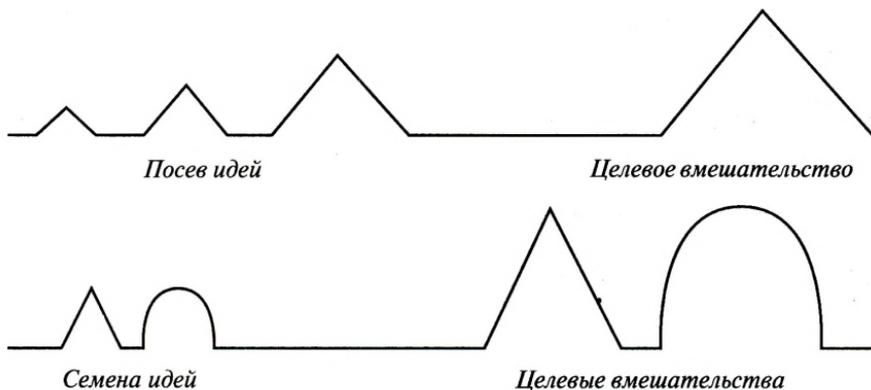
Посев идей в клинических условиях, вероятно, будет более эффективен, если психотерапевт будет мыслить в понятиях категорий, а не качеств. Эксперимент, проведенный Коллинзом и Лофтусом (1975), дает этому объяснение. Например, «яблоко» праймировалось эффективнее представлением такого понятия, как «фрукт», нежели когда его праймировали буквой «я» и прилагательным «красный». Таким образом, влечению более эффективным оказывается посев категории. Например, посев терапевтической задачи может обеспечиваться с помощью заблаговременных непрямых бесед о «систематической работе над домашним заданием в школе» или об «участии в спортивных соревнованиях», а не более прямым обращением к слову «задача» как к предварительному стимулу.

Клиницисты также могут сеять идеи, используя для этого способы, отличные от экспериментального прайминга. Ограничения экспериментальной ситуации таковы, что прайминг в основном осуществляется предъявлением нейтральных праймов. Это необходимо, чтобы определить саму природу эффекта. В клинической ситуации стандартизация не настолько интересна, и потому мы можем индивидуализировать свой подход. Концепции, которые мы сеем, могут быть уникальными и происходить из эмпирического языка пациента. Например, пациент охарактеризовал свою боль как «острую». На

следующем сеансе, когда я наводил гипноз, я во время наведения посеял концепцию «острый» (и придал ей другой смысл) посредством намека на идею *более острого восприятия* определенных ощущений, таких как тепло и комфорт. Последующие терапевтические постгипнотические внушения создавались на основе идеи, как более острое восприятие может использоваться для изменения боли.

Для получения дополнительного эффекта посеянная идея может быть адаптирована к уникальным особенностям конкретного пациента. Например, для тихого пациента можно проводить посев идей, пользуясь недосказанностью. Для человека самоуверенного высеваемая идея может быть подчеркнута за счет более громкого голоса.

Значительное преимущество клинической ситуации в том, что в ней присутствует целый ряд подходящих способов «выделения» посеянной идеи. Клиницисты не ограничены одной формой предъявления, нам не нужно подвергать пациента такому воздействию, которое было бы совершенно незаметным или подсознательным. Мы можем включать в терапию способы акцентирования внимания, недосказанности, отвлечения, запинок, необычных жестов и так далее. В клинических ситуациях мы хотим содействовать процессу, а не просто вызывать статичный эффект. Прайминг — это не изолированное событие, хотя в экспериментальных ситуациях он часто изучается именно так. Посев идей происходит как часть быстро развивающегося интерактивного процесса. Клиницисты не имеют возможности изучать в процессе изолированные, отдельные аспекты поведения. В клинических ситуациях мы можем постепенно развивать процесс посева идей и даже использовать множество семян идей для разных концепций, как показано на следующих схемах:



Давайте проанализируем четыре ответа, которые вы дали в ходе «учебного эксперимента». Написали ли вы слово «Робин»* как имя девочки и/или как название птицы? Назвали ли вы «Тайд» как стиральный порошок? Какой номер вы выбрали — «пять» или «восемь»?

Эти целевые концепции были засеяны на первой странице главы. Названия были выделены ненужной пунктуацией, добавлением промежутка между буквами слова и использованием курсива. Все это было использовано как условный прием для «воскрешения в памяти» ассоциаций, посеянных ранее. (Понятие «прибой» также было использовано для того, чтобы посеять идею целевого названия «Тайд» по сходству звучания.) Числа «пять» и «восемь» могут выделяться из-за «бросающейся в глаза» неточности на первой странице главы, где я говорил, что представляю пять пар, а в действительности представил восемь.

В вербальном представлении могут быть использованы дополнительные паравербальные маркеры. Когда я проводил на конгрессе устную презентацию этой главы, я использовал для выделения целевых концепций недосказанность, преувеличение, необычные жесты, а также покашливание. Этот эксперимент в естественных условиях дал необычные результаты: большинство присутствующих отвечало ранее посеянными концепциями.

Итак, каким образом может использовать посев идей, чтобы достигнуть максимального терапевтического эффекта? Основное положение этой главы заключается в следующем: *любое важное терапевтическое вмешательство дает больший эффект, если предварительно сделан посев идей.* Это верно независимо от того, хочет ли психотерапевт изменить проблемное поведение, дать интерпретацию, изменить иерархию ценностей, назначить лекарство, провести гипнотическое внушение, вызвать мотивацию, посеять на текущем сеансе идеи следующего или достичь ряда других терапевтических целей.

Помня обо всех этих возможностях, давайте вернемся к эриксоновской терапии. Посев идей широко использовался Эриксоном и мог применяться им в гипнозе и в стратегической терапии.

Robin — малиновка. — Прим. ред. пер.

Посев илей в эриксоновской терапии

Посев идей — это логическое продолжение подхода *утилизации*, предложенного Эриксоном. Метод утилизации привлекает внимание практиков к тому факту, что все, что пациент приносит с собой — включая социальную систему, личные ценности, сопротивление и даже симптомы — может быть поставлено на службу целям психотерапии. Естественное следствие принципа утилизации в том, что «все, что пациент делает, чтобы быть пациентом, психотерапевт может делать конструктивно, чтобы быть психотерапевтом» (Zeig, 1987, с. 396). Например, если пациенты создают путаницу, чтобы быть пациентами, психотерапевт может конструктивно использовать эту путаницу. Если пациент говорит на языке больного шизофренией, чтобы вызвать дистанцию, психотерапевт может использовать тот же язык, чтобы вызвать близость (Zeig, 1987).

То же самое относится к посеву идей. Пациенты обычно высевают идеи для психотерапевтов, следовательно, психотерапевты могут посеять идеи для пациентов — как из деликатности, так и, прежде всего, с целью повышения эффективности будущих вмешательств.

Каким образом пациенты сеют идеи для своего психотерапевта?

Возьмем, к примеру, пациента, который в конечном итоге собирается заплакать. Еще до того, как глаза пациента станут влажными, пациент может сделать какой-нибудь бессознательный жест, намекающий на его последующее поведение. Например, этот необычный жест пациента может выглядеть как направление указательного пальца в сторону глаза (Zeig, 1988). В действительности, невербальные действия часто являются предвестниками (семенами) последующего вербального поведения. Если пациент собирается говорить о «хождении по кругу», он обычно предваряет свое вербальное сообщение невербальным действием — жестом описывает круг.

Пациенты обычно сеют идеи даже сложных конструкторов для психотерапевтов. Пациентка, обеспокоенная нежелательной беременностью, может, войдя в кабинет психотерапевта, случайно обмолвиться о детях или взглянуть на оказавшуюся в кабинете фотографию детей. Недавно одна пациентка начала сеанс с того, что

стала расспрашивать о *женственных* особенностях своего мужа. И только позднее, когда она смогла признать свое беспокойство по поводу возможности того, что ее сын — гомосексуалист, я понял, насколько удачно она посеяла для меня эту идею. Более бдительный психотерапевт, возможно, понял бы этот намек быстрее. Быстрее понял бы его и Милтон Эриксон, труды которого изобилуют примерами того, какое внимание он уделял посеянному его пациентами поведению. Например, Эриксон говорил, что, сидя на заднем сидении машины и наблюдая за почти незаметными движениями водителя, готовящегося повернуть в определенном направлении, он может заранее сказать, в каком направлении водитель повернет в конце концов (Zeig, 1985a).

Посев идей можно использовать для усиления терапевтического воздействия — и в формальной, и в неформальной гипнотерапии.

Посев идей в стратегической терапии

Стратегические техники — это методы, которые Эриксон описывал как *натуралистические*, то есть это гипнотерапия без необходимости наведения формального транса. Психотерапевт осуществляет целевое вмешательство, которое может представлять собой символическое задание, задачу, предписание симптома, рефрейминг или технику прерывания паттерна. Психотерапевт может максимизировать сотрудничество с пациентом, используя догипнотические внушения, такие как мотивирование пациента, использование речи пациента, методов отвлечения и замешательства. Психотерапевт также может использовать посев идей.

Рассмотрим случай с пациентом, которому необходимо все контролировать. Психотерапевт хочет добиться от пациента, чтобы тот больше контролировал свои пищевые привычки, и при этом психотерапевт знает, что прямое внушение должного эффекта не окажет. Говорить тучному пациенту: «Снизьте потребление калорий», это все равно, что сказать депрессивному пациенту: «Не унывай!» Однако же очевидно, что самое главное послание, которое необходимо донести до пациента, это: «Ешь поменьше!»

В таких случаях помогает посев идей. Один такой пример посева идей имел место в моей практике при работе с патологически тучным мужчиной, который в ответ на методы моего гипнотического воздействия постепенно снижал вес. Во время одного конкретного

сеанса он взволнованно рассказывал о своей встрече с некой женщиной, которая им заинтересовалась. Будем звать ее Виолеттой. Понятно, что Виолетта могла бы стать для этого мужчины еще одной веской причиной для необходимости сбросить вес. Помня о приверженности Эриксона методу утилизации, я придумал вмешательство и решил посеять его. Я представил вмешательство в шести дискретных шагах, используя по ходу дела драму. Первый шаг повлек за собой посев идеи.

1. Я увлек этого мужчину дискуссией о том, почему люди дают своим вещам имена. Я рассказывал с ним о том, как люди называют свои машины и лодки. Я обсуждал с ним и то, что люди дают имена даже таким орудиям (!), как пистолеты.
2. Вскоре я отвлекся и стал рассказывать о концепции диссоциации, которая пациенту была не знакома. Мы разговаривали о том, что часто диссоциация происходит, когда ведешь машину: на самом деле водитель не думает, в каком направлении поворачивать руль, с какой силой давить на тормоза и так далее. Эти реакции «просто происходят».
3. И снова я отвлекся — на сей раз, чтобы поговорить о том, как кормят младенца, о том, что пища «просто появляется» у него во рту, и это похоже на волшебство.
4. Я рассказал один случай из семейной терапии. Одна из сложностей, относящаяся к супруге, заключалась в том, что она чувствовала, что ее недооценивают и не понимают. В качестве одной из граней терапии супруге разрешили признать, что ее муж имеет лишь «зачаточную» способность что-либо ценить. Например, по утрам в воскресенье ее муж часто играл на флейте. Когда она видела его играющим на флейте, она понимала, как он ценит музыку и как ценит инструмент (!), которым пользуется, чтобы создавать музыку.
5. Я быстро переключился с предыдущей темы и спросил пациента, может ли он придумать имя для своей руки. Он был удивлен таким вопросом и проигнорировал задачу. Тогда я спросил его, какое имя я хотел бы, чтобы он использовал для своей руки. Это привело его в восторг, и он смог назвать свою руку «Виолеттой»*.

В оригинале: *Violette* перекликается с *violin* (скрипка, скрипач). — *Прим. ред.*

6. Я взял ручку и нарисовал на его правой руке букву «V». Затем я изобразил своими пальцами букву «V» и сказал ему, чтобы каждый раз, когда он садится есть, ему казалось, что некая диссоциированная рука по имени «Виолетта» держит «орудия» и «инструменты», которые его кормят.

(Я также хотел ассоциировать его с идеей того, что его рука может быть использована для победы, а не для того, чтобы делать его жертвой, поскольку «V» - это знак победы, от слова *victory*).

Это вмешательство является лишь одной частью плана комплексного лечения, благодаря которому пациент значительно снизил свой вес. Здесь акцент делался на создании ЭЗО (SEE - Эмоционально Значимого Опыта) и на посеве идей для усиления драматического воздействия. По мере того как я посеял идеи, я стал продвигаться малыми шагами, пользуясь натуралистической формой постгипнотического внушения.

Заметьте, что главное вмешательство было не просто представлено. Сначала была подготовлена плодородная почва, и впоследствии в нее было «посажено» главное вмешательство. Это максимально увеличило возможности того, что посаженное пустит корни (то есть будут выбраны конструктивные действия). Кроме того, такой тип вмешательства не требует, чтобы пациент полностью отдавал себе сознательно отчет в происходящем. На практике, есть некая форма амнезии, которая часто возникает вокруг подобных внушений (дополнительную информацию о терапевтическом использовании амнезии см. Zeig, 1985b).

Часто можно сеять такие основные вмешательства, как то, что описано выше. Однако можно высевать и даже малейшие элементы терапии.

Посев идей в эриксоновском гипнозе

Не думаю, что будет преувеличением сказать, что Эриксон использовал посев идей почти каждый раз, когда задействовал формальный транс. Существует много способов сделать посев идей частью гипнотерапии. Можно сеять макродинамические элементы, такие как главное вмешательство, и можно сеять микродинамические элементы — небольшие цели, которые выстраиваются в направлении главного вмешательства. Давайте сначала рассмотрим посев микродинамических элементов.

Психотерапевт может решить, что хорошей микродинамической техникой «убеждения», ратифицирующей развитие состояния, послужит левитация руки. Перед внушением левитации психотерапевт может очень легко дотронуться до руки пациента, посеяв тем самым концепцию легкости, которая будет развиваться через последующие внушения (Zeig, 1988).

Это один из множества способов. Эриксон сеял макроскопические и микроскопические вмешательства во время гипноза, используя для этого невербальные и экстравербальные способы, символы, ключевые слова и так далее. Он сеял будущие идеи на самой первой фразе своего наведения. Для посева идей он использовал даже короткие истории. Рассмотрим идею левитации руки и дополнительные идеи для посева этого целевого поведения.

Можно рассказать ряд коротких историй, каждая из которых содержит в себе тему диссоциированного движения руки. Например, психотерапевт может рассказать историю про то, как поднимают руку в классе, как собирают плоды с деревьев, как чешут голову и так далее. Эти истории намекают на такое целевое поведение, как левитация руки, которое впоследствии может быть внушено прямо или косвенно.

Можно использовать трюизмы, скажем, подстраиваясь под существующее поведение (Erickson и др., 1976). Например, добиваясь левитации руки, психотерапевт может использовать ряд банальных утверждений, все из которых косвенно намекают на идею целевого поведения, касающегося движения руки.

«Сейчас твоя рука спокойно лежит на колене.

Ты все еще можешь ощущать фактуру ткани твоих брюк.

Ты можешь не замечать в своей руке никаких ощущений, связанных с движением».

По мере того как психотерапевт высевает будущие внушения, он малыми шагами продвигается к желаемой цели. Основная идея, стоящая за посевом идеи — это выстраивание терапевтических моментов: начинаем медленно, а затем, *номере движения* к цели, набираем обороты.

Психотерапевт может даже посеять идею переориентации из транса, пользуясь банальным утверждением. Опять-таки, он может сделать это из деликатности, а также для достижения эффективности. Например, прежде чем направлять пациента: «Сделай один, два

или три глубоких вдоха и выдоха, и полностью переориентируйся», я могу предложить ряд обычных утверждений:

«Ты можешь *приготовиться* к тому, что твое тело может направлять тебя.

Ты можешь *переориентировать* себя на то, что сильнее заинтересует твой сознательный разум и направит на происходящее.

Ты можешь *пробудить* внутри себя определенные ощущения - и в разуме, и в теле».

Впоследствии может быть дано прямое указание, например: «Сделай один, два или три глубоких вдоха и выдоха...»

Есть еще один дополнительный пункт, касающийся посева идей в неформальном гипнотическом наведении, — это макродинамический, а не только микродинамический прайминг будущих целей. В структурном отношении посев идей происходит как часть самого процесса наведения. Он может служить этому, вот почему наведение становится посевом для терапии. При наведении практик выстраивает восприимчивость пациента, особенно к косвенным внушениям (Zeig, 1988). В терапии эта восприимчивость, развивается при наведении. В этом смысле ответное поведение напрямую сеется в процессе наведения и выстраивается в процессе терапии, следующей сразу же за наведением.

Эриксон был гениален в своем посеве идей, а его техники часто были комплексными, как это можно наблюдать на следующих примерах.

Случай 1

Фонд Милтона Эриксона распространяет видеокассету под названием «*Символическая гипнотерапия*» — это видеозапись, на которой Эриксон проводит гипноз в течение двух последовательных сессий с женщиной по имени Ли. На самом деле две эти сессии были частью более комплексной работы, которая проводилась с Ли в течение двухнедельного периода, когда Эриксон работал с ней почти ежедневно. Видеозаписи этих сессий можно найти в архиве Фонда Милтона Эриксона.

Во время одной из сессий Эриксон неожиданно спросил Ли: «Если бы здесь была белокурая женщина, сидящая напротив вас, у

вас не было бы никаких причин для ревности, не так ли?» Ли, — замешательстве от такого *нелогичного* вопроса Эриксона, пожала плечами и ответила: «Нет». Тогда Эриксон продолжил работу с трансом.

Я просматривал запись, как Эриксон работает с Ли неделю спустя. Во время этих сессий Эриксон привел белокурую женщину и провел с ними совместный гипноз, чтобы продемонстрировать психические механизмы человека, находящегося в глубоком трансе (Zeig, 1988).

Такая предусмотрительность показывает, как сильно Эриксон верил в процесс засевания. Он хотел добиться примирительного настроения со стороны Ли и посеял его заблаговременно.

Случай 2

В «*Обучающем семинаре с Милтоном Эриксонном*» (Zeig, 1980, с. 84—96) описан случай, как Эриксон проводил гипноз со студенткой-психологом, которую я назвал Салли. Салли опоздала на сессию на 20 минут. Эриксон сразу же попросил ее сесть в кресло рядом с ним и сказал, что ей не нужно скрещивать ноги — это символическое вмешательство означало — принять на себя ответственность за взаимодействие и способствовать «открытости». Его следующим вмешательством было спросить ее, знает ли она такой детский стишок: «Диллар, доллар, в 10 часов школяр». Этот неожиданный вопрос был косвенным комментарием ее опоздания. (В следующих строчках рифмовалось: «Что заставило тебя придти так скоро? Обычно ты приходишь в 10, а сейчас ты пришла в полдень»)*.

Указание было не просто косвенной конфронтацией, оно было еще и посевом. После нескольких технических внушений, в том числе разумного использования замешательства, Эриксон начал наведение, в котором предпринял неудавшуюся попытку вызвать левитацию руки. Затем он воспользовался гипнотическим феноменом как средством фиксации. Каким гипнотическим феноменом он воспользовался? Регрессией возраста, конечно! Регресс был по-

В оригинале: A Dillar, a Dollar, a Ten O’Clock Scholar.

What makes you come so soon?

You used to come at 10 o’clock,

But now you come at noon. — Прим. ред. пер.

сеян в начале взаимодействия. Напомнив детский стишок в начале контакта с Салли, он направил ее восприимчивость в сторону цели.

Во время этого начального взаимодействия все выглядело так, как будто Эриксон хочет провести с Салли гипноз. Затем он решил, что воспользуется регрессией возраста. Если он собирался использовать регрессию, то заранее должен был ее посеять, связав с рифмой. Отметим, что это техника беспроегрывная. Здесь нечему сопротивляться и мало шансов на провал. Если субъект не реагирует на посеянную идею, она будет просто считаться бесполезной.

Случай 3

В последние годы жизни Эриксон наводил гипноз, вызывая поглощенность пациента воспоминаниями, как тот учился писать буквы алфавита. Этот прием был назван *наведением опыта раннего обучения* (Erickson & Rossi, 1979). Эриксон часто сеял гипнотические феномены во время наведения гипноза. В то время как он говорил об процессе научения письму и о связанных темах, он также упоминал диссоциацию, искажение времени, гипермнезию и амнезию. Впоследствии он выстраивал понятия, опираясь на эти оброненные реплики. (Гипнотические явления обычно используются в качестве ресурсов для решения проблем, например, искажение времени может быть инструментом для управления болью: чтобы уменьшить продолжительность дискомфорта и / или увеличить продолжительность комфорта. Амнезия тоже может быть ресурсом. Пациенты, искусные в амнезии, могут гипнотически забыть аспекты своей боли.)

Как часть паттернов при наведении *опыта раннего обучения* Эриксон мог сказать: «У вас был большой опыт по части забывания того, что обыденному мышлению кажется незабываемым. Например, вы познакомились с кем-то и говорите: «Я очень рад познакомиться с вами, мистер Джонс», а через две секунды думаете про себя: «Как же его зовут?» Вы забыли, как только услышали. Другими словами, вы можете делать все, что я вас попрошу» (Erickson, 1973, с. 68). Наивный пациент не понимает сознательно, что Эриксон посеял амнезию, и что позже в терапии он будет опираться на эту реплику.

Случай 4

Группа терапевтов пришла к Эриксону специально для терапии, а не просто присутствовать на обучающем семинаре. Каждый член груп-

пы принес Эриксону конкретную проблему, и Эриксон проводил с ними гипнотическую и стратегическую терапию. Первый час первого дня был отведен мужчине (Джиму) и его жене (Джейн). Джим просил у Эриксона помощи для решения проблемы чтения и письма. Он объяснил, что становится напряженным, когда читает и пишет. Эриксон спросил Джима, в какой степени он (Эриксон) работал с Джимом раньше. До этого Джим приходил к Эриксону дважды: один раз - за помощью в прекращении курения и еще раз — за консультированием для семейных пар накануне того, как он и Джейн поженились.

Эриксон быстро установил гипнотическое наведение с Джимом, который оказался весьма восприимчивым субъектом. Наведением служил вышеупомянутый опыт раннего обучения. При поверхностном анализе было странно, что Эриксон выбрал этот тип наведения. До этого Джим приезжал к Эриксону дважды и, конечно, он слышал об этом наведении раньше. Однако более глубокий анализ показывает, что у Эриксона был дополнительный план. Он не производил наведение своим обычным способом. Хотя он начал рассуждать о трудностях, возникающих у детей в процессе обучения письму, затем он отклонился от темы, говоря: «...то же самое с числами. Может 6 — это с ног на голову повернутая 9? А 9 — это с ног на голову 6? В какую сторону идут ноги цифры 3? Или может цифра 3 — это буква «М», стоящая на одном конце?»

Это упоминание имеет сильный сексуальный подтекст. В большинстве культур число 69 считается сексуально наводящим, а разговор о трех ногах может заставить человека задуматься о своей собственной сексуальности.

Поначалу не совсем ясно, почему Эриксон сделал этот сексуальный намек. Может он уловил сексуальную проблему или сама сексуальность была метафорой для потенции? Во всяком случае, Эриксон, видимо, предупредил Джима на скрытом уровне (надо помнить, что там присутствовали и другие люди, когда Эриксон проводил сессии), что Эриксон будет работать с интимными сторонами жизни Джима, в дополнение к помощи с представленной проблемой.

Идея, что Эриксон работал с пациентом на многих уровнях, была хорошо понятна. Часть негласного договора для нахождения рядом с Эриксонем состояла в том, что он будет тесно работать с учениками, помогая им выявить неразвитый физиологический и психологический потенциал.

В последующей гипнотической работе Эриксон помог Джиму прожить гипнотические явления диссоциации. Джим легко достиг состояния «бестелесного разума». Упоминание об этом опыте вызвало именно такое состояние у Джима, которое необходимо для решения проблемы с его перенапряжением при чтении и письме. Эриксон использовал косвенные методы, чтобы помочь Джиму развить ресурсное состояние диссоциации и использовать его как способ решения представленной проблемы. После работы с Джимом в течение около 30 минут Эриксон повернулся к Джейн и сказал: «А, Джейн, иди-ка в обратный путь, в путь, путь назад. Может быть, к тому времени, когда у тебя были косички и ты увидела что-то смешное. Медленно, постепенно, иди назад, затем ты откроешь глаза и скажешь мне, что смешного ты видишь... открывай их очень медленно».

Это было гипнотическое внушение возрастной регрессии, однако никакого наведения гипноза сначала предложено не было. Джейн уже закрыла глаза, когда Эриксон работал с ее мужем. Эриксон воспринял это как приглашение поработать с ней гипнотически. Однако было трудно себе представить, что Джейн будет реагировать на сложную инструкцию возрастной регрессии, когда никакого наведения или промежуточных шагов не было сделано.

Как выяснилось, Джейн не в полной мере ответила на внушение медленно открыть глаза и испытать возрастную регрессию. Она ссылаясь на достижение частичной гипермнезии, частичное оживление воспоминаний, но не то было оживлено. Она сказала, что увидела себя ребенком и заметила косички и заколку в волосах. Эриксон продолжал работать с Джейн. Он попросил ее оживить память о том, как она выглядела ребенком, чтобы это воспоминание поглотило ее и она заново пережила его вместе с Эриксоном. Она должна была закрыть глаза и войти в состояние регрессии. И снова он попросил ее медленно открыть глаза. И во второй раз Джейн не открыла глаза медленно и сообщила лишь о частичном оживлении воспоминания.

Эриксон попытался в третий раз. Он попросил Джейн вызвать возрастную регрессию и дополнительно феномен негативной галлюцинации. И опять, он предложил ей медленно открыть глаза. Джейн не открыла глаз медленно. И не достигла в полной мере эффектов, которые Эриксон пытался вызвать. Но Эриксону не может быть отказано: он попытался четвертый раз, используя в основном прямые внушения. Джейн не достигла внушенного состояния воз-

растной регрессии, но она действительно постепенно открыла глаза. В этот момент Эриксон остановил гипноз с Джейн. Он посмотрел вниз, на пол, и рассказал следующую историю:

В один ужасно холодный день в штате Висконсин, в субботу, я был в гимназии. Мой отец поехал по маршруту за молоком для молокоперерабатывающего комбината. Он собирал молоко с различных ферм и доставлял его на комбинат за девять (курсив мой) миль. На это он потратил все утро, чтобы забрать молоко и доставить его на комбинат.

У него была договоренность насчет конюшни для лошадей в Джуно, чтобы они могли поесть и отдохнуть, в то время как каждый его обед проходил на теплой кухне жителя Джуно.

В тот день погода была ноль градусов. Я поехал. Поставил лошадей в стойло, накормил их и напоил. Потом вошел в дом, постучал в дверь, назвал себя и пошел на кухню.

Пока я снимал пальто и калоши, вошла девочка лет **ШЕСТИ** (курсив мой), обошла вокруг меня, посмотрела на меня своими глазами внимательно с головы до ног - обошла вокруг меня **ТРИ** (курсив мой) раза. Затем повернулась к матери и сказала: «Кто этот странный мужчина?»

Ао того момента я знал, что я сельский парень, просто 16-летний мальчик с фермы. Когда эта девочка спросила у матери: «Кто этот странный мужчина?»,* я почувствовал, как мое детство соскользнуло с моих плеч, а славная тяжесть мужественности опустилась мне на плечи. Никогда больше я не был мальчиком. Я чувствовал себя как мужчина. Я думал как мужчина. Я вел себя как мужчина. Я **ЧУВСТВОВАЛ** (выделено Эриксоном) как мужчина.

Это маленькое заявление маленькой девочки: «Кто этот странный мужчина?» произвело длительный эффект. Потому что каждый маленький мальчик отчаянно хочет стать мужчиной. Каждый маленький мальчик хочет приятно чувствовать свою мужественность. Он хочет знать, что у него есть мужская сила, чтобы сделать то и чтобы сделать **ЭТО** (выделено Эриксоном), и чтобы чувствовать себя хорошо, в то время как делаешь это.

(Джиму.) Закрой глаза и хорошо пойми эту историю.

Обычно мы говорим: «Кто этот человек?» Но в англ. *man* — это и человек, и мужчина. — Прим. ред. пер.

(Джейн.) И каждой маленькой девочке хочется когда-нибудь быть женщиной, так что закрой глаза и вспомни живо все свои чувства, все свое окружение, когда ты убеждена, что ты женщина. По какой-то мелочи - не более важной, чем та маленькая девочка, которая что-то говорит мальчику и сразу же превращает его в мужчину.

Женщину звали Вирджиния, у нее была сестра по имени Делла.

Я никогда не знал имени левочки.

Я стоял на кухне липом на восток. Вирджиния, мать девочки, была в нескольких шагах справа от меня. Маленькая девочка находилась передо мной на расстоянии примерно трех футов, спрашивая у своей матери: «Кто этот странный мужчина?» У нее были светлые волосы. И *косички** (курсив мой).

Это было замечательное вмешательство. Это была деликатная история о девочке, которая дала мальчику права и возможности, и это был мост, чтобы создать хорошие чувства между Джимом и Джейн. Обратите внимание, что Эриксон не просто рассказал этой паре историю. Он тщательно подготовил эту историю. Он работал с Джимом, который довольно хорошо реагировал на гипноз, и помог ему еще больше усилить терапевтический отклик. Он посеял «3,6 и 9» и вернул их, когда рассказывал о мужчине — герое этой истории. Так и Джим мог использовать «свои» цифры, чтобы более полно идентифицироваться с главным героем.

Эриксон работал с Джейн, для нее было больше характерен внутренний локус-контроль, и она была менее восприимчива к гипнозу. Эриксон дал ей задание, а именно — регрессию возраста, от которой она отказалась. Он также просил ее медленно открыть глаза. На четвертой попытке, когда Джейн ответила на последнее внушение и медленно открыла глаза, выглядело так, будто Эриксон заранее предполагал, что какая-то часть ее «сопротивления» разрядится. Она сказала Эриксону «нет» достаточное количество раз, теперь она могла стать более открытой для его идей.

Эриксон во многих случаях использует слова с сексуальными намеками, устанавливая ассоциативный ряд по созвучию, что трудно для перевода. Так, в оригинале указано *pigtail* — косичка, в то время как *pigtail* — *поросичий хвостик*. Ранее: *three feet* — *три фута*, дословно: *три ноги*, поскольку *foot* — это фут, как мера длины, а еще и нога, ступня. Имена тоже очевидно взяты не случайно, *Virginia* от *virgin* — дева, девственница, *Della* от *dell* — лесистая долина, дощина, *Juno* — Юнона и т.д. — Прим. ред. пер.

Ранее Эриксон ненавязчиво посеял идею косичек, идею, к которой, мы знали, он вернется позже. Не было никаких причин упоминать о косичках, за исключением посева. Идея косичек вернется в истории и используется, чтобы помочь Джейн идентифицировать себя с героиней. Цифры были сигналами для Джима, косички — для Джейн.

Выглядело так, как будто, когда Эриксон начал наведение с Джимом, он уже решил, что расскажет историю про становление настоящим мужчиной. Затем он посеял понятия, выстроив восприимчивость и разрядив сопротивление. И только тогда, когда слой* стал плодородным, он «посадил» туда целевую историю.

Это поверхностный анализ довольно сложной терапии, у этой сессии есть много дополнительных аспектов. Более детальный анализ будет опубликован в следующей статье. Тем не менее, этот текст дает некоторое представление о том, насколько далеко заходит Эриксон в своем посеве идей.

Другие способы посева

Эриксон пользуется посевом идей еще и в своем преподавании, а не только в своей стратегической терапии и формальном гипнозе. Например, в «*Обучающем семинаре с Милтоном Эриксоном*» (Zeig, 1980) приведены его лекции студентам о сексуальном развитии человека. Он начинает дидактический материал с красивого рассказа, оформленного как виньетка, — о том, как его отец сажал овес. В этой виньетке он дает завуалированную ссылку на секс, указывая, что некоторые люди сажают «дикий овес»** раньше, чем другие. Только после посева этой предназначенной темы он читает студентам лекцию о сексуальности.

Не удивительно, что Эриксон пользовался посевом в своих лекциях. Существовало структурное сходство между его гипнозом, терапией и обучением, поскольку намерения Эриксона тоже были сходны, когда он наводил транс, вел терапию или читал лекции, а именно: его целью было вызвать яркое проявление присущих человеку сильных сторон (Zeig, 1985a).

В оригинале: *bed* — кровать, постель, ложе, слой, русло, дно и т.д. — *Прим. ред. пер.*
В оригинале: «*wild oats*» — это дикий, бурный, безумный, бешеный, буйный, неистовый, необузданный... «овес». — *Прим. ред. пер. Общая леке., грехи юности, ботан.* | овсюг. — *Прим. н. ред.*

Лично я тоже пользуюсь аналогами посева. Когда я пишу статьи, я сею в голове семена целевой концепции, которая является предполагаемой темой статьи. В результате такого посева я намного легче замечаю примеры, которые можно использовать, на эту тему в своей работе или в повседневной жизни. Кроме того, мне кажется, что посев является эффективным средством, помогающим мне генерировать творческие идеи на тему моей работы.

Оговорка

Посев предупреждает терапевтов о потенциальных последствиях косвенных намеков на построение пациентом своей реальности и на его последующее поведение. Поэтому терапевты должны быть осторожными в том, что они представляют клиентам, и как они это предлагают. Эриксон часто предостерегал своих учеников о том, что пациенты — особенно в гипнозе — восприимчивы к малейшим сигналам от своих терапевтов. Поэтому Эриксон очень обдуманно подбирал слова, выбирал действия и потенциальные последствия каждого из них. Дело в том, что посев может нести как позитивные, так и негативные эффекты. Например, после широкого освещения самоубийства в печати число аварий на коммерческих авиалиниях увеличилось на 1000%, смертность в результате автомобильных аварий и число самоубийств выросло в течение нескольких месяцев (см. Cialdini, 1985). Одним из объяснений этого эффекта является то, что через эффект прайминга сама идея самоубийства (будь оно преднамеренное, случайное и/или случайное по намерению) становится более доступной.

Выводы

Хотелось бы, чтобы терапевты любой терапевтической направленности обогатили свой подход за счет посева. Он подходит и для психоаналитических интерпретаций и для конфронтаций, и для использования психотропных лекарств. Любая цель последующего вмешательства может быть усилена за счет предшествующего посева.

Это требует от терапевта развития стратегического мышления. Терапевт должен думать: «Что я хочу выявить? Что я хочу передать?» Такая стратегическая ориентация, несомненно, сделает терапию более эффективной и более краткосрочной.

Постскрипtum

В «Волшебнике из страны Оз» Дороти было велено найти волшебника, следуя по дороге из желтого кирпича. Тогда она умоляюще смотрит на своего наставника и спрашивает: «Но с чего же мне начать?» На что быстро следует ожидаемый ответ: «Всегда лучше начинать с самого начала». Вспомните это в следующий раз, когда будете встречать входящего в дверь пациента.

Литература

- Cialdini, R.B. (1985). *Influence: Science and Practice*. Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Collins, A.M. & Loftus, E.F. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 83 (6), 407—428.
- Druckman, D., & Swets, J.A. (Eds.) (1988). *Enhancing Human Performance*. Washington, DC: National Academy Press.
- Eich, E. (1984). Memory for unattended events: Remembering with an without awareness. *Memory & Cognition*, 12(2), 105—111.
- Erickson, M. H. (1964). The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 183—207.
- Erickson, M.H. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198—209.
- Erickson, M.H. (1973). *An induction technique*. In *A Syllabus on Hypnosis and a Handbook of Therapeutic Suggestions (Special issue)* (pp. 68—69). Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy, Exploratory Casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981). *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic Realities*. New York: Irvington.
- Gresham, W.L. (1946). *Nightmare Alley*. New York: Rinehart.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, M.D. New York: Norton.
- Higgins, E.T., Rholes, W.S. & Jones, C.R. (1975). Category accessibility and impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology*. 13, 141—154.
- La Rue, A., & Olejnick, A.B. (1980). Cognitive “priming” of principled moral thought. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(3), 413—416.
- Massey, M. (1979). *The People Puzzle: Understanding Yourself and Others*. Reston, VA: Reston Publishing.
- Nisbett, R.E., & Wilson, timothy De Camp (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231—259.
- Ratcliff, R. & McKoon, G. (1978). Priming in item recognition: Evidence for the propositional structure of sentences. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 403—417.
- Ratcliff, R. & McKoon, G. (1981). Automatic and strategic priming in recognition. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 20, 204—215.

- Ratcliff, R. & McKoon, G. (1988). A retrieval theory of priming in memory. *Psychological Review*, 95(3), 385-408.
- Richardson-Klavehn, A. & Bjork, R.A. (1988). Measures of memory. *Annual Reviews of Psychology*, 39, 475—543.
- Rossi, E.L. (Ed.) (1980). *The Collected Papers of Milton H. Erickson, M.D., Vol. I—IV*, New York: Irvington.
- Schacter, D.L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13(3), 501—518.
- Sherman, S J. (1988). Ericksonian psychotherapy and social psychology. In Jeffrey K. Zeig & Stephen R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy: State of the Art* (pp. 59—90). New York: Brunner/Mazel.
- Wilson, T.D. & Capitman, J.A. (1982). Effects of script availability and social behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 11—20.
- Yapko, M.D. (1985). The Erickson hook: Values in Ericksonian approaches. In Jeffrey K. Zeig (Ed.) *Ericksonian Psychotherapy, Vol. I, Structures* (yp. 266—281). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1985a). *Experiencing Erickson. An Introduction to His Work*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1985b). The clinical use of amnesia: Ericksonian methods. In Jeffrey K. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy, Vol.I. Structures* (pp. 317—337). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1985c). Ethical issues in hypnosis: Informal consent and training standards. In Jeffrey K. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy, Vol.I, Structures* (pp. 459—473). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. (1987). Therapeutic patterns of Ericksonian influence communication. In Jeffrey K. Zeig (Ed.) *Evolution of Psychotherapy* (pp. 392—406). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In Jeffrey K. Zeig and Stephen R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy: State of the Art* (pp. 353—375). New York: Brunner/Mazel.

11

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АМНЕЗИИ

Пролог

Гипноз является определенным состоянием фокусированного осознания, в котором вы реагируете на то, что непосредственно относится к вам, а следовательно — используете выборочное осознание. Например, в то время как вы читаете это, часть вас может сопротивляться, замечая легкие изменения освещенности в комнате или как вы меняете точку зрения на то, как вы будете действовать в будущем, или процесс интеграции того, что вы знали раньше, с тем, что вы знаете теперь, и взгляды, которые вы будете принимать.

В гипнозе вы утилизируете ранее не распознанные физиологические и психологические ресурсы. Например, обратите внимание на то, что вы уже вызвали анестезию, потому что вы уже не помните об ощущении надетой на вас одежды или о давлении своего тела на стул, который его поддерживает, и о том, что вы доверяете и с готовностью принимаете это.

Гипноз является естественной реакцией, похожей на то, как вы потерялись, задумавшись. То, что вокруг вас, исчезает и уменьшается, когда на короткое время вы, например, замечались, и вам на ум пришла фраза из Алисы: «Ужас этого момента, — продолжал Король, — в том, что я никогда, *никогда* не забуду!» — «Забудете однако же, — сказала Королева, — если не заведете меморандум».

Что касается моих собственных реакций, для меня вовсе не было неестественно быть загипнотизированным Эриксоном и помнить после транса лишь несколько физических ощущений, и только позже вернуть фильтр своего сознания. Это было как пробуждение от

сна, когда помнишь некое ощущение, но не помнишь фактического содержания.

Таким образом, можно утверждать: чтобы соответствующим образом использовать гипноз, надо сразу выбрать что-то, на чем сосредоточить внимание, и определенным образом это рассматривать.

Введение

Шодем Эш (1939) утверждал: «Не способность к запоминанию, а ее противоположность — способность к забыванию является необходимым условием для существования». Завывание позволяет понять, какие процессы будут действовать на бессознательном (автоматическом) уровне, на людей может влиять не только то, что они помнят, но и то, что находится вне их сознательного понимания.

Милтон Эриксон, конечно, был не первым, кто признавал, что люди могут находиться под влиянием событий, о которых они забыли. Психоналитическая традиция уходит своими корнями в эту идею — именно подавление прошлых конфликтов приводит к психопатологии. В таком смысле *амнезия* является негативной.

В отличие от психоанализа эриксоновская традиция одна из тех, что ценит цветы, вместо того чтобы рассуждать о семенах. Влияние можно оказывать конструктивно, так же как и деструктивно. Любой способ, которым пользуется пациент, чтобы остаться в жизни неудачником, может быть использован терапевтом, чтобы способствовать эффективной жизни. Если амнезия может быть негативной, она может быть и позитивной.

Например, Эриксон любил рассказывать историю о том, как он лично использовал амнезию в конструктивном, позитивном ключе. Он бессознательно положил куда-то рукописи, которые собирался представить для публикации. Доверяя своему бессознательному, он не стал искать эту потерянную рукопись. Некоторое время спустя он перечитывал какую-то статью и понял, что некоторые факты, о которых он знал, должны были быть описаны им в «потерянной» рукописи. Тогда он сразу же нашел ее и передал для публикации.

Терапевтическая амнезия часто использовалась Эриксоном. В своем выступлении в 1980 году на Международном конгрессе по эриксоновскому подходу к гипнозу и психотерапии Джей Хейли (1982) отметил, что: «Эриксон был мастером в управлении амнезией и работал с ней в гипнозе, так же как и в обычных социальных

отношениях» (с. 14). В самом деле, приглашение испытать амнезию присутствовало почти во всех формальных наведениях, которые проводил Эриксон.

Тем не менее, амнезия была не просто техникой, которой Эриксон пользовался в гипнотерапии, она была краеугольным камнем его подхода и центральным компонентом его косвенного метода. Непрямые методы воздействия используются для создания ситуаций, в которых пациенты будут «спонтанно» использовать свои собственные силы к изменению. Амнезия часто сопутствует эффективному использованию косвенного метода.

Хейли (1963) указал, что замешательство является частью каждого гипнотического наведения, независимо оттого, знает ли об этом оператор или не знает. Точно так же амнезия является частью обоих — наведения и утилизации гипноза и эффективного использования косвенной многоуровневой коммуникации, независимо от того, знает ли об этом терапевт или не знает. Фактически можно определить косвенные техники (и гипноз) следующим образом: это методы, в которых отклики на коммуникацию происходят без полного осознания со стороны отвечающего. Амнезия — это суть гипноза!

Целью этой главы является объяснение важности амнезии в эриксоновской методологии и перечисление некоторых техник, которые Эриксон использовал для выполнения своих наведений.

Зачем использовать амнезию?

Эриксон и Росси (1974) показали, что амнезия и косвенное внушение используются так, чтобы внушения не распознавались сознанием и таким образом была возможность «войти в предсознание пациента или в его бессознательное и там утилизировать эти внушения оптимальным образом для общего развития пациента» (с. 239). Внушения оказываются запечатанными от потенциально негативного влияния сознательной установки пациента. Эриксон использовал амнезию, чтобы материал мог «осесть» в бессознательном без нарушения со стороны сознания.

Эриксон также использует амнезию как способ продемонстрировать субъекту, что на него можно повлиять гипнотически. Вообще-то мой первый опыт Эриксоном был отмечен амнезией (Zeig, 1980). В то время я сомневался в том, что был хорошим гипнотическим субъектом. Когда я вернулся домой и прослушал аудиозапись моего

разговора с Эриксоном, то понял, что он вызвал у меня амнезию, так я узнал, что могу испытывать транс и глубокие трансовые явления.

Амнезия имеет еще и диагностическую цель. Чтобы психотерапия была эффективной, вам следует понимать особенности памяти пациента. Каждый человек помнит и забывает что-то в свойственной ему манере. В традиционной психиатрии этот аспект диагноза часто упускается из виду. В эриксоновской методологии, когда определяется восприимчивость человека, можно диагностировать еще и характер запоминания, забывания и реагирования на внушение без полного осознания этого со стороны пациента. Знать эту информацию о пациенте важно для эффективной терапевтической коммуникации.

Амнезия позволяет пациенту получить опыт «Ага!», который эмоционально заряжен по сравнению с простым пониманием. Часть очарования косвенного метода заключается в том, что он заставляет оживать простые идеи (Zeig, 1980). Например, однажды я наблюдал, как Эриксон выстраивал занятие с группой вокруг понятия, как чувствовать себя комфортно, совершая ошибки. Эта сессия будет подробно описана позже. Было бы бесполезным для Эриксона директивно внушать участникам группы, чтобы они могут воспринимать свои ошибки с другим отношением. С помощью сложной техники амнезии Эриксон представил простую идею, так что в зависимости от их собственного вклада участники могли прийти к собственному пониманию и к «новым ассоциациям» по поводу ошибок. Из-за амнезии отклик может происходить без осознания источника внушения, тем самым заслуга приписывается самому пациенту.

Определение и переопределение амнезии

Выше был только назван ряд взаимосвязанных явлений — амнезия, забывание и реакции, которые могут происходить без их полного осознания. Но же что они собой представляют и чем отличаются друг от друга?

Исследователи определили гипнотическую амнезию как «забывание», связанное с гипнотическим опытом, которое может быть восстановлено таким же внушением (Соопер, 1979, с. 306). Обратимость в ответ на стимул является ключевым аспектом этого определения, поскольку экспериментальная работа пытается осветить природу амнезии как таковой. Только за счет включения обрати-

мости можно четко отличить амнезию от простого забывания. Хотя приведенное выше рабочее определение имеет значение в экспериментальной ситуации, в клинической ситуации, когда основной задачей является осуществление изменений, оно имеет ограниченное значение. Обратимость имеет значение только в некоторых клинических ситуациях — амнезия может быть использована для действия терапевтическим целям и без обратимости.

Клиническое определение должно фокусироваться на ответе пациента на терапевтическую коммуникацию, а не на том, насколько полное или частичное восстановление памяти может произойти позднее. Обратимость не является признаком первостепенной важности и не должна ограничивать клиническую концепцию амнезии.

В клинической амнезии субъект отвечает без полного осознания своей реакции или стимулов, которые ее вызывают. Эта техника используется коммуникаторами везде, в том числе в рекламной индустрии. Обратимость не важна и, возможно, вредна для реактивного поведения. Этой дефиницией трудно воспользоваться в лабораторных условиях, потому что ее нелегко операционализировать.

В клиническом смысле амнезия является частью каждого наведения. Когда Эриксон определил гипноз как сфокусированное осознание, из этого следовало, что амнезия является продуктом этого внимания (Haley, 1982, с. 23). Хотя внимание избирательно, то, что находится вне непосредственного внимания, тоже будет вызывать реакцию. Например, если человек кашляет в комнате — это автоматически будет настраивать других на кашель. Если один человек зевает, другие тоже начнут зевать. Это натуралистический ответ. Он «гипнотический» и использует амнезию, пусть никакого наведения и не внушалось.

Амнезия является частью каждого наведения, потому что через развитие гипнотической восприимчивости оператор стремится заставить субъекта реагировать на все более слабые сигналы. Оператор старается размыть и даже сделать неузнаваемыми стимулы, вызывающие реакцию субъекта. Например, если вы говорите человеку в гипнозе поднять руку и он делает это обычным способом, значит это не гипнотический ответ. Но если ему внушается: «Вы можете любым способом, который у вас *под рукой*, обнаружить, что

В оригинале: *handy* — удобный, находящийся под рукой. — Прим. ред. пер.

гипноз — это действительно *поднимающееся вверх* чувство, тем способом, который *правый* для вас», и правая рука субъекта поднимается, то ответ считается гипнотическим. Сущность гипноза (и хорошего терапевтического воздействия) заключается в том, что пациент реагирует автоматическим / диссоциативным образом без полного определения и осмысления стимулов, вызывающих его реакцию. В традиционном гипнозе за трансовой работой часто следует прямое внушение амнезии. Однако косвенные методы более желательны, поскольку они работают лучше.

В клинических условиях терапевты обычно не дают депрессивным пациентам прямых внушений стать более активными. Однако, если внушения для активации даются косвенно (за пределами осознания) и ассоциации с понятием активности достаточно хорошо установлены, то существует лучшая возможность для автономного изменения. Такое автономное изменение — это желаемая цель. Изменение должно произойти за счет собственных усилий пациента и в результате того, что он принимает на себя ответственность, — он должен поверить в свои силы.

Важно понимать, что психотерапия должна проводиться на том уровне опыта, который породил проблему. Поскольку большинство проблем создаются на уровне ассоциаций, то именно там они и должны меняться. Для того чтобы это произошло, ассоциации пациента терапевтически направляются на спонтанную рекомбинацию и происходит активация. Амнезия является неотъемлемой частью этого процесса.

Например, техника вкрапления (Erickson, 1966) может способствовать управлению болью путем выстраивания ассоциаций с понятием «комфорт» в какой-то степени вне сознания пациента. Аналогичная методика успешно применялась для лечения анорексии (Zeig, 1980). В этом понимании амнезия в некоторой степени является неотъемлемой частью косвенной техники.

Амнезия — это не только явление, которое можно вызвать с помощью гипноза, это факт жизни. Существует, например, «бессознательный плагиат», когда писатель приходит с «новой» идеей, не признавая ее как нечто такое, о чем он когда-то читал. В психотерапии у пациентов часто бывает «спонтанная» амнезия, которая на- *

* В оригинале: *right* — *правый, правильный, подходящий.* — *Прим. ред. пер.*

поминает натуралистически наведенную амнезию. Например, большинство клиницистов могут вспомнить ситуацию, когда пациент пришел на сессию и рассказывает о вновь открывшемся ему понимании, о котором на самом деле терапевт случайно упомянул в разговоре на предыдущей сессии.

Таким образом, не исключено, что существует два различных типа амнезии — *экспериментальная амнезия* (как она определяется и используется в лаборатории) и *клиническая амнезия* (как она используется терапевтами). Первая основана на способности временного забывания, а последняя — на интерактивной восприимчивости за пределами сознания, что влечет за собой ответ без полного осознания реактивного поведения или стимулов, которые его вызвали. Более того, экспериментальная амнезия неизменно связана с формальным гипнозом, в то время как клиническая амнезия может использовать формальный гипноз или нет.

Чтобы проиллюстрировать конструктивное использование натуралистической амнезии (то есть амнезии, которая возникает без формального наведения транса) в психотерапии, я приведу два ранее не опубликованных случая из практики Милтона Эриксона, в одном из которых я непосредственно участвовал. Я также приведу случай, в котором я успешно использовал эриксоновскую технику натуралистической амнезии.

Использование натуралистической амнезии

Случай 1

На одном из моих первых обучающих занятий я спросил Эриксона, могу ли я поприсутствовать во время одной из его сессий, в то время как он проводит психотерапию.

Я задал свой вопрос утром, и Эриксон ответил отрицательно, объяснив, что, вероятно, это мне не подойдет — сидеть вместе с пациентами его частной практики. Днем же, в то время как он принимал пациентов, я отдыхал в спальне, рядом с кабинетом Эриксона. Стук пробудил меня от дремоты. Когда я открыл дверь, очень привлекательная женщина объяснила мне, что Эриксон хочет меня видеть.

Я настроился и пошел к Эриксону в кабинет. Женщина сидела на стуле пациента. Эриксон показал мне, что я должен стоять в дверях. Он представил меня: «Кэти, это Джефф Зейг, терапевт из Ка-

лифорнии». Затем он посмотрел на меня и сказал: «Кэти сказала мне, что она носит темные очки, чтобы защитить себя от враждебного мира, но я сказал ей, что эти очки не нужны ей *здесь* со мной». На самом деле в тот момент Кэти была без темных очков, они лежали на столике рядом с ее стулом.

Внезапно Эриксон сменил тему и спросил меня: «Ну разве она не хорошенькая?» Я посмотрел на Кэти и сказал: «Да». Эриксон продолжал: «Разве у нее не красивые черты?» Я посмотрел на Кэти и сказал: «Да». - «Разве у нее не прекрасные глаза?» Я посмотрел на Кэти и сказал: «Да», — хотя помню, что немного колебался в своем ответе. Эриксон продолжал расспрашивать меня: «Разве у нее не красивые губы?» Я посмотрел на Кэти, сглотнул и сказал: «Да». Следующий вопрос Эриксона был: «Разве не приятно поцеловать такие губы?» Я начал потеть. А Эриксон еще более оживился. Он двигался из стороны в сторону в своем кресле, говорил быстро, вопросы следовали сразу же один за другим: «Разве у нее не прекрасные ноги? Разве она не хорошо одета? Разве она не будет хорошей женой? Разве ты не считаешь, что она в брачном возрасте?»

Я был сбит с толку. Помню, я подумал: «Может, она в трансе? Или я в трансе? Она пациентка? Или я пациент? Какова цель всего этого? Он что, пытается меня женить... опять?» (Эриксон раньше пытался заинтересовать меня знакомством с одной из своих других пациенток.)

После того, что казалось бесконечным рядом вопросов, внезапно появилась миссис Эриксон и выкатила Эриксона из кабинета. Я остался с Кэти.

Я попрощался с Кэти и запер кабинет. Через пятнадцать минут раздался стук в дверь. Это была Кэти. В смущении она выпалила: «Я забыла очки». Конечно же, солнцезащитные очки все еще лежали на краю стола, где она их оставила.

После того как Кэти уехала со своими солнцезащитными очками, я отправился в главный дом, чтобы рассказать Эриксону об этом «счастливом» происшествии, размышляя, насколько это его позабавит. Но он отметил, что он ожидал ее ответа и фактически вызвал его. Кэти пришла к нему в кабинет в темных очках, и когда он внушил ей, что ей не нужны солнцезащитные очки в комнате с ним, она положила их на стол. Затем он говорил с ней о других вопросах. В ходе этого обсуждения он вкраплял это внушение, небреж-

но глядя на солнцезащитные очки и объясняя Кэти: «Вы знаете, как легко можно что-то оставить позади. Например, у вас было время, когда вы забыли свой кошелек». Затем он возвращался к предыдущей теме разговора. Результатом этой натуралистической техники Эриксона стало то, что Кэти забыли свои солнцезащитные очки. Эриксон был явно доволен ответом Кэти. Он пояснил: «Ее подсознание начинает верить в меня».

Эриксон заявил, что использовал меня на сессии, чтобы «добраться» до Кэти, - у нее всегда было почти бредовое убеждение, что что-то с ней не так, поскольку она выросла в семье, где подвергалась жесткой критике. С помощью своей работы Эриксон надеялся, что Кэти сможет научиться принимать комплименты. А я узнал кое-что о своей способности выдерживать давление.

Насколько я знаю, Кэти не рассказали, что, забыв очки, она ответила натуралистической амнезией на внушение Эриксона, косвенным образом представленное. И я также уверен, что Эриксон не интерпретировал ей ее ответную поведенческую реакцию.

Случай 2

Заинтригованный техникой Эриксона по отношению к Кэти, я искал возможность применить ее в своей практике. Как объяснил Джей Хейли на конгрессе в 1980 году, чтобы придумать технику - требуется один вид творчества, и совсем другой — чтобы знать, когда эффективно ее применять.

Ко мне обратился один специалист по поводу контроля веса. На самом деле его знание о диетах и способах контроля веса было более обширным, чем у меня. Он обошел всех местных врачей по лечению ожирения. Это был весьма успешный бизнесмен, проницательный и уверенный в себе, превосходно управлявший своим поведением во всех сферах жизни, за исключением веса, который дико колебался.

На первой сессии я был озабочен выстраиванием набора ответов. В середине интервью я увлек Джона обсуждением мужского портмоне, потому что это было для нас нечто общее. Мы оба часто носили их, и он действительно пришел с одним из них в мой кабинет. Мы говорили о том, что среди мужчин в других странах популярно носить портмоне, но не очень популярно в Соединенных Штатах.

Затем я взглянул на трубку Джона, которую он положил на стол. Я рассказал, что во время недавнего семинара я оставил свое порт-

моне в ресторане, и мне пришлось 20 минут ехать обратно, чтобы вернуть его. Затем я продолжил первоначальную беседу. v;

В конце сессии я подвел Джона к двери и сказал ему: «Я собираюсь спасти вас от 20-ти минут езды». (Дом пациента был расположен в 20 минутах от моего офиса.) Он быстро ответил: «Я забыл трубку!» Он покраснел и сказал: «Вот почему вы рассказали мне ту историю», и быстро добавил: «Это ничего не значит. Я часто забываю свою трубку». Я ответил: «У вашего подсознания свой собственный способ реагирования».

На второй сессии пациент сообщил, что к своему великому удивлению, он довольно легко в это раз избегал запретных продуктов. Эффект от моего вмешательства послужил подтверждением того факта, что Джон отвечает на мои косвенные внушения. В ходе сессии Джон осознал, что я предъявлял косвенные внушения, чтобы помочь ему с проблемой веса. Моя демонстрация с трубкой подтвердила, что он может реагировать на внушения, которые я представил. Даже хотя поначалу он отрицал, что его поведение было ответом на мои внушения, у него все же были некоторые сомнения. Кроме того, открытый ответ Джона типичен, он показывает, как некоторые пациенты реагируют на постгипнотическое внушение, часто бывает, что пациент будет сохранять рационализацию для того, чтобы выполнить постгипнотическое внушение.

Случай 3

В другой раз я наблюдал, как Эриксон проводил семейную терапию с матерью и дочерью-подростком. После сеанса Эриксон описал мне вмешательство, которое он провел во время предыдущей сессии. Он сказал, что в то время как он вел вступительную беседу с матерью и дочерью, он внезапно посмотрел на дочь и заметил: «Твоя мать тоже была немой кроликом», имея в виду плакат, висящий на его картотеке рядом со столом, и показывая тем самым, что знает, что ее мать была курильщицей. Затем он продолжил беседу.

Плакат, который упомянул Эриксон, был выпущен Американским онкологическим обществом. Это было изображение (на фиолетовом фоне, конечно) кролика, одновременно курящего несколько сигарет. Надпись внизу гласила: «ЭТО НЕМОЙ КРОЛИК*».

В оригинале: *dumb* — немой, тупой, глупый, молчаливый. — Прим.ред. пер.

На следующей сессии дочь-подросток торжественно сообщила, что она бросила курить накануне вечером. Она считает, что это решение только ее, а не поведение, predetermined более ранним указанием Эриксона. Эриксон отпустил мать с сеанса и стал поддразнивать девушку, уж не обманывает ли она. Девушка призналась, что на самом деле выкурила часть сигареты уже после того, как «прекратила курить». Тем не менее, когда Эриксон дразнил ее, она определенно заявила: «Теперь я решила остановиться».

Натуралистическая амнезия - только одна часть восприимчивости к косвенной коммуникации. Установленный раппорт, создание ситуации и последующая работа определяют эффективность любого вмешательства. Чувствительность Эриксона к этому вопросу и его стиль создания ситуации, так чтобы подросток считал свое решение независимым, показали его чувствительность к отклику на динамику ситуации.

Техника наведения амнезии в вышеприведенных случаях подобна и основана на вкраплении косвенных внушений и реакции на многоуровневую коммуникацию без ее полного осознания. На самом деле существует ряд других методов, которые можно использовать для наведения амнезии. Прежде чем обсуждать методы наведения амнезии представим более общий взгляд на гипнотические феномены, который будет способствовать дальнейшему различению обратимой амнезии и натуралистической клинической амнезии.

Амнезия как гипнотический феномен

Гипнотические феномены встречаются в повседневной жизни. Когда вы просите пациента испытать гипнотические феномены, вы не просите ничего нового. В гипнозе эти феномены объединяются и организуются, чтобы служить определенной цели.

Гипнотические явления основаны на способности человеческого организма быть пластичным в поведении и восприятии. Наши способности создавать, искажать и удалять чувственное восприятие, эмоции, действия, переживание времени, память и т.д. являются строительными блоками гипнотических феноменов. Таким образом, гипнотические феномены можно разделить на три группы:

I. Первая группа

- (а) позитивные галлюцинации (зрительные, слуховые, вкусовые и обонятельные)
- (в) возрастная регрессия
- (с) постгипнотическое внушение
- (d) автоматическое письмо и рисование

II. Вторая группа

- (а) негативные галлюцинации (зрительные, слуховые, вкусовые и обонятельные)
- (в) амнезия
- (с) анестезия

III. Третья группа

- (а) искажение времени
- (в) обезболивание
- (с) гипермнезия

В основном, феномены 1-й группы касаются проблем создания человеческого опыта, феномены 2-й группы связаны с удалением опыта,* и феномены 3-й группы больше всего имеют дело с искажением опыта. Гипнотически созданные переживания, такие как позитивные галлюцинации, возрастная регрессия и постгипнотическое внушение, существенно отличаются от опыта, который гипнотически удаляется, как, например, амнезия, негативные галлюцинации и анестезия. Эта группа приносит возможность стать «не понимающим» и относится к области избирательного восприятия. Амнезия — это избирательное восприятие по отношению к воспоминаниям, негативные галлюцинации — это избирательное восприятие чувственного опыта — зрительного, слухового, вкусового и обонятельного каналов, и анестезия — это избирательное восприятие тактильных и сенсорных внутренних аспектов кинестетического канала. Скорее всего три феномена 2-й группы с участием избирательного восприятия имеют схожие неврологические основы, и тот, кто умело работает с одним, будет одинаково хорошо работать с двумя другими.

* Вполне возможно исказить опыт в группе 1 или 2. Например, один может исказить воспоминание, а не просто создать «все или ничего» амнезию, другой может исказить видение, а не просто создать «все или ничего» позитивную галлюцинацию.

Техника и механизмы для гипнотического создания или искажения опыта существенно отличаются от техники и механизмов удаления аспектов опыта. К сожалению, и в лабораторном, и в традиционном гипнозе методология создания опыта применялась для удаления опыта, независимо оттого, подходило это или нет.

Например, для создания позитивного опыта галлюцинации терапевт может использовать более прямые формы коммуникации и предложить: «Когда ваши глаза расфокусируются, вы можете обнаружить, что образы перед глазами двигаются и меняют свою форму».

Однако прямое внушение не столь эффективно в удалении опыта. Например, если терапевт внушает, что: «Вы замечаете, что стул перед вами исчез», пациент должен опознать находящийся перед собой объект, а затем постараться о нем забыть, — этот опыт равносильно забыванию фиолетового слона.

Существует проблема с прямым внушением исключения опыта (например, с амнезией, негативными галлюцинациями или анестезией), потому что субъект должен переработать внушение, осознать его реальность и тут же забыть то, что осознал. Немногие люди обладают таким талантом, и, наверное, поэтому низкий процент населения испытывает эти явления, если судить по стандартизированным шкалам гипнабельности.

В экспериментальной ситуации прямое внушение используется для стимулирования амнезии. При работе с Гарвардской групповой шкалой субъектам говорят: «У вас не будет никакого желания стараться вспомнить. Гораздо легче будет просто забыть. Вам будет трудно запомнить все, что я сказал вам, и все, что вы делали или чувствовали. И вы не вспомните ничего из того, что произошло, пока я не скажу вам: «Теперь вспомните все» (Shor & Огле, 1962, с. 11). Традиционные гипнотизеры иногда используют еще более прямые задания, внушая субъектам, что те больше не в состоянии вспомнить свое имя, возраст, номер телефона и т.д.

Если судить по шкалам гипнабельности, амнезия считалась характеристикой глубокого транса, трудной для наведения (Kilstrom & Evans, 1979, с.185). Исследователи амнезии пытались отделить природу амнезии как таковой от других фактов — таких, как запрос, характерные черты, субъективные ожидания, согласие и ролевые игры (Cooper, 1979, с. 349).

Однако может оказаться, что амнезию трудно было вызвать из-за ограничений в распознавании и из-за сложностей, возникающих при попытке вызвать амнезию путем прямого внушения.

При ближайшем рассмотрении амнезию вызвать нетрудно, особенно когда амнезия устанавливается натуралистическим образом. Вообще-то, чем более терапия (или жизнь) беспокойна, тем труднее сделать событие запоминающимся и легче сделать так, чтобы событие забылось. В амнезии нет ничего необычного. Люди забывают и находятся под влиянием того, что они забыли, каждый день. Часть трудностей в наведении обратимой амнезии состоит в том, что трудно (и редко удается) иметь такую способность, чтобы временно забыть, а затем по просьбе вспомнить.*

Предпочтительно для удаления опыта использовать косвенность. Стереть опыт нетрудно. Это трудно — только если пытаться сделать это напрямую. Для содействия в удалении опыта Эриксон работал на едва различимых уровнях. Он любил подчеркивать, что люди, слыша шум уличного движения за стенами своего кабинета, не замечают его. На практике он вызывал подобный эффект, понижая частоту своего голоса чуть ниже тональности происходящего движения. Большинство выступающих повышают свой голос, чтобы компенсировать дополнительный шум, но тем самым только привлекают внимание своих слушателей к звукам уличного движения.

На самом деле есть некоторые указания на то, что использование различных методов для вызывания амнезии может приводить к различным результатам. Авторитарные внушения могут вызывать эффекты, отличающиеся от разрешающих внушений (Barber & Calverley, 1966). Однако это явление исследовано не полностью.

Косвенные методы создания амнезии

Семь техник широко использовались Эриксоном для создания амнезии. Эти техники можно использовать отдельно или вместе, натуралистически или в сочетании с формальным наведением гипноза — и чтобы вызвать амнезию с эффектом обратимости или без

В этой концепции лабораторная амнезия влечет за собой селективное восприятие, последующую реакцию и свою обратимость, в то время как клиническая амнезия использует селективное внимание и натуралистическую восприимчивость.

него. Конечно, чтобы быть эффективной, любую технику нужно адаптировать к уникальным качествам человека.

1. Косвенные внушения

Косвенные внушения — это относительно простые формы многоуровневой воздействующей коммуникации. Одно послание передается на социальном уровне, в то время как подразумевается, что реакция будет на второе сообщение, тонким образом представленное на психологическом уровне.

Одна из распространенных форм косвенного внушения используется для того, чтобы побуждать стирание опыта, заставляя пациента сосредоточиться на определенной теме, в то время как все, направляемое в фоновый режим, может быть проигнорировано. Например: «Вы можете обратить на меня внимание, разве нет? На самом деле вы просто можете следить за мной». С другой стороны, оператор может внушить избирательное внимание к какой-либо конкретной категории опыта, такой, например, как зрение или слух. «Когда вы выйдете из транса, вы можете хорошо помнить ощущение давления вашего тела на стул, который вас поддерживает. Вы можете просто вспомнить это». За счет этого пациент может забыть материал транса, не фокусируясь на забывании. Вот другие примеры таких косвенных внушений: «Вероятно, вы не можете помнить всего, что в вашем сознании» и «Вы не знаете точно, каким образом ваше сознание помнит одну конкретную деталь вашего опыта».

Многоуровневые коммуникативные техники, такие как техника, приведенная в «Случае 3», — являются более тонкими вариациями этого метода. И опять же, при такой форме внушения идея состоит в том, чтобы выставить нечто на первый план, при этом имея в виду, что все происходящее на заднем плане теперь будет забыто.

2. Отвлечение и быстрая смена контекста

После гипнотического наведения Эриксон часто использовал отвлечение, обсуждая не связанные с происходящим темы, когда пациент выходит из транса. Например, он спросил одного человека сразу же после выведения его из гипноза: «Что вы делали прошлой ночью?» В соответствии со стилем Эриксона отвлечение часто но-

сит символическое и/или психодинамическое значение, а не просто несвязности*. Вариации этой техники Эриксон использовал, когда работал с субъектами на своих демонстрациях. К концу транса он мог спросить субъекта, как того зовут, — вопрос, который отвлекает и тонко перенаправляет к началу отношений, обычно начинающихся с этого вопроса (техника «как если бы», см. ниже).

Эриксон также пользовался техникой отвлечения во время формальной и натуралистической гипнотерапии. Например, Эриксон мог рассказывать историю на одну тему, а затем переключиться на историю на не связанную с ней тему. Таким образом на одну из историй могла возникнуть амнезия.

Изменение темы отвлечения предполагает вызывание шока — за счет стимула, вызывающего эмоциональную реакцию. Если все сделано правильно, посторонние стимулы будут помниться, потому что эмоции «фиксируют» память. Поэтому стимулы, предшествующие отвлечению, и, возможно, стимулы, следующие за отвлечением, будут забыты.

Например, в начале своего обучения у Эриксона у меня были сомнения относительно своей способности входить в гипноз. Эриксон провел со мной наведение, заставил открыть глаза и в это время хлопнул меня по руке мухобойкой. Я не двинулся. Кроме подтверждения транса возникла еще и некоторая амнезия. Я не помнил, что происходило до или после того, как он меня шлепнул. Однако я не могу забыть мухобойки.

3. Техника «Как будто»

Делая внушения на создание, искажение или стирание опыта, Эриксон часто делал вид и действовал, *как будто* внушенные феномены уже были в силе. Например, проводя регрессию возраста, Эриксон мог говорить отцовским голосом, как будто разговаривал с ребенком. Используя негативные галлюцинации, Эриксон мог действовать так, *как будто* никого другого, кроме него, в комнате не было.

Техника «*как будто*» усиливает желаемые качества отношений и играет на них. Желаемые качества — это не просто артефакты, это мощные социальные сигналы податливости, которая ведет к тому,

В оригинале: *non sequitur*, от лат. *non sequitur* — (буквально) то, что «не вяжется», не следует за. — Прим. ред. пер.

что у субъекта действительно возникают ощущения, которые ему внушаются.

Применяя технику «*как будто*» к амнезии, терапевт может действовать, *как будто* предыдущего сегмента транса никогда не происходило. Например, после завершения транса терапевт может сказать: «Когда ты хочешь, чтобы я начал гипноз?» Или: «Как вы думаете, вас можно загипнотизировать?» Или: «Как вы считаете, вы можете войти в транс?» С другой стороны, оператор может действовать так, *как будто* события, относительно которого внушается амнезия, никогда и не было.

4. Структурированная амнезия

Одна из самых оригинальных техник, которые Эриксон разработал для вызывания амнезии, -- техника структурированной амнезии (Erickson, Haley, & Weakland, 1959; Erickson & Rossi, 1974). «Структурированная амнезия вызывается за счет пробуждения субъекта таким способом, который перенаправляет его внимание точно на то место, в то время и на то ассоциативное содержание сознания, которое у него было, когда он входил в транс. Общая ситуация оказывается настолько структурированной, что период транса попадает в лауну между двумя событиями, выстроенными настолько идентично, что сознание не воспринимает их как два, и за счет этого возникает амнезия периода, произошедшего между ними» (Erickson & Rossi, 1974, с. 235). Эриксон (1964) считал эту технику более эффективной для развития постгипнотической амнезии, чем прямое внушение.

Стивен и Кэрол Лэнктон (1983) продвинули структурированную амнезию своей работой с множественными встроенными метафорами. В своей простейшей форме — история начиналась, а затем резко обрывалась до наступления финала. Рассказывалась другая история, затем оператор возвращался к первому рассказу, туда, где он остановился, и завершал его. Здесь есть частичное совпадение с техникой «*как будто*» — так первый рассказ завершается, *как будто* вторая история никогда и не рассказывалась.

Эриксон пользовался техникой структурированной амнезии, отвечая на телефонные звонки. В мои ранние годы обучения у Эриксона, я часто был с ним наедине в его кабинете. Для него было обычным делом ответить на телефонный звонок во время наших сессий. Когда он это делал, то часто внезапно останавливал свою комму-

никацию со мной, иногда даже на полуслове, чтобы ответить на телефонный звонок. Впоследствии он продолжал именно оттуда, где остановился, как будто телефон никогда и не звонил. Само собой разумеется, я не помню ни одного из телефонных звонков.

Эриксоновские вариации техники структурированной амнезии были бесконечны. Иногда он мог рассказывать историю, продолжить ее рядом других историй, а затем вернуться к первой истории, которую он рассказывал и добавить завершающую мысль. Иногда Эриксон мог воспользоваться определенной фразой для инициации наведения, а затем вернуться к фразе, которой он завершал транс. Эриксон также использовал эту технику невербально, как, например, с его знаменитым наведением рукопожатием.

В наведении рукопожатием Эриксон мог начать трясти руку человека, а затем использовать вербальное и/или невербальное замешательство, чтобы вызвать катаlepsию. После выполнения дополнительных трансовых работ он мог взять оцепеневшую руку, еще раз потрясти ее и продолжить с того места, на котором он прервался. Однажды он признался мне, что некоторые из его коллег отказываются пожимать ему руку.

5. Замешательство

Техника замешательства (Erickson, 1964) - один из самых важных вкладов, которые Эриксон сделал в гипноз. Замешательство можно использовать для развития амнезии. Вот три гипотетических примера:

(А) Это просто также легко запомнить, как это забыть. Вы можете делать и то, и другое сознательно, и вы можете делать и то, и другое бессознательно. Вы можете помнить, чтобы забыть бессознательно, или вы можете забыть, чтобы помнить бессознательно, или вы можете бессознательно забыть сознательно помнить. Или вы можете сознательно помнить, что вы забыли, или вы можете бессознательно помнить, что вы забыли. И то, что вы забыли, чтобы забыть бессознательно, отличается от того, что вы будете помнить, чтобы помнить сознательно.

(В) В транс важно то, что вы можете войти и вы можете выйти. Разум, который входит, сознательный, но когда он выходит, он бессознательный. Но когда бессознательное внутри, оно старается удерживать сознательный разум, входящий внутрь, снаружи. То, что вне разума, находится внутри, насколько это касается бессознатель-

ного, и то, что находится вне сознания, на самом деле не то, что важно сейчас.

(С) Диссоциативные заявления (см. Lankton & Lankton, 1983) вызывают замешательство и могут использоваться для внушения амнезии: «Ваш сознательный разум может помнить, что стул поддерживает ваше тело, в то время как ваш бессознательный разум может распознавать изменения в тоне, или ваш сознательный разум может распознавать изменения в тоне, в то время как ваш бессознательный разум распознает поддержку со стороны стула. Вы можете или сознательно это распознавать, или бессознательно понимать».

В одном из методов использования замешательства терапевт делает конкретные внушения после вызывания замешательства, когда субъект становится наиболее восприимчивым и (не любя неопределенности) ищет, что можно сделать, чтобы это «имело смысл». Таким образом, косвенные заявления могут быть использованы после наведения замешательства для продвижения амнезии. Однако прерывания и перегрузки, вызываемых самой техникой замешательства, часто бывает достаточно, чтобы разрушить воспоминание о предшествующем внушении.

Есть множество способов применения техники замешательства. Например, отвлечение внимания само по себе вызывает замешательство. Тем не менее, чтобы разобраться в этой области, лучше всего было бы обсудить характер техники замешательства, что выходит за рамки настоящей главы.

6. Ключевые слова

Эриксон хорошо осознавал многозначность слов и то, что словами можно направлять ассоциации. Например, для создания амнезии Эриксон мог использовать слово «забыть» в контексте, не связанном с идеей амнезии конкретного периода транса или трансового события, как он это проделал в «Случае 1». Или, например, после выведения пациента из транса Эриксон мог упомянуть, что тот «забыл», что Эриксон сидит в инвалидной коляске. Или можно по очереди говорить о цветах и о красоте не-забуд-ок*.

Как только пациент ассоциирует идею забывания, этот импульс может быть присоединен к одному из аспектов предыдущего опыта

В оригинале: *forget-me-not* — незабудка, дословно: *забуди-меня-не*. — Прим. ред. пер.

транса. Любой из синонимов слова «забыть» может использоваться, чтобы направить его ассоциации, например, «упустить; потерять из виду; больше не думать о; выбросить из головы» и т. д.

Кроме того, могут быть использованы слова, которые внушают процесс амнезии. Например, во время моего первого взаимодействия с Эриксоном он вызвал у меня амнезию, создав ассоциацию со словом «избрать» (Zeig, 1980). Синонимы слова «избрать», которыми можно воспользоваться, включают «выбрать, выбирать, отобрать, отделять, выделять» и т.д. Этот процесс использует понятие «фигура/фон», когда человек выдвигает один элемент на передний план, это позволяет дру гие элементы, которые теперь стали фоном, упустить из виду.

Как правило, ключевые слова используется не только для того, чтобы вызвать амнезию. Они могут использоваться и для того, чтобы *посеять* амнезический ответ.

7. Посев идей

Посев идей был одной из наиболее важных и наименее понятных техник, которыми пользовался Эриксон. Он был чутко настроен по отношению к процессу коммуникации. Он не просто осуществлял вмешательство, а заранее высевал семена идей. Таким образом, он выстраивал набор ответных реакций, а следовательно создавал потенциал ответа путем вызывания достаточного числа ассоциаций для подразумеваемого внушения или поведения, так чтобы оно выполнялось именно так, как было предложено. Важность такого типа «подготовки почвы» нельзя недооценивать. Эриксон не только заранее сеял конкретные вмешательства, он также сеял свои истории, прежде чем рассказать их. Следует отметить, что одна из причин ограниченной эффективности прямого метода состоит в том, что в нем не используется посев / «подготовка почвы».

«Общие повседневные примеры» — еще один из способов посева или выстраивания ассоциаций на тему амнезии. После того как построено достаточное число ассоциаций, амнезия может возникнуть без необходимости дальнейших внушений. Например, во время наведения Эриксон мог рассказывать о том, что человека можно с кем-то познакомиться, а через несколько секунд сказать самому себе: «Теперь, как же звали этого человека?» С другой стороны, он мог рассказывать о том, как он давал своим студентам информа-

цию о дате и месте предстоящего экзамена только затем, чтобы обнаружить, как после занятий студенты спрашивают друг друга: «В какой аудитории будет? Когда это будет?» Другие примеры включали рассказ о том, как ключи от машины положили не на место или как напеваешь песню, не понимая, что только что слышал ее по радио. Короткие истории можно рассказывать последовательно друг за другом или вкраплять в другие коммуникации.

Существует множество целей использования амнезии, и выбор методики будет зависеть от желаемого эффекта. Для иллюстрации сложного построения эриксоновской терапии далее приводится и обсуждается стенограмма комплексного использования методов амнезии.

Использование техник в унисон

Ниже приводится стенограмма комплексного использования ряда техник амнезии. Взаимодействие состоялось на одном из обучающих семинаров Эриксона в 1979 году. К этому моменту Эриксон находился на полпути к наведению с женщиной-субъектом. Он уже выстроил набор ответов у основного пациента и других участников семинара. Затем он работал с двумя мужчинами, демонстрируя восприимчивость к тону голоса. Он индуцировал каталепсию руки у каждого из мужчин, в то время как они сидели с закрытыми глазами, и демонстрировал, что каталепсия исчезала только тогда, когда он направлял свой голос на каждого человека по отдельности и внушал устранение каталепсии. Стенограмма продолжается с этой точки.

Э: Затем я указал ему своим голосом и намеренно направил к нему свой голос (*Эриксон указывает, что он говорит о мужчине номер один*), затем вы увидите, что я должен был направить голос к нему (*указывая на мужчину номер два*), потому что бессознательно (*Эриксон направляет свой голос в пол*) вы знаете гораздо больше, чем вы знаете сознательно. (*Эриксон откидывается назад в кресле.*) Вы распознаете интонации, модуляции, ударения, изменения напряжения, повторы, колебания, прекращение мышления. И обычно вы сознательно следуете дальше.* (*Эриксон смотрит вверх*). Теперь моя жена приобрела большой опыт в корректуре.

У нее есть весь этот опыт корректуры. Она находит, к свое-

13 ориг.: *follow along* — следовать вдоль, вместе, вперед, дальше. — Прим. ред. пер.

му удовольствию, что находит все ошибки в телевизионной программе, в каждой книге, которую читает, в каждой рекламе. *(Эриксон сдвигается в своем кресле.)* Но весь вопрос гипноза в том, чтобы действительно привлечь внимание пациента и удерживать его. Сейчас я могу разговаривать с вами, а она делает две вещи... *(Эриксон указывает на то, что разговаривает с группой о женщине-субъекте).*

Это весьма примечательная последовательность коммуникации. Эриксон начинает с разговора о том, что бессознательное является более осведомленным, чем сознание. Он не просто ссылается на реакцию мужчины. Он также проводит внушение, чтобы вызвать реакцию у членов группы. Его тавтология сеет идею селективного внимания и диссоциации. Впоследствии Эриксон методично представляет список выходных каналов коммуникации — интонации, модуляции, ударения, изменения напряжения, повторы и колебания. Влияние этой последовательности вызывает у многих слушателей скуку и/или «провалы сознания*». Этот эффект усиливается тем фактом, что Эриксон направляет свой голос в пол, а не на конкретных людей. Затем список останавливается фразой «прекращение мышления», которая является другой категорией действия, нежели то, что говорилось ранее. На самом деле это не завершение фразы, это именно воздействие. Буквально, это воздействие, которое Эриксон пытается вызвать, он хочет, чтобы субъекты в комнате испытали прекращение мышления (амнезию). Хотя это и не подчеркивается изменениями тона голоса, внушение выделяется, потому что относится не к той же категории, что и ранее указанные единицы списка. Эриксон продолжает косвенное внушение амнезии, а именно: «И обычно вы сознательно следуете...», тем самым давая понять, что теперь нет необходимости следовать дальше сознательно. Скорее, именно бессознательное может следовать дальше.

Затем Эриксон отвлекает слушателей и быстро меняет контекст, рассказывая короткую историю о корректуре и восторге своей жены от поиска ошибок. (Одна из тем, которую Эриксон, видимо, обсуждал с этой группой — как чувствовать себя комфортно с ошибками). Суть терапии — видимо в одной из тонко меняющихся ассоциаций и установок по отношению к совершению ошибок.

В оригинале: *spacing out*, от англ. *to space out* — размещать(ся) с промежутками (во времени, пространстве). — Прим.ред. пер.

Затем Эриксон возвращается к идее выборочного осознания фразой: «Но весь вопрос гипноза в том, чтобы действительно привлечь внимание пациента и удерживать его».

«Внимание» и «удерживать его» — ключевые слова, которые могут быть императивом и (пере)направить слушателя в непосредственно происходящий момент. Эти слова были выделены Эриксоном, который сменил интонацию, произнося их.

Для завершения последовательности Эриксон перенаправляет внимание слушателей на женщину в комнате. Он начинал эту последовательность, говоря о людях в комнате. Меняя контекст, и снова говоря об участниках, он воссоздает ассоциативные связи, которые были задействованы, когда последовательность началась. Таким образом, фактически, мы видим структурированную амнезию.

Существуют и другие методы создания амнезии. Например, можно использовать метафору, невербальные техники, перегрузку или даже скуку. С другой стороны, можно было бы разделить амнезию на составные части, например, ощущение знания, знание только слухового компонента, знание источника, но не содержания и т.д. Впоследствии можно создать полную амнезию путем создания каждой части и «соединения» частей вместе. Семь перечисленных техник представляют собой способы, которыми Эриксон пользовался чаще всего, но часто они использовались и в сочетании. Само собой разумеется, что Эриксон фокусировался не на использовании техники как таковой, а на чутком воздействии своей коммуникации на человека.

Выводы

Эриксоновское использование амнезии демонстрирует, что он резко отошел от традиционного понимания человеческой памяти относительно способов, которыми на людей оказывается влияние. В этой главе амнезия определяется как процесс, с помощью которого реакция человека может быть вызвана без полного осознания им самой реакции и/или стимулов, которые ее вызвали. Было бы полезным в будущих исследованиях амнезии больше сфокусироваться именно на реакции человека. В самом деле, в свете последних исследований подпороговых внушений (J. Feldman, 1985), видимо, реакция человека меняется в зависимости от того, присутствует у него или нет осознание источника внушения.

Эпилог

И поскольку эта глава посвящена тому, что бессознательный разум может поставить себе задачу забыть о многом из того, что происходит, и просто наблюдать, как слова входят в одно ухо*, и бессознательный разум может подбирать и отбирать из выбранного источника ассоциаций, — поэтому не нужно забывать о пользе или о самом себе в процессе. И вы не знаете того, что вы сознательно хотите запомнить, или того, что вы могли бы использовать гипноз, чтобы припомнить точно, какую позицию вы заняли, когда впервые начали читать введение.

Литература

- Asch, S. (1939). *The Nazarene*. New York: Putnam.
- Barber, T.X., & Calverly, D.S. (1966). Toward a theory of “hypnotic” behavior: Experimental analyses of suggested amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 71,95—107.
- Cooper, L.M. (1979). Hypnotic amnesia. In E. Fromm, & R. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 305—351). New York: Aldine.
- Erickson, M.H. (1964). The “surprise” and “my-friend-John” techniques of hypnosis: Minimal cues and natural field experimentation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 293-307.
- Erickson, M.H. (1966). The interspersal technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 198—209.
- Erickson, M.H., Haley, J. & Weakland, J. (1959). A transcript of a trance induction and commentary. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 49—84.
- Erickson, M.H. & Rossi, E. (1974). Varieties of hypnotic amnesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 225—239.
- Feldman, J. Subliminal perception and information processing theory: Empirical and conceptual validation of Erickson’s notion of the unconscious., in Zeig, J. K., (1985), *Ericksonian Psychotherapy Vol.I: Structures*, New York: Brunner/ Mazel.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1982) The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M.D. In J.K. Zeig(Ed.) *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kilstrom, J.F., & Evans, F.J. (Eds.). (1979). *Memory retrieval process during post-hypnotic amnesia. Functional disorders of memory* (pp. 179—218). Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lankton, C. & Lankton S. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Shor, R.E. & Orne, E.C. 91962). *The Harvard group scale of hypnotic susceptibility, form D*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/ Mazel.

Статья первоначально была опубликована в книге Зейга Дж. К. (1985), *Эриксоновская психотерапия*. Т. 1: Структуры, Нью-Йорк: Бруннер / Мазель. С. 317—337.

В оригинале: *the words go in one ear*. — *Прим. ред. nep*.

12

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГИПНОЗА: ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И СТАНДАРТЫ ОБУЧЕНИЯ

Область гипноза в истории психотерапии чаще становилась предметом сенсаций и мистификаций, чем любая другая. Это отчасти объясняется тем, что гипноз связан с утратой самоконтроля (Gravitz, Mallet, Munyon, & Gerton, 1982), а также с тем фактом, что гипнотический метод часто позволяет пациентам меняться без всякого сознательного понимания или рационального объяснения.

Сенсационность и мистификации не ограничивались только широкой публикой, гипнотерапия стала предметом специального внимания в профессиональной сфере. Исторически сложилось так, что специальные руководящие принципы гипноза были выстроены в соответствии с его этическим использованием. Якобы для потребителя нужна была специальная защита. Например, на рубеже веков комиссия Британской медицинской ассоциации по гипнозу рекомендовала практикам гипнотизировать клиента женского пола только в присутствии ее родственника или другой женщины (Ambrose & Newbold, 1980).

Традиционная терапия основана на рациональных линейных подходах и/или понимании, и этические кодексы отражают этот уклон. Кроме таких методов, гипнотические подходы и стратегические виды психотерапии пользуются скрытыми методами, в том числе косвенным внушением, парадоксальными методами и метафорами. Современные техники гипнотической психотерапии, подерживаемые Милтоном Эриксеном и его последователями, опирались именно на выявление скрытых бессознательных процессов.

Изменение осуществляется спонтанно, терапевтические ситуации создаются таким образом, что в них пациенты, возможно даже за пределами своего сознательного понимания, обнаруживают ранее не известные для себя возможности к изменению.

Если традиционные этические представления основаны на линейной методологии и/или на сознательном понимании, может ли они несовместимы с современными подходами, основанными на косвенных методах? Более того, может ли использование прямых или косвенных методов гипноза требовать особого этического кодекса? Целью этой главы является рассмотрение вышеупомянутых вопросов, при этом центральное внимание уделяется вопросу информированного согласия, описанному в Этическом кодексе Американской психологической ассоциации (1981). Обсуждаются этические соображения в отношении случая, который вел Эриксон, и представлено письмо Эриксона автору, относительно его точки зрения на этику в данном конкретном случае. Дополнительной целью этой главы является представить позицию автора по вопросу стандартов подготовки специалистов для использования гипнотических техник. Будет утверждаться, что в этических правилах определения и *информированного согласия*, и *стандартов обучения* должны измениться так, чтобы отражать этические изменения и достижения в области терапевтической теории и практики.

Необходимость в специальных этических принципах

В основном, этические вопросы, связанные с гипнозом, не отличаются от этических вопросов, связанных с использованием любой техники, основанной на симптоме. Однако это не означает, что гипноз не создает некоторых особых этических проблем.

Этические правила междисциплинарных профессиональных обществ гипноза ставят акцент на двух вопросах, которые могут явным образом не подпадать под действие этических стандартов членов профессиональных сообществ. Эти два вопроса касаются стандартов подготовки специалистов и использования гипноза в развлекательных целях. Международное общество гипноза (1979), Американское общество клинического гипноза (1981) и Общество клинического и экспериментального гипноза (1978) — все они имеют этические кодексы, касающиеся стандартов обучения (т.е. относительно квалификации тех специалистов, которые будут обу-

чать членов соответствующей организации). Кроме того, правила этих организаций учитывают тот факт, что гипноз не должен использоваться в качестве одной из форм развлечения. Для решения других этических вопросов члены этих междисциплинарных организаций ссылаются на этические кодексы соответствующих профессий (напр., на Американскую медицинскую ассоциацию, Американскую стоматологическую ассоциацию, Американскую психологическую ассоциацию).

Информированное согласие

Ни в одном из трех этических кодексов обществ гипноза не упоминается вопрос об *информированном согласии*. Кроме того, в принципах медицинской этики Американской медицинской ассоциации (АМА), состоящих из преамбулы и семи разделов, определяемых одним предложением каждый, вообще не упомянуто об идее информированного согласия. (В области медицины считается, что проблема информированного согласия относится к области права, а не к этике профессиональных ассоциаций.) Однако обе идеи — *информированного согласия* и *свободы выбора* в отношении участия — упоминаются в этическом кодексе (1981) Американской психологической ассоциации (АПА). В следующем разделе содержится справочная информация и говорится о точке пересечения эриксоновской гипнотерапии с концепцией информированного согласия.

Как и законы, этические кодексы основаны на постоянно изменяющихся моральных нормах. Когда меняются моральные нормы, этические кодексы тоже должны изменяться. Этический кодекс АПА пересматривался несколько раз, отражая изменения моральных норм. Например, в свое время считалось неэтичным быть психологом в СМИ или участвовать в рекламе.

Вопросы информированного согласия и свободы выбора, как они предстают в действующем этическом кодексе АПА, также основаны на определенной морали. Прежде чем продолжать, эти вопросы следует рассмотреть. Вопрос об информированном согласии, представленный в текущих этических принципах и стандартах АПА, сбивает с толку и все запутывает. Концепция *информированного согласия*, видимо, распространяется только на научные исследования (принцип 9) и на конфиденциальность (принцип 5), поскольку используется только в этих двух разделах кодекса.

Информированное согласие может не применяться к современной практике психотерапии. В принципе 6 («благополучие потребителя») отмечается, что «психологи должны полностью информировать потребителя о целях и характере оценки, лечения, учебной или обучающей процедуры, и они свободно признают, что у клиентов, студентов или участников исследований есть свобода выбора относительно своего участия» (с. 5). Таким образом, видимо, в соответствии с этическим кодексом АПА потребители не должны явно выражать свое согласие на лечение. Это не так для субъектов исследований или для пациентов, отказывающихся от конфиденциальности, тогда участники/потребители должны быть дополнительно проинформированы в случае исследований и отказа от конфиденциальности и открыто выразить свое согласие.

Тем не менее, в литературе АПА существует путаница по вопросу, относится ли информированное согласие к клинической ситуации. На практике, по-видимому, от клиницистов действительно ожидают получения согласия. Например, в январской версии стандартов 1977 года «Для поставщиков психологических услуг», интерпретация принципа 2.3.2, касающегося разработки плана лечения, гласит: «*Всякий раз в соответствующих или предусмотренных условиях этот план должен быть составлен в письменной форме — как средство обеспечения основы создания отчетности, получения информированного согласия (курсив мой) и обеспечения механизма последующего рецензирования*» (с. 8). Кажется, что стандарты делают значительное отступление и распространяют идею информированного согласия непосредственно на лечебную ситуацию, что по-видимому конфликтует с действующей формулировкой этических принципов АПА.

Возможно, существует преднамеренно положенное в основу морали поведение, которое подразумевается этической позицией АПА, — обеспечить свободу выбора, а не требовать открытого согласия. Можно предположить, что в силу своего положения клиницисты в глубине души больше интересуются своими пациентами, чем исследователи. Более того, может показаться, что клиницистам предоставляется больше свободы, якобы в связи с конкретными требованиями клинической ситуации.

Тем не менее, некоторые эксперты утверждают, что информированное согласие должно работать как в клинической сфере, так и в

сфере проведения исследований (Veatch, 1981, с. 200). Аргументы здесь происходят из того факта, что люди имеют право на самостоятельный выбор и что классификация контракта между профессионалом и субъектом-потребителем не имеет значения, — нет никаких реальных причин для того, чтобы иметь в терапевтической ситуации более низкий уровень согласия. Согласно Витч, условия отношений должны быть прописаны и открыто согласованы.

При обращении к вопросу о согласии возникают две проблемы: (1) как упоминалось ранее, различие между «быть информированным, со свободой выбора» и «информированным согласием» четко не указано в этической литературе АПА, и, (2) что еще более важно, это может быть совсем не разумно сначала «полностью информировать» потребителей. Для изучения и освещения связанных с этим практических вопросов рассмотрим случай, который вел Милтон Эриксон.

Случай Джо

Эриксон (1966) сообщает об использовании *техники вкрапления*, а именно — о гипнотической технике, которая не связана с формальным наведением транса. В данном конкретном случае она была использована для управления болью.

Это случай флориста по имени Джо, находившегося на терминальной стадии рака. Во время визита Эриксона Джо находился в больнице и, видимо, у него наблюдались токсические эффекты от больших доз обезболивающих препаратов. Как сообщили медики, от лекарств было мало пользы, и родственник Джо попросил Эриксона использовать гипноз для облегчения его болей. Эриксон рассказывал, что незадолго до того, как он был представлен Джо, ему сообщили, что тот «не переносит даже упоминания слова гипноз». Кроме того, один из детей Джо, специалист по психиатрии, не верящий в гипноз, также присутствовал при знакомстве Эриксона с Джо.

Когда Эриксон был представлен Джо, он подумал, что было бы неверно, если бы Джо на самом деле узнал, зачем здесь Эриксон. Джо не мог разговаривать с Эриксоном из-за трахеотомии. Он общался письменно. Эриксон начал свою терапию, заявив:

«Джо, я хотел бы поговорить с вами. Я знаю, что вы флорист, что вы выращиваете цветы, а я вырос на ферме в Висконсине, и мне понравилось выращивать цветы. Мне до сих пор нравится.

Так что я хотел бы, чтобы вы сели в это легкое кресло, чтобы я поговорил с вами. Я собираюсь сказать вам много разного, но это не будет о цветах, потому что вы знаете о цветах больше, чем я. *Это не то, чего вам хочется.* (Читатель заметит, что курсив используется для обозначения вкрапления гипнотического внушения, которым могут быть слоги, слова, предложения или фразы, произнесенные с несколько иной интонацией.) Теперь, поскольку я говорю, и я могу это делать *комфортно*, мне бы хотелось, чтобы вы слушали *комфортно*, как я говорю о саженцах помидоров. Это странно говорить об этом. Это вызывает удивление. *Зачем говорить о рассаде помидоров?* Человек сажает саженец помидора, который *будет приносить удовольствие* своими плодами. Семя впитывает воду *не с таким уж большим трудом.* Это все из-за дождей, которые *приносят покой и уют...*» (с. 203).

Джо хорошо реагировал на монолог о растениях томатов, который продолжал все больше перемежаться внушениями. Эриксон утверждает, что Джо находился в гипнотическом трансе и что наведение последующих трансов было сделано с помощью косвенных вкрапленных внушений. Эриксон наблюдал Джо в течение целого дня и был приглашен навестить его через месяц. В течение этого месяца Джо покинул больницу и стал жить у себя дома. Он набрал вес и силу и принимал совсем мало лекарств от боли. Во время своего второго визита к Джо Эриксон продолжал применять косвенную технику, позже объясняя, что в тот момент в использовании маскировки, может, уже и не было необходимости за счет хорошего раппорта, но он продолжал использовать технику вкрапления, поскольку «предпочитал не рисковать».

Краткое резюме случая, сделанное Эриксоном:

«Улучшению, ослаблению и фактическому исчезновению симптома, осуществленным с помощью гипноза, и освобождению Джо от сильнодействующих препаратов, *способствовало только отсутствие осознания* (курсив мой), и несомненно продлило срок его жизни и в то же время фактически позволило быстрое улучшение состояния в целом... Джо взял на себя обязанность прожить остаток своей жизни, получая, насколько это возможно, удовольствие от жизни, тем способом, которым он прожил свою жизнь и построил свой бизнес» (с. 207).

Этические проблемы в случае Джо

В этом случае поведение Эриксона, возможно, противоречит принципу 6 этического кодекса АПА. Эриксон не сообщил Джо ни о целях, ни о характере его лечения, не заверял, что у Джо есть свобода выбора относительно своего участия. Эриксон не сказал Джо, что будет использовать гипноз, но он погрузил Джо в гипнотический транс. Кроме того, в условиях стационара свобода выбора пациента является иной, чем в условиях офиса, где существует больше свободы, чтобы уйти. Если бы он оставил согласие и свободу, ему могло бы это помешать другим способом. Как указывает Эриксон, вполне возможно, что пациент с самого начала не знал, зачем пришел Эриксон.

Кажется очевидным, что Эриксон отошел от этических принципов АПА о необходимости информировать потребителя и предоставлять ему свободу выбора. Однако столь же очевидно, что он провел эффективное лечение — лечение, которому, как он указывает, способствовало именно отсутствие осведомленности со стороны Джо.

Точка зрения Эриксона

Я написал Эриксону и спросил его, что он думает об этических проблемах в случае с Джо. В то же время я написал, что сам я считаю, что главное — это «соответствовать» пациенту. Рукописный ответ Эриксона не принимал во внимание действующие этические принципы, однако он важен для понимания морали, лежащей в основе его метода и стиля мышления. Кроме того, его ответ позволяет с интересом заглянуть внутрь его подхода:

[Что касается] этики, участвующей в рассаде помидоров и в умирании от рака, я думаю, что только академический ученый мог бы имплантировать ее принципы туда, куда они не относятся.

Джо, с трахеотомией, а, следовательно, без речи, понимал, что у него никакой надежды и сильная боль, с которой врачи ничего не могли сделать, и они знали, что беспомощны. Я не согласен с этим в целом, и я не сказал ему и не думаю, что это вопрос актуальности или этики - говорить ему об этом.

Я был готов поговорить с ним и был готов уйти, если он не захочет меня слушать. Простая социальная вежливость - не этика.

Да, но вот беда. [Кто-то может подумать], что я давил на него рассуждениями о рассаде помидоров и что это влечет за собой этику.

Ох, но я не говорил с ним о томатных саженцах. Неразборчивый мог бы так подумать. Я только говорил слова, знакомые ему по чувственному опыту, и я мог только догадываться о них, и только словами его собственного языка, которыми я говорил, он понял бы. Эти слова его внутреннего понимания были бы услышаны - остальное из того, что я сказал, было рассыпанным шумом.

Жена Джо, дочь, зять - все слушали, и наконец его жена вмешалась, чтобы попросить меня начать гипноз, - она была поражена, обнаружив, что это уже произошло. То, что я говорил Джо, все они считали бессмыслицей.

Но Джо я говорил слова, которые он мог понять в своем внутренне записанном чувственном опыте.

Теперь - почему я заговорил о рассаде помидоров? Ну, Джо вышел из большой бедности, работал на овощной ферме, любил помидоры, продавал цветы за гроши на улице, стал выращивать цветов больше, чтобы торговать вразнос, осторожно приобрел землю, выращивал цветы между грядками овощей, в междурядьях - азиатская практика, привившаяся в Европе, Южной Америке, Мексике, Канаде и США.

Джо любил живые растения в основном в следующем порядке: красота, питание, украшение и полезность.

Когда вы исследуете живот на предмет возможного аппендицита, то начинаете с исследования той части живота, что наиболее удалена от аппендикулярной области, медленно приближаясь к критической.

Когда я увидел Джо, это было когнитивное предположение, не связанное с этикой, что он хотел освобождения от боли, какой-то надежды, радости жизни, сна, голода, социальной жизни - продолжайте, назовите остальное.

Ну, я начал как можно дальше от рака Джо, насколько мог, не пытаясь идентифицировать его. На самом деле я говорил много слов, которые Джо переводил на язык своего эмпирического опыта, который он думал, что потерял навсегда, - пока он не выстроил достаточное количество своих хороших ассоциаций, чтобы заменить то, чего он не хотел.

Что - сидеть на жестком стуле и слушать скучного лектора, в то время как ваш зад протестует против своей агонии? Тогда послушайте увлекательного лектора в два раза дольше - и будете удивлены, что вашему залу понравится этот жесткий стул.

Никакой связи с этикой! (М.Х. Эриксон, личное общение, 4 марта, 1976.)

Обсуждение

Что касается современных теорий психотерапии, вопрос информированного согласия является особенно проблематичным. Современные теории не строятся на тех же этических принципах, что и традиционные подходы. Применительно к клиническим ситуациям этические принципы АПА основаны на модели, где открытое понимание со стороны пациента является основной частью лечения. Эта позиция основана на морали, которая больше ратует за прямой подход, чем за косвенное влияние.

В традиционной, ориентированной на понимание терапии терапевт интерпретирует пациенту, что пациент «означает на самом деле». Послания пациента на психологическом уровне отличаются оттого, что он сообщает на социальном уровне, и терапевт интерпретирует то, что происходит на психологическом уровне в зависимости от своей теоретической направленности. Стратегические терапевты и терапевты эриксоновского направления, как правило, не интерпретируют, интерпретация — это ограниченная (и ограничивающая) оценка, которая упрощает сложное взаимодействие (Haley, 1982).

Коммуникация — это не просто информационные сообщения на нескольких уровнях, это также попытка межличностного влияния. Вместо того чтобы основывать лечение на проницательности и понимании, стратегические и эриксоновские методы основаны на вызывании изменений, терапевтическая коммуникация направлена на определенное воздействие.

Неутвержденная моральная предпосылка психотерапии — терапевтическая коммуникация должна быть прямой и конкретной. Однако помимо своей невозможности прямая конкретная коммуникация может быть несовместима с конструктивным влиянием. Те, кто хорошо знакомы с эриксоновскими методами, используют алогичные коммуникации, замешательство, аллюзии, метафоры для вызова терапевтических ответов.

Современные стратегические и эриксоновские подходы подни-мают идею воздействующего изменения и преуменьшают принцип рационального логического понимания. Цель (терапевтической) коммуникации — повлиять на поведение. В основном влияние оказы-вается бессознательно. Эриксоновские психотерапевты не будут следовать принципу 6 и полном объеме информировать потреби-телей о характере терапии. Кроме того, они не могут требовать от-крытого согласия. Эта позиция отражает различные этические ос-нования, касающиеся природы человеческого существа и того, как они меняются.

Клинический опыт показывает, что пациенты совсем не обяза-тельно действуют ясно, рационально, конкретно и на одном уров-не. Например, пациент может предъявлять психосоматические жа-лобы, вместо того чтобы сказать о депрессии. Пациент имеет право на косвенную коммуникацию. Зачем терапевту нарушать это пра-во? Кажется, более вежливым и возможно более эффективным для терапевта было бы продолжать говорить (по крайней мере на на-чальном этапе) о соматических жалобах, вместо того чтобы проти-востоять пациенту относительно его депрессии и рассказать ему полностью, что повлечет за собой лечение депрессии. Тем не менее, в разговоре о соматических жалобах терапевт может говорить на нескольких уровнях и вкраплять в свою речь терапевтические ука-зания. Вышеприведенный случай из практики Эриксона показы-вает один из возможных примеров такого подхода.

Многие клинические ситуации не логичны. Информированное согласие основывается на моральных принципах логического, со-знательного самоконтроля. Тем не менее, симптомы по своему оп-ределению возникают автономно. И не имеет никакого смысла из-начально требовать от пациентов, чтобы они приняли логическую, сознательную ответственность за свои симптомы, когда это диа-метрально противоположно тому, что они описывают в своем предъявлении симптомов.

Пациента часто следует «защищать от бесполезного навязыва-ния ситуаций, которые он не может понять» (Erickson, 1966, с. 198). Это жестокость — давать пациенту слишком много информации, слишком большое количество информации может препятствовать из-менениям. Например, если бы Джо все объяснили, это могло вызвать у него вопросы, вокруг которых организовалось бы сопротивление.

Джо скептически относился к гипнозу и к своей способности получить помощь. Обсуждение даже общих аспектов терапевтических отношений могло бы только смягчить боль, а не привести к эффективному лечению. В этом и заключается особая причуда сознания — осведомленность может являться и пользой, и препятствием.

Кроме того, действительно невозможно информировать «полностью», идея предоставления «полной информации» может противоречить рабочему определению. Например, вовремя предоставления информации должен ли терапевт говорить пациенту, что будет использовать социально-психологические признаки конформизма и податливости пациента и очертить эту область исследований, прежде чем тот согласится на проведение терапии? А также при использовании парадоксальных техник — послужит ли интересам клинической ситуации, если терапевт сообщит пациенту, что он предписывает ему симптоматическое поведение и дает шутливое обоснование в надежде на то, что пациент будет игнорировать указания и тем самым избавиться от симптома? При использовании многоуровневой коммуникации — стоит ли и терапевту рассказывать пациенту, что, поскольку все коммуникации многоуровневые, он будет взаимодействовать с ним на нескольких уровнях, чтобы повлиять на пациента и заставить его «спонтанно» войти в контакт с его же нераспознанными возможностями? Очевидно, что в таких ситуациях предоставлять эту информацию будет не терапевтично.

Некоторые эксперты энергично брались за проблему практической реализации концепции предоставления полной информации. Согласно Витч (1981), «надлежащий стандарт — все, что обычный разумный человек хотел бы знать (пока он не просигнализирует обратное)» (с. 202).

Надлежащий уровень можно определить путем опроса группы людей. Витч считает, что потребитель должен быть вовлечен в процесс определения этических стандартов: «Информация должна передаваться, пока число разумных людей, желающих получить эту информацию, не станет меньше 5%» (с. 203). Этические кодексы принадлежат профессионалам и разрабатываются ими. Профессиональные этические кодексы не разрабатываются простым населением, на которое воздействует их содержание. Кодексы становятся спо-

В оригинале: *reasonable lay person* - разумный мирянин. — Прим. ред. пер.

собом узаконивания профессиональных ролей. Пациент не должен слепо следовать консенсусу профессиональных групп (Veatch, 1981).

В случае с Джо, я утверждаю, что Джо адекватно сигнализировал о своем сотрудничестве и согласии — и своим поведением, и своими позитивными реакциями. Тем не менее, Веч с этим скорее не согласится, поскольку утверждает, что человек должен непосредственно сигнализировать, что не хочет никакой информации, или должен непосредственно указать, что отказывается от обычных требований на согласие, косвенного указания недостаточно. Веч занимает консервативную позицию, подчеркивая, что «сверхинформированный человек — неудобен, у малоинформированного человека нарушена его автономия» (с. 203). Хотя эта позиция имеет определенные плюсы в лечебной ситуации, клиницисты стратегического и эриксоновского подходов во многих случаях не стали бы ее придерживаться.

Рекомендации

Этический кодекс должен быть четко продуман и иметь возможность гибко меняться в ответ на изменение морали и технических достижений. Суть вопроса в клинической работе заключается в том, что терапевтические техники должны использоваться ответственно и эффективно. Пациент имеет право на успешное лечение. Психотерапия не может проходить с учетом прокрустова ложа устаревших этических правил*, которым невозможно следовать.

Опрометчиво требовать от психологов, чтобы они полностью информировали потребителей и/или требовали от них открытого согласия. Требование открытого согласия не имеет достаточных возможностей, чтобы охватить современные стратегические и эриксоновские подходы. Предоставление полной информации и требование прямого согласия могут мешать в клинической ситуации.

Тем не менее, право пациента на самоопределение нарушать нельзя. Пациентам должна быть предоставлена свобода выбора. Поскольку полное информирование пациента о характере лечения невозможно и основано на устаревшей линейной концепции деятельности человека, пациентов в основном нужно проинформировать о факторах риска, присущих лечению.

В оригинале: *strictures* (мн.ч.) — стриктура, сужение, осуждение, строгая критика. — Прим. ред. пер.

В суде основная цель доктрины информированного согласия рассматривается как сохранение права пациента на самоопределение путем предоставления информации о факторах риска, присутствующих процедурам (King, 1977). Чтобы отразить эту философию, в этический кодекс АПА можно было бы внести следующую поправку: «Психологи *информируют потребителей относительно рисков*, присутствующих оценке, терапии, учебным или тренинговым процедурам...» Эта формулировка предусматривает концепцию, которая может быть введена, исследована и использована.

Доктрина информирования пациента о рисках не может применяться без разбора, потому что терапевт будет не просто предоставлять информацию, он также будет влиять на пациента. Как отмечал Вацлавик (1985), коммуникация является одновременно и показателем, и предписанием.

Например, если терапевт говорит пациенту, что потенциальным риском лечения является развод, это не только является возможным фактом, но еще и некоторым внушением. Как отмечают эксперты в области коммуникации, психотерапевты должны быть чувствительными к многоуровневой структуре коммуникации и ответственными за ее эффект во всех аспектах терапии, включая этику.

СТАНДАРТЫ ОБУЧЕНИЯ

В Соединенных Штатах есть две организации, которые обеспечивают подготовку специалистов, заинтересованных в изучении гипноза, а именно: Американское общество клинического гипноза (ASCH) и Общество клинического и экспериментального гипноза (SCEH). Эти организации имеют немного разные стандарты обучения. В соответствии с этическим кодексом ASCH (1981):

«Член ASCH не поддерживает практику гипноза обычными людьми. Обычный человек определяется здесь как тот, кто не является специалистом с хорошей репутацией в терапевтической или научной сфере, то есть он не врач, стоматолог, психолог или специалист другой признанной терапевтической или научной профессии, имеющий рекомендации в дополнение к компетенции практика гипноза» (с. 1).

На практике ASCH проводит обучение только специалистов-практиков с докторской степенью или докторантов. Его этические ограничения таковы, что члены организации могут обучать гипно-

зу только тех специалистов, чья академическая квалификация достаточна для получения права на членство в ASCH.

Общество клинического и экспериментального гипноза отличается стандартами обучения от Американского общества клинического гипноза тем, что допускает к обучению определенные категории социальных работников, работающих в психиатрии. Что касается стандартов обучения, то для членов общества является неэтичным обучать гипнозу кого-либо, кроме членов SCEH или психологов на уровне Ph.D, врачей (MD или DO), стоматологов (DDS или DMD), социальных работников в психиатрии и социальных работников, перечисленных в национальном реестре, за исключением групп парамедиков (напр., медсестер, медтехников и студентов), непосредственно связанных с лечением пациентов или с исследованиями и работающих под непосредственным наблюдением врача, стоматолога или психолога на уровне доктора наук, компетентных в использовании гипноза (с. 82).

Очевидно, что стандарты этих двух обществ ограничивают в обучении гипнозу большую группу специалистов в области психического здоровья. Эта группа состоит из консультантов магистерского уровня и некоторых социальных работников в психиатрии магистерского уровня. Фонд Милтона Эриксона, однако, проводит подготовку таких специалистов.

Фонд Эриксона пользуется теми же руководящими принципами для подготовки, которые использовал Милтон Эриксон, MD, для участия в своих обучающих семинарах. Помимо личной преданности этим руководящим принципам, Фонд считает, что его стандарты логически последовательны и отражают современные направления медицинской помощи. Все больше обученных практиков магистерского уровня бывают готовы к самостоятельной работе. Как таковые, они должны иметь доступ к современным терапевтическим техникам.

Обоснование

Стандарты обучения специалистов по психическому здоровью должны быть приняты руководящим советом соответствующей отрасли наряду с аккредитованием учебных программ и государственным лицензированием. Например, Американская психологическая ассоциация должна определять правила приема и обучения психологии, Национальная ассоциация социальных работников должна

определять правила приема и обучения социальной работе, и так далее. Впоследствии эти организации сотрудничают со специалистами, окончившими учебные заведения, и с местными законодателями, чтобы разработать стандарты для независимой практики.

Видимо, это не правильно для междисциплинарной организации по специальности (напр., ASCH или SCEH) - рассуждать о допуске и стандартах обучения профессии в области психического здоровья (напр., социальных работников и других практиков магистерского уровня в области психического здоровья), а затем утверждать, что, согласно установленным стандартам специализированной организации, практики не соответствуют по уровню компетентности стандартам профессии в этой конкретной дисциплине, чтобы использовать определенную технику (а именно, гипноз). Если практикующие имеют возможность самостоятельно практиковать в соответствии со своим образованием, местным законодательством, а также руководящим органом своей профессии, они должны быть в состоянии использовать любую технику, имеющуюся в их распоряжении.

Если организация по специальности полагает, что использование ее методов лечения должно быть ограничено только определенными группами квалифицированных специалистов, это решение должно быть принято на основе научно собранных данных, а не мнения. Если данные подтверждают теорию, что стандарты обучения и допуска не приемлемы для специалистов той или иной области, чтобы они могли компетентно использовать конкретный метод терапии (напр., гипноз), то специальная многопрофильная организация должна вступить в диалог и провести консультации с руководством профессии, учебными организациями и законодательными органами в отношении стандартов допуска и подготовки кадров, которые были бы минимально надлежащими и приемлемыми для использования техник в независимой практике.

Фонд Эриксона считает, что специалисты магистерского уровня в области психического здоровья имеют достаточную необходимую подготовку, чтобы грамотно использовать гипноз в частной практике. Качество обучения в программах магистерского уровня существенно улучшилось в последние годы. Более того, кажется, что специалисты со степенью магистра могут быть более квалифицированными в использовании гипноза, чем врачи без психиатри-

ческого образования или стоматолога, просто в силу своего более широкого образования в области психологии, поскольку гипноз является психологической техникой, которая поэтому очевидно требует понимания психодинамики и психологических систем.

Основы этической позиции профессиональных обществ относительно стандартов подготовки остаются неясными. Стандарты подготовки находятся в состоянии постоянного изменения. Не так давно медсестре было неэтично измерять артериальное давление у пациента. Теперь медсестры выполняют сложные медицинские процедуры в высокотехнологичных условиях.

Стандарты подготовки профессиональных обществ тоже меняются. Совсем недавно SCEH изменило критерии приема в члены сообщества, чтобы принять определенные типы социальных работников. В общем, кажется непоследовательным, что в SCEH будут принимать только особые виды социальных работников. Эти профессионалы могут быть не лучше подготовлены, чем другие специалисты со степенью магистра в области психического здоровья, имеющие существенное последипломное образование.

Соответствующие этические принципы профессиональных обществ ведут к логическому выводу: члена можно было бы назвать неэтичным за предоставление подготовки практикам в области психического здоровья магистерского уровня. Решение в этом случае будет вынесено на основе определения понятия о том, что влечет за собой быть «профессионалом». Оно не будет вынесено на основе этики как таковой. Принимая во внимание тяжесть, которую несет осуждение со стороны профессиональной организации, такое действие должно быть тщательно проанализировано. Кроме того, в ряде штатов этическое нарушение равносильно преступлению, так как этические принципы вписаны в государственный закон (Элген Бейкер, личное общение, 6 сентября, 1984).

Таким образом, позиция Фонда Эриксона состоит в том, чтобы обучать практиков в области охраны психического здоровья магистерского уровня. Наши требования к обладанию правом на обучение следующие:

Фонд Эриксона проводит подготовку специалистов в области здравоохранения, включая врачей, психологов с докторской степенью и стоматологов, имеющих право на членство или являющихся членами соответствующих профессиональных организаций (на-

пример, АМА, АРА, АДА). Фонд также будет обеспечивать подготовку специалистов с учеными степенями в области психического здоровья (например, MSW, MSN, МА или MS) от аккредитованных учреждений. Заявки будут приниматься от аспирантов по аккредитованным программам в указанных областях, оплативших все обучение и предоставляющих письмо от своего департамента, подтверждающее статус их обучения.

Фонд считает, что эти стандарты обучения отражают современную мораль и логически последовательны. Сегодняшняя тенденция позволяет практику магистерского уровня в области психического здоровья быть независимым специалистом. Таким образом, ему должна быть предоставлена возможность использовать самые современные методы, которые доступны для оказания помощи его пациентам.

Выводы

Этические кодексы в области медицины могут иметь силу закона. Не стоит недооценивать силу этических норм. Как уже отмечалось ранее, последствия профессионального порицания, вынесенного независимой профессиональной организацией за нарушение этического кодекса, велики. Кроме того, этические кодексы могут быть использованы как правовые нормы, поскольку суды часто в своих определениях небрежности полагаются на профессиональные стандарты (King, 1977). Например, в случае информированного согласия, чтобы определить степень, в которой практик обязан раскрывать информацию, суд может обратиться к установленным в данной профессии этическим принципам по данному вопросу.

Этические кодексы должны быть сформулированы четко и однозначно, насколько это возможно. Такие термины, как *информированное согласие* и *профессионал* должны быть прописаны. При определении этих терминов должны быть учтены технические новшества и изменения моральных принципов. Важные термины (а именно, *информированное согласие* и *профессионал*) не могут быть включены исключительно из-за мнения или прецедента, но должны быть определены и тщательно изучены. Как и законы, частные этические кодексы должны быть оценены и изменены для того, чтобы оставаться на уровне развития общества.

Литература

- Ambrose, G., & Newbold, G. (1980). *A handbook of medical hypnosis*. London: Balliere-Tindall.
- American Psychiatric Association (1981). *Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry*. Washington D.C.
- American Psychological Association (1977). *Standards for providers of psychological services*. Washington, D.C.
- American Psychological Association (1981). *Ethical standards of psychologists* (rev. ed.). Washington, D.C.
- American Society of Clinical Hypnosis (November 1981) *Code of Ethics*. Des Plaines, IL.
- Erickson, M.H. (1966). The interspersal technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 198—209.
- Gravitz, M.A., Mallet, J.E., Munyon, P.T. & Gerton, M.I. (1982). Ethical considerations in the professional applications of hypnosis. In M. Rosenbaum (Ed.) *Ethics and values in psychotherapy: A guidebook*. New York: Free Press.
- Haley, J. (1982). The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M.D. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 5—25). New York: Brunner/Mazel.
- International Society of Hypnosis (August 1979). *Code of ethics*. Philadelphia, PA
- King, J.H. (1977). *The law of medical malpractice in a nutshell*. St Paul, MN: West Publishing.
- Society for Clinical and Experimental Hypnosis (October 1978). *Code of ethics*. Liverpool, NY.
- Veatch, R. (1981). *A theory of medical ethics*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P. *Hypnotherapy without trance*, In Zeig, J. K., (1985), *Ericksonian Psychotherapy. Vol. 1: Structures*, New York: Brunner/ Mazel.

ЭРИКСОНОВСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

13

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ЭРИКСОНОВСКОЙ КОММУНИКАЦИИ ВЛИЯНИЯ

Введение

Тезис этой главы состоит в том, что изменения происходят не всегда, потому что терапевты обращаются к тому, что для человека очень значимо. И часто потому, что терапевты говорят очень многозначно.

Один правитель, ученый из отдаленной страны, собрал вместе ученых разных стран, знатоков различных дисциплин и попросил их подвести итог всей накопленной мудрости в области психотерапии. Через некоторое время, тщательно изучив вопрос, они вернулись с еще более объемными томами, написанными на эту тему. Правитель сказал: «Нет. Теперь из этого надо извлечь самую суть». В конце концов, они вернулись всего с одним томом, но и его правитель счел громоздким. Они трудились еще, и их труд выразился всего в одной главе, которая тоже была признана многословной. Даже один абзац и одно предложение были отклонены как слишком длинные.

Наконец, властителю представили одну фразу. Он посмотрел на нее и сказал: «Это поистине должно быть суть психотерапии». Фраза гласила: «Доступ к ресурсам для изменений».

Но затем перед ним встал один важный вопрос. Он спросил собравшихся ученых: «Если задачей психотерапии является доступ к ресурсам для изменений, то как можно этого достичь?» В ответ раздался гипнотический голос, эхом отразившийся от присутствующих экспертов. Он возгласил: *социальным влиянием.*

Эриксоновский подход

Особенностью, больше всего отличающей эриксоновскую психотерапию от других подходов, является акцент на *социальное влияние* — использующее коммуникацию для конкретного терапевтического результата.

Такая направленная на цель методология опирается на теорию, основывающуюся на установлении и изменении существующих неадекватных паттернов. Содействие изменению имеет приоритет над выяснением прошлого или осознанием смысла или функций существующих симптомов. Это радикальный отход от традиционных методов психотерапии.

Не только эриксоновская терапия отходит от традиционной психотерапии; но она также отходит и от классических гипнотических методов, которые используют методы «программирования» пассивного пациента в попытке избавить его от определенных симптомов. В эриксоновской модели гипнотерапии клиницисты не программируют; они структурируют коммуникацию для получения максимального эффекта, так чтобы пациент мог изменить многие аспекты своей жизни, а не просто предъявленный симптом.

Для усиления терапевтического влияния терапевты центрируются на двух процессах: *на выстраивании восприимчивости пациента и на доступе к его ресурсам*. Терапевт поощряет пациента к тому, чтобы он сам произвел в себе изменения, с помощью того, что встречается и увлекает его в его же системе представлений, используя при этом индивидуальную многоуровневую терапевтическую коммуникацию для выстраивания конструктивной межличностной восприимчивости и особенно для того, чтобы выявить, вызвать, развить, рекомбинировать и утилизировать существующие у пациента ресурсы.

Если рассмотреть развитие психотерапевтического процесса, будь то традиционная или эриксоновская, индивидуальная, групповая, супружеская или семейная, в нем существуют два очевидных этапа, а именно: диагностика и утилизация (вмешательство). В эриксоновских подходах диагностический этап как можно более краток и просто служит силам конструктивной утилизации. Терапия в основном является процессом доступа к ресурсам и их утилизации.

В традиционной терапии, однако, диагноз часто оказывается самоцелью. Терапевт предусматривает лечение, ставя диагноз, а

затем пользуется им же, чтобы прояснить, интерпретировать, занимать по отношению к нему позицию конфронтации. Цель состоит в том, чтобы раскрыть и понять, ранее неизвестные аспекты жизни пациента — чтобы он лучше понял, как на него влияет прошлое или структуры настоящего. Пациенту рекомендуют научиться различать поставленный диагноз в своих паттернах и / или отношениях, и ожидается, что он выиграет от понимания возможности изменить свое поведение и / или чувственный опыт. Психотерапия, ориентированная на понимание, по сути, застряла на фазе постановки «диагноза».

Дело в том, что понимание не обязательно является предвестником изменения и не обязательно является побочным продуктом изменения. Изменение может быть независимым от понимания. Один из весомых вкладов Эриксона состоит в том, что он освободил изменение от оков понимания. То есть нельзя сказать, что время от времени Эриксон не использовал понимание. Понимание является одним из ряда методов, которые используются для содействия изменениям. Эриксон использовал понимания только тогда, когда оно, скорее всего, приведет к изменению, однако многие другие методы могут способствовать терапевтическим изменениям более эффективно.

Сдвиг эриксоновской терапии в сторону утилизации не является ни хитрым ходом, ни философским. Это очень мудрый ход. Это как разница между *попутчиком*, с которым можно обсудить особенности прошлых, настоящих или будущих поездок, и *проводником** Проницательный попутчик может указать вам на что-то интересное, но проводник знает территорию и может помочь вам попасть туда. Этот сдвиг заключается в том, что терапевт от всматривания** в психику пациента или в его семью переходит к задаче всматривания в самого терапевта в отношении пациента.

Если терапевт хочет учиться утилизации в терапевтических целях, ему будет полезно изучить гипноз, потому что гипноз основан на стратегическом мышлении в направлении цели.

В оригинале: *tour guide* — *проводник, экскурсовод, гид.* — Прим. ред. пер.

В оригинале: *scrutinize* — *внимательно рассматривать, тщательно, критически изучать.* — Прим. ред. пер.

Гипноз

Эрнест Росси называет гипноз матерью психотерапии (личное общение, март 1985 года). Начиная с Фрейда, многие теоретики начали проводить свои психологические исследования путем изучения гипноза. Впоследствии они отошли от гипноза и перешли к развитию своих теорий личности и своих методов психотерапии. Теперь психотерапевты всех направлений знают о гипнозе. Как заметил Вацлавик (1985): «[гипноз больше уже не] придворный шут в торжественных залах ортодоксальности».

Для Эриксона, гипноз был не просто состоянием транса внутри человека; это был особый контекст для коммуникации и межличностного индивидуализированного процесса. Гипноз Эриксона менялся от пациента к пациенту. К сожалению, многие традиционные работы по гипнозу подчеркивают внутриличностные процессы субъекта и / или технику оператора.

Литература по традиционному гипнозу изобилует сообщениями о техниках: техники наведения, техники утилизации для конкретных групп пациентов, техники завершения гипноза, техники работы с сопротивлением, и так далее. Акцент на технике отупляет, и это частично объясняет, почему гипноз изгоняли из основного русла психотерапии. К тому же, чаще да, чем нет, гипнотические техники используют на пациенте / на группе, не обращая особого внимания на индивидуальные различия. Эриксоновской гипноз отличается от классических методов по двум основным параметрам — он подчеркивает гибкий индивидуальный подход к пациенту и обращается к межличностным аспектам гипноза.

В отличие от традиционных подходов эриксоновская гипнотерапия используется диагностически, чтобы помочь клиницисту выяснить аспекты межличностной восприимчивости пациента. Центральным аспектом гипноза, является задача выявить и развивать внутренне присущую человеку межличностную восприимчивость. С помощью гипноза терапевт может узнать пределы и стиль восприимчивости и отзывчивости пациента, он может помочь пациенту их развить. Успех терапии может быть пропорционален степени развития восприимчивости и отзывчивости*, поскольку, если нет отклика, то и нет никакой психотерапии.

В оригинале в подобных местах автор использует слово *responsiveness* (восприимчивость, отзывчивость, чувствительность, то есть способность к ответу со сторо-

При выстраивании межличностной восприимчивости недостаточно просто вызвать реактивный отклик со стороны пациента. *С помощью гипнотерапии можно вызвать восприимчивость к минимальным сигналам со стороны терапевта.* Использование косвенных (многоуровневых) техник является неотъемлемой частью достижения этой цели. Давайте попробуем понять эту идею восприимчивости к минимальным сигналам.

Если, в рамках гипноза, пациента просят поднять правую руку, и он просто поднимает ее, - такой ответ не обязательно является гипнотическим. Но, если терапевт говорит пациенту: «Я бы хотел, чтобы вы по-настоящему поняли каким-либо образом, что такое *поднять* настроение *, что гипноз — это на самом деле опыт, который для вас *правый**, любым образом, что вы можете найти под *рукой***», а *затем* пациент поднимает свою правую руку — это считается гипнотическим ответом.

С другой стороны, если терапевт говорит: «В гипнозе я хотел бы, чтобы вы действительно поняли, что можете нырнуть, в удобное положение », и пациент опускает голову вниз в диссоциативном (автоматическом) ответе на скрытое предписание, что расценивается как гипноз.

Прежде чем приступить к комплексу терапевтических внушений, Эриксон обычно работал с человеком, чтобы установить их лучшие совместные способности — лучшие границы пациента— и восприимчивость к минимальным сигналам. Восприимчивость к минимальным сигналам является не только неотъемлемой частью гипноза, — это ключ, который открывает дверь в конструктивное

ны пациента). В переводе во многих случаях это слово заменено словом *восприимчивость*, тем самым подразумевается, что если человек нечто воспринимает, то это уже и есть один из его ответов (могут быть и другие), нужно только заметить малейшие проявления того, что он информацию воспринимает. То есть, фактически, — человек дает отклик на то, что он нечто воспринимает, а может давать отклик и на то, как он это нечто воспринимает, как он к этому относится, в какой-то момент у него может появиться сопротивление и т.д. — *Прим. ред. пер.*

В англ. *uplifting* — это еще и *поднятие настроения*. — *Прим. ред. пер.*

В англ. *right* — это еще и *правильный*. — *Прим. ред. пер.*

В англ. *handy* — *близко под рукой, то есть удобно*. Вся фраза целиком: «I would like you to truly realize in a way that is *uplifting* that hypnosis is really an experience that is *right* for you in a way that you can find *handy*». — *Прим. ред. пер.*

В оригинале: «You can find yourself *headed down* into a comfortable state» — дословно: обнаружить себя головой вниз в комфортном состоянии. — *Прим. ред. пер.*

бессознательное. В эриксоновской психотерапии восприимчивость к минимальным сигналам была той почвой, в которую сажались будущие внушения. Они помещались в оплодотворенный слой восприимчивого поведения. К сожалению, многие психотерапевты не знают о существующих возможностях межличностной восприимчивости. Изучение гипноза поможет им узнать об этом — особенно о восприимчивости к минимальным сигналам.

Степень восприимчивости к минимальным сигналам варьирует в зависимости от индивидуальности человека. Поэтому эриксоновский гипноз подчеркивает индивидуальные различия, в этом ему противостоит механическое применение гипноза к совершенно разным индивидам. Индивидуальные различия есть и в том, какие ресурсы присущи разным индивидам, и в том, как получить к ним доступ. Как только восприимчивость пациента установлена, усилия психотерапевта направляются на выявление ресурсов. В основном, это вопрос рассмотрения *реальности ситуации* на предмет того, что можно из нее использовать для достижения терапевтических целей. Как будет видно, часто трансовые явления являются ресурсами, которые проявляются под гипнозом. Кроме того, ресурсы можно найти во внешнем окружении пациента и даже в предъявленной проблеме.

Другим аспектом гипноза является то, что он используется в рамках терапии, чтобы создать *ауру влияния*. Рамки, в которых проводится терапия, имеют решающее значение. Гипнотические рамки говорят реципиенту коммуникации, что ему предлагается нечто большее, что просто слова — жесты, вербальный и невербальный подтекст, который будет использоваться как указания. Фактически, один из способов определить *транс* — это назвать его в то время, когда реципиент коммуникации ощущает, что есть нечто большее, чем просто звучание слов. Эриксон понимал это до такой степени, чтобы мог бы считаться поэтом-лауреатом психотерапии. Как в изящной поэзии, каждый образ, каждый элемент коммуникации выбран с заботой о многоуровневом влиянии.

То, чего Эриксон в совершенстве достигал своей точностью, должно сфокусировать внимание всех терапевтов на важности их коммуникаций. В самом деле, иногда я думаю, что гипноз более полезен для самого терапевта, чем для пациента, потому что это заставляет психотерапевта реально посмотреть на то, как пациент *воспри-*

нимает общение с ним. В момент этого осознания терапевт всего лишь подмастерье *. Подмастерье-психотерапевт может осознать влияние своей коммуникации; мастер же начинает предвидеть некоторые из ответов пациента.

Вот случай, который иллюстрирует идеи развития восприимчивости к минимальным сигналам и использования ресурсов пациента.

Случай Фрэнка: усиление сигнала и ослабление шума

Случай Фрэнка иллюстрирует, как эриксоновский терапевт мог бы себя вести и рассуждать. Фрэнк был рабочим, в возрасте за 50, с тревогой и навязчивыми мыслями о своем собственном благополучии. Выписавшись из психиатрической больницы, в 1982 году он обратился за терапией с жалобами на многочисленные страхи и нарушения сна. Терапия основывалась на гипнотическом отреагировании. Она была определена как способ «освобождения напряженности». Фрэнк хорошо ответил на терапию, и после 15 сеансов она была прекращена. Впоследствии в редкие промежутки он возвращался к лечению, чтобы справиться с частными проблемами.

Примерно через два года после того, как он начал лечение, Фрэнк попросил провести с ним гипноз, потому что его беспокоил заводской шум — как фактор окружающей среды, в которой он работал. Временами его напряжение казалось ему невыносимым.

Ну, и каким же может быть терапевтический подход к такого рода проблеме? Анализ возможных причин и рассуждения о заложенных в их основании проблемах могут и не привести к изменению. Кроме того, это был человек, который хотел результатов. Он был человеком, которому анализ не интересен.

Подходя к этой проблеме, я искал параллельные жизненные примеры проблем и решений и ресурсы, которыми можно воспользоваться, в реальной ситуации. Пациент был чрезмерно сфокусирован на одном конкретном аспекте окружающей его среды, и это сфокусированное внимание вызывало дискомфорт. Но все мы стал-

В оригинале: journeyman — подмастерье или поденичик, то есть квалифицированный рабочий, работающий по найму. — В данном случае, точнее подмастерье. (Обратите внимание на созвучное словосочетание journey man — путешествующий человек, который может путешествовать как во внутреннем плане, то есть развиваться, так и во внешнем плане, то есть переходить с одной работы на другую.... так сказать — путешествующий). — Прим. ред. пер.

кивались с таким опытом в своей собственной жизни. Например, когда человек входит в кабинет стоматолога, окружающая среда оказывает неявное давление на человека, чтобы он направил внимание на свой рот и на возможность возникновения последующей боли. Есть много чего другого, на чем можно сосредоточить внимание, как во внешней, так и во внутренней среде пациента. Тем не менее, стоматологические пациенты часто заикливаются на боли или на ее возможности.

Однако, акцентирование внимания может быть и ресурсом, так же как и причинить вред, так же как пристальное внимание может привести к комфорту или к дискомфорту. У нас есть возможности для выборочного осознания, а также для изменения чувственного опыта. Например, при чтении книги человек может не обращать внимания на давление кресла. Одновременно, может искажаться восприятие времени. Тем не менее, часто в ситуации, как в кабинете стоматолога, люди становятся близорукими и не догадываются, что сами могут себя заставить чувствовать лучше за счет тех же механизмов, которые они используют, чтобы чувствовать себя плохо.*

Моя терапия с Фрэнком состояла в том, чтобы напомнить ему о его скрытых возможностях, о его нераспознанных ресурсах — о его способности быть пластичным в своем восприятии, блокировать и менять свой чувственный опыт. Тем не менее, это было бы неадекватной терапией — подойти к Фрэнку и напрямую сказать о его ресурсах. Это не оказало бы большого влияния, если бы я сказал ему: «Фрэнк, признай, что ты в своей личной истории уже демонстрировал способность к конструктивному выборочному получению информации и изменению каналов сенсорного входа». Скорее я косвенно привел бы его к этому пониманию в обход сознательного понимания в процессе, потому что сознательное понимание могло бы сфокусировать его внимание в неправильном направлении и исключить продуктивное изменение. Первый шаг, однако, состоял в том, чтобы развить его восприимчивость к минимальным сигналам.

По мере того как я вызывал у Фрэнка гипнотический транс (Я предпочитаю слово «вызывать» слову «наводить»); оно более точ-

Следует считать аксиомой эриксоновской терапии, что механизм возникновения и поддержания проблемы является и механизмом ее решения. Большинство стратегий по природе благотворны и могут использоваться деструктивно и конструктивно. На самом деле проблема пациента — это еще один скрытый ресурс.

ное. Гипноз происходит от пациента, а не от терапевта.), я косвенно внушал ему левитацию руки. Я не говорил непосредственно об идее левитации, но Фрэнк автоматически откликнулся на мои минимальные сигналы. Однажды он ответил, я начал плести* узор утилизации, который состоял из рассказов о мирских аспектах жизни — общих повседневных примеров.

Я рассказал ему серию из шести эпизодов. Одна рассказывала об опыте смотреть телевизор и ничего не замечать в комнате, кроме экрана. В другой говорилось о том, когда носишь одежду, и все же не замечаешь ощущения одежды на своем теле. Третья касалась того, что можно вести машину и абсолютно не замечать звука ее двигателя.

В каждом промежутке между историями Фрэнку ставилась задача вызвать некое символическое гипнотическое ощущение и сосредоточить на нем внимание. Это вызывало у него ощущения, которые в основном были явлениями транса — простые сенсорные галлюцинации, которые могут создать большинство субъектов в гипнозе. Например, его попросили, чтобы он почувствовал прохладу в височной области, притупленный изолирующий слой вокруг тела, ощущение онемения на кончиках пальцев, легкие ощущения вокруг плеч, и так далее. У каждого символа был неоднозначный смысл, который мог иметь отношение к решению задачи.

Другими словами, были уравновешены две стратегические цели: (1) я тонко напомнил ему о его способности игнорировать постоянно присутствующую информацию, и (2) я напомнил ему о его способности поменять сенсорный вход в позитивном ключе, а затем сфокусироваться на нем. Эти понятия непрерывно ему предъявлялись. Кроме того, они были представлены в рамках восприимчивости к минимальным сигналам и под аурой гипнотического влияния. Гипноза добавляет мощности терапии. Я с трудом решился бы провести подобную терапию в бодрствующем состоянии.

Лечение было успешным, и Фрэнк продолжает работать в среде, которая раньше считалась им некомфортной. Он не может сказать, почему терапия работает. Я не сказал, что помогал ему выстроить резервуар позитивных ассоциаций. Я не сказал ему, что я соединил

В оригинале: *weaving* — плетение, ткачество, ткацкий, от *weave* — ткать, плести, заплетать, сплетать, соединять, выткать и пр. — *Прим. ред. пер.*

его с его ранее непризнанными ресурсами. Я не сказал ему, что пристальное внимание — это не только проблема, но еще и решение. Он знал, зачем он здесь, и он мог взять ресурсы, которые были вызваны и развиты, и самостоятельно применить их (хоть и бессознательно) к проблеме своего состояния.

В случае с Фрэнком был использован формальный гипноз. Однако, это не всегда так. Эриксоновские практики часто пользуются техниками гипноза натуралистически, то есть без формального ритуала наведения. Сам Эриксон пользовался формальным гипнозом только 20% (Beahrs, 1971) рабочего времени. Некоторые примеры из его практики, которые приведены в следующем разделе, посвященном *аспектам влияния*, иллюстрируют современное использование эриксоновской гипнотерапии.

АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ

Для того чтобы провести коммуникацию для достижения результата, существуют определенные необходимые предпосылки со стороны терапевта. Это сочувствие, искренность, и позитивное отношение. Пациент должен принести в кабинет свою мотивацию, доверие и веру в позитивный результат. Поскольку эти аспекты хорошо описаны в других источниках, я просто упомянул о них здесь. Их нельзя недооценивать; но в то же время они не являются началом и концом всей психотерапии.

Если человек уходит от терапевтического контакта, клиницисту может потребоваться разнообразное и более всестороннее понимание психотерапии. Я хотел бы поделиться некоторыми своими соображениями о гипнотическом влиянии. Вместо представления конкретных методов, я буду описывать установки — направления, которыми движется клиницист, заинтересованный в терапевтическом воздействии. Хотя эти идеи происходят из моего изучения гипноза, нет необходимости ограничивать себя в использовании этих идей в рамках формального гипноза, они могут применяться натуралистически.

Влияние - дело трудное. Я согласен с Карлом Витакером (личное общение), который упомянул как-то, что одна из трудностей психотерапии состоит в том, чтобы иметь достаточно власти. В то же время, я изумляюсь пластичности людей в ответ на социальное влияние.

Здесь я представлю десять аспектов влияния; все они являются важными техниками утилизации и рассеивания сопротивления.

1) Встречайтесь с пациентом в его системе представлений

Это один из кардинальных принципов психотерапии. На человека лучше всего влиять из их собственной системы ценностей. Терапевт должен распознать и быть готовым к развитию индивидуальности пациента.

Я знаю два особенно хороших примера, чтобы пояснить принцип встречи с пациентом в его системе представлений. Первый - из практики Эриксона (1964а).

Случай Ма К.: Наставления прошлого

Ма К. выдали замуж в возрасте 15 лет, она происходила из фермерской семьи, где не верят в образование для женщин. Тем не менее, Ма К. была честолюбива и хотела научиться читать и писать.

Ма К. пришла в голову идея предоставлять проживание и питание учителям сельских школ в обмен на персональные уроки. Однако так и не научилась читать и писать, поскольку все еще жила под детским запретом, что женщины не должны учиться читать и писать. А все мы знаем, что наставления из прошлого становятся ограничениями настоящего и программами будущего.

Эриксон познакомился с Ма К., когда ей было 70, он же был студентом-медиком. Он заявил своим преподавателям, что поможет Ма К. читать и писать, и что она будет читать *Ридерс Дайджест* в течение трех недель. Это было весьма самонадеянно с его стороны.

Эриксон сказал Ма К.: «Давайте сядем на пол, Ма К. Любой невежественный младенец, который не умеет читать и писать, умеет сидеть на полу». Потом он дал ей карандаш и сказал: «Теперь любой невежественный ребенок может держать карандаш так или так. Держите его любым известным способом». Ма К. взяла карандаш.

Эриксон сказал Ма К., что ребенок может двигать карандашом каким угодно образом, и Ма К. согласилась. Тогда Эриксон сказал ей делать, как мог сделать и любой малыш, наносить кривые значки на бумагу. Затем Эриксон сказал: «Это хорошо, Ма К. Теперь вы можете писать». Ма К. посмотрела на него так, словно он должен был обратиться к психиатру. Она знала, что не могла писать.

Затем Эриксон напомнил Ма К.: «Ты выросла на ферме и жила на ферме всю свою жизнь, пока не ушла на пенсию и не приехала в город. Ты знаешь, какие столбы у забора. Возьми карандаш и нарисуй заборный столб. Теперь ты можешь нарисовать еще короткую доску и длинную доску. С западной стороны сарая идет крыша, вот так. С восточной стороны идет так. Теперь нарисуй длинную тонкую доску, лежащую на земле. Нарисуй пончик».

Проведя предварительные мероприятия, Эриксон начал направлять ее рисунки в терапевтических целях. Он сказал: «Давай возьмем столб забора и поставим его на конец, и давай прибьем короткую доску в его верхней части поперек. Знаете, некоторые люди называют это буквой «Т», но мы будем называть его заборный столб с короткой доской на вершине. Теперь, если вы возьмете с восточной стороны крышу сарая и с западной стороны крышу сарая и прибьете короткую доску посередине, некоторые люди сказали бы, что это буква «А», но пусть мы с вами будем называть ее крышей сарая с короткой доской, прибитой поперек».

С помощью этого метода Эриксон заинтересовал К. Ма *выстраиванием* букв и *выстраиванием* слов. Он никогда не говорил ей, что она пишет. Он говорил ей, что она *строит* названия. Затем Эриксон показал ей словарь, сказав, что это книга названий. Она могла посмотреть в книгу, чтобы узнать различные названия. Три недели спустя, Ма К. читала Ридерс Дайджест.

Эриксон представил ей идеи, с которыми она не могла спорить, против которых она не могла возражать, которых она не могла бояться, даже из архаичных частей своего Я. В течение 50 лет Ма К. страдала от разочарования, пытаясь научиться читать и писать, идя наперекор тому, чему учили ее в семье. И не могла переступить. Однако Эриксон не просил ее ничего переступить и не просил нарушать ничего из того, что она понимала. Ей были понятны забор и короткие доски, и она могла понять, что такое крыша сарая с двумя наклонными сторонами. Эриксон воспользовался ее же собственной системой представлений, чтобы повлиять на Ма К. и прорваться сквозь ограничивающую систему ее привычных представлений.

Случай Джона: Безумный разговор

Вот еще один пример — из моей собственной практики. Я работал с Джоном, пациентом с параноидальной формой шизофрении, и в

качестве ко-терапевта у меня выступал один из моих слушателей (ординатор), тоже по имени Джон. Мы работали в течение нескольких недель и подвели пациента к точке, где большую часть времени он общался непосредственно. Однажды он начал говорить на искаженном, непонятном «шизофреническом» языке. Словно регрессировал в свое хроническое состояние, и вся наша предшествующая терапия сошла на нет.

Я пытался повлиять на него разными способами, чтобы он говорил напрямую, но все они были неэффективны. Тогда, мне пришла идея. Я обратился к Джону-пациенту и сказал: «Давайте устроим конкурс безумных разговоров. Я буду говорить с вами на безумном языке в течение пяти минут, а Джон-ординатор будет судить о том, кто это делает лучше».

Джон-пациент и я говорили на безумном языке по пять минут, а затем мы оба обратились к Джону-ординатору, который посмотрел на меня и сказал: «Извините Джефф, Джон выиграл». Я сказал, что был немного не в форме в тот день, но могу милостиво это принять.

Затем я повернулся к Джону-пациенту и сказал: «Давайте попробуем еще раз. Я буду судьей и пусть теперь два Джона безумно говорят по пять минут».

Я дал сигнал, когда время истекло. Оба они повернулись ко мне. Я выразил свое сожаление пациенту, сказав: «Извините, Джон, Джон выиграл». На самом деле, Джон-ординатор, неся бред сумасшедшего, лучше справился с заданием.

Тогда я сказал: «Справедливость справедлива». Я снял часы и, передав их Джону-пациенту, сказал: «Теперь Джон-ординатор и я будем нести бред, а вам судить, кто лучше справится с работой».

Пациент внимательно смотрел на часы и подражал судьей-хронометристу. После того, как время истекло, он посмотрел на меня и сказал свое первое связное за весь день предложение: «Извините Джефф, Джон выиграл». Впоследствии пациент говорил с нами более связно, и мы могли лучше устанавливать контакт.

Так что, если ваш пациент говорит как шизофреник, то почему бы не влиять на него изнутри его модели, говоря «шизофренически» игриво? Не нужно нажимать на пациента, уговаривая «говорить прямо». Вместо этого можно утилизировать то, что приносит пациент, и повлиять на него изнутри его ценностей. Лучшие психотерапевты за счет своей пластичности могут влиять на пациентов из-

нутри их системы представлений. И обратите внимание, как была оформлена проблема пациента и как она использовалась в качестве ресурса.

2) Подчеркивайте позитив

Во время попыток оказать терапевтическое влияние очень быстро понимаешь, что лучше всего можно повлиять на человека, подчеркивая сначала его сильные стороны. Влияние имеет мало общего с анализом недостатков. Начинать надо с того, что сделано правильно. Рассмотрим следующий эпизод из практики Эриксона (1964а).

Случай Роберта: правильное «заклинание»*

Сын Эриксона, Роберт, учась в начальной школе, как-то рассказал отцу, что у двух его друзей есть трудности с чтением по складам. Он попросил отца научить их читать по складам. Эриксон указал на то, что родители друзей Роберта не просили его помощи, и если бы он начал работать с ребятами, чтобы научить их читать по складам, их родители могли считать его помехой. Да и учитель мог бы посчитать его помехой.

Размышляя об этом, Эриксон сказал Роберту, что придет в школу. Роберт должен был следить за тем, чтобы его друзья были там и ждали, и чтобы все они захватили с собой тетради для письма. Эриксон приехал в школу и отправился в класс мальчиков. Потом он попросил у Роберта посмотреть тетрадь для правописания. У Роберта была оценка 100. Эриксон сказал Роберту, что он сделал «очень хорошую работу». Затем он повернулся к друзьям Роберта и попросил посмотреть их тетради для письма. Совершенно смутившись, они вручили их Эриксону. Он посмотрел на одну и сказал: «Боже мой, ты понимаешь, что ты здесь сделал? Вот слово «цыпленок» (chicken), и ты правильно написал с и к вместе, а они являются двумя самыми трудными буквами! Ты написал их рядышком, бок о бок! Давай посмотрим, как ты это сделал в других словах».

Эриксон и мальчик стали искать и нашли другие слова, где две самых трудных буквы шли вместе. Он использовал аналогичную процедуру со вторым мальчиком. Эриксон пишет, что он «отправил

В оригинале: *The Right Spell*, где *spell* — заклинание, но в качестве глагола оно означало бы еще и *читать по складам*. — Прим. ред. пер.

ребят домой с другим отношением к своему письму, потому что они могли писать две самых трудных буквы в любом слове, которые читались вместе».

Несколько недель спустя мальчики показали Эриксону свои тетради по письму, и у них были хорошие оценки. Больше никаких трудностей не возникало. Эриксон так прокомментировал этот случай: «Все, что я сделал —использовал хорошую гипнотическую технику центрирования их внимания на одной конкретной части слова, подчеркнув это в позитивном ключе. Я дал им чувство гордости, удовольствия и удовлетворения».

Эриксон не использовал гипноз в терминах «смотрите-на-маятник-идите-глубже-и-глубже-и-спите». Это был натуралистический метод, основанный на фокусировании внимания и подчеркивании позитивных аспектов реальной ситуации.

3) Используйте косвенность, чтобы направить ассоциации

Недирективность была одним из отличительных признаков Эриксонской техники. То есть нельзя сказать, что он не мог быть директивным, он использовал директивную технику, когда ситуация того требовала. Недирективность сама по себе не является терапией, это только касается оценки пациента. Я описал то, как я понимаю один из принципов, которыми пользовался Эриксон: «Сумма недирективных воздействий прямо пропорциональна воспринимаемому сопротивлению» (Zeig, 1980a). Другими словами, не обязательно быть недирективным, если прямые методы будут достигать цели.

В общем, я начинаю терапию, будучи директивным, а затем я становлюсь недирективным, пропорционально сопротивлению, с которым сталкиваюсь.

Рассмотрим этот принцип в отношении к терапии. Если пациент предьявляет фобию, лучшие возможные разумные советы, это сказать ему: «Расслабься. Не думай о своем страхе. Измени свою реакцию или измени свое восприятие некоторых аспектов ситуации». Тем не менее, по большей части пациенты не реагируют на такого рода прямое вмешательство. Поэтому, в ауре гипнотической терапии, мы предьявляем ее пациенту, с соответствующими чувственными идеями, и помогаем ему осознать, что он может находиться в ситуации без этого невыносимого страха. В таком духе терапевт может начать быть недирективным.

Литературы по недирективным методам в гипнозе очень много. Например, Эриксон, Росси и Росси (1976) и Лэнктоны (1983) описали и классифицированы формальные техники косвенного внушения. Лэнктоны провели несколько отличных сеансов, используя исключительную недирективную технику с несколькими встроенными метафорами (1983). Большая часть этой ранней работы направлена на классификацию, уточнение и развитие косвенных форм внушений. Однако, как предупреждают авторы, это может ограничить практиков, заставив думать в терминах техники. Ответ субъекта является более важным, чем умная техника.

Эриксон не часто говорил о том, как выстроить терапевтический подтекст. Скорее, он, видимо, думал: «Где находится пациент в связи с терапевтическими целями? Как я могу создать контекст, который поможет пациенту достичь цели?» Обычно подготовленная почва состояла из плодородных косвенных внушений.

Я думаю, что для практикующего более важно проникнуться духом конструктивной недирективности и завести привычку быть таким, нежели чем знать конкретные техники. Методы вытекают из отношения терапевта. Лучшая установка — это такая, в которой терапевт имеет в виду цель, например, расслабление, отвлечение внимания или искажение. Тогда терапевт создает коммуникации (как правило, недирективные или «через один шаг»), которые помогают пациенту соединиться со своими собственными силами, чтобы достичь цели.

Вот пример случая, в котором недирективность была использована для направления ассоциаций и управления поведением. Используется недирективная метафорическая техника, которую я узнал от одного из моих первых учителей, Эрика Гринлифа, талантливого психолога из Беркли, Калифорния.

Случай Джека: Исследование «туалетного столика»

Джек был пациентом, вернувшимся на терапию по причине слабого сексуального влечения. Недавно у него была инфекция мочевыводящих путей, и впоследствии возникли определенные затруднения с сексом. Чтобы помочь ему с этой проблемой, я использовал метафорическую терапию в гипнозе.

После появления у него гипнотического отклика я рассказал ему историю о прогулке в пустыне, и объяснил, что через некоторое

время он придет в дом. Затем я создал сравнение между домом и его женой. Например, я рассказывал о крыше темного цвета в верхней части дома по аналогии с волосами его жены. Я сказал ему, что он *может* войти в специальную комнату в этом доме. Поначалу он может столкнуться с трудностями, но довольно скоро он сможет входить в комнату смело и напрямую. В комнате была особая деталь обстановки, туалетный столик, который он может исследовать. Он мог прикоснуться к его сторонам и почувствовать гладкость линий, поскольку она была привлекательной, и он мог положить руку внутрь ящичков* и найти сюрпризы, которые внутри ящичков его восхитят. Он мог также играть с ручками**.

Метафора продолжалась вдоль этих линий. Она обращала его внимание на символические идеи, неоднозначные по смыслу. Джек сидел с невозмутимым лицом, глубоко погруженный в транс. Одним из преимуществ использования гипноза в этом случае было то, что я тоже мог оставаться невозмутимым.

В технике такого типа метафора используется для указания пациенту, как делать нечто по-другому. Общий смысл идей представлен косвенно, чтобы сделать их живыми. Ассоциации вызваны, теперь пациент может сам создать множество позитивных ассоциаций, которые в свою очередь создадут новое, более эффективное поведение.

4) *Фрагменты и семена*

Другой метод характеризуется посевом будущего внушения и выстраиванием ответов в последовательность небольших шагов. Сначала давайте рассмотрим идею фрагментации. Как понимал это Эриксон, когда вы разделяете, вы побеждаете. Если пациент предъявлял проблему похудеть на 40 фунтов, Эриксон быстро переориентировал его похудеть на один фунт. Случай с Ма К. — отличный пример выстраивания ответов в небольшие, направленные шаги. Рассмотрим случай, о котором сообщает Майкл Япко, обучавшийся в то время эриксоновской терапии в Сан-Диего (личное общение):

В оригинале: *drawer* — выдвижной ящик, и в то же время (во мн.ч.) *drawers* — это штаны, кальсоны, трусы. — *Прим. ред. пер.*

В оригинале: *knobs* — ручка, головка, выпуклость, шишка, бугорок, холмик. — *Прим. ред. пер.*

Еще в раннем возрасте все планы Джона стать художником рухнули, и вместо этого ему пришлось изучать математику и естественные науки. Возможно, это стало причиной развития его отчужденного, интеллектуального стиля перфекциониста. Не удивительно, что одной из его проблем было то, что он подавлял свои художественные интересы.

В рамках терапии Джон должен был рисовать каждое утро, но завершать картины только на три четверти. Он сказал, что хорошо чувствует себя во время рисования, но очень расстроен из-за таких остановок. В последствии его просили дорисовать картины, но не подписывать. Затем он должен был тайно подкладывать картины соседям. Он признался, что получал удовольствие от озорства. Наконец, он должен был завершить картины и подписать, если хочет. В качестве побочного продукта этой процедуры пациент хорошо узнал своих соседей и даже установил с ними дружеский контакт. Он стал участвовать в художественных конкурсах и занимать призовые места.

Этот последовательный пошаговый подход характерен для хорошего терапевтического влияния. Речь идет о выстраивании изменений в последовательность из минимальных стратегических шагов.

Посев — еще один важный аспект терапии. Если терапевт может предсказать последующие шаги, он может посеять семена этих шагов до их осуществления. По существу, это вопрос прайминга (предустановки) восприимчивого поведения. Эриксон, по всей видимости, считал процесс посева идей очень важным. Он регулярно высевал понятия до момента их предъявления. Эта техника сродни литературному приему предзнаменования.

Например, используя технику разыгрывания фантазий под гипнозом у пациентки с фобией, Эриксон увлек ее в воображаемый полет на самолете; и попросил ее хорошо рассмотреть горные пейзажи. Потом он попросил ее представить себя в пугающей ситуации — на подвесном мосту. Ссылка на горы была сделана намеренно. Он должен был направить ее на мысль о высоте. И она предвещала эту идею.

Посев может использоваться и для выстраивания восприимчивости к гипнозу. Например, если целью является вызвать левитацию руки, в самом начале наведения транса я мог бы косвенно указать на идею движения и получить ощущение движения, которое

только, кажется, что случилось. Я мог бы легко прикоснуться к руке пациента, чтобы сориентировать его на эти чувства.

Возможности для посева многочисленны, и Эриксон был гениален в использовании этого метода. Разработка и прояснение терапевтического использования посева — это плодотворная область для будущих исследований.

5) Используйте нелогичности и замешательство

При первом рассмотрении нелогичности и замешательство могут показаться антитезой терапии. Первичное «правило» терапевтов — общаться ясно и прямо.

Это не является необходимым для терапевтов — всегда быть ясным. Нелогичности и замешательство могут стать мощными терапевтическими методами. Эриксон часто использовал нелогичности и замешательство, главным образом, чтобы прервать неадекватные привычные наборы паттернов поведения. (Дополнительно об использовании техники замешательства, см. Erickson, 1964b). Пациенты приносят вам в кабинет свои иррациональные проблемы. До обращения за помощью к профессионалам, они сражались со своими проблемами с помощью рациональной логики. Поскольку использование логики окончилось неудачей, использование дополнительной логики нелогично; более того, — это редко приводит к успеху. Если терапевты ограничат себя логическими подходами, они ограничивают свою эффективность в исцелении. И кроме всего прочего, зачем тратить хорошую логику на нелогичную проблему?

Прекрасный пример иррационального решения описан в *«Обучающем семинаре с Милтоном Эриксоном»* (Zeig, 1980). Пациентка с жалобами на фобию. (Это та же пациентка, с которой ранее Эриксон использовал упомянутую технику посева.) На самом деле, если вдуматься, фобии иррациональны. Нет никакого интеллектуального, логического смысла быть парализованным страхом чего-то, что с малой вероятностью может причинить вред. Но это тот механизм, который можно утилизировать. Если пациент неэффективно использует нелогичность, терапевт может воспользоваться ей терапевтически.

Решение Эриксон в данном случае было заставить пациентку переместить фобию из ее тела в кресло рядом с ней. Это было достигнуто с помощью гипноза. Эриксон не десенсибилизировал фобию и не изменял ее. Он просто переместил ее на несколько дюймов.

На первый взгляд, это кажется довольно необычным. Однако, до перемещения фобии Эриксон мастерски использовал гипноз и техники посева идей и выстраивания ответов. И тем не менее, кажется нелогичным, что пациентка среагирует на внушение «переместить» фобию. Но, как выяснилось, она действительно ответила на нелогичное решение и переместила свою фобию в сторону. Очевидно, что она не была озабочена степенью рациональности терапии, она была озабочена степенью своего облегчения.

б) Активируйте конструктивные эмоции, чтобы сделать происходящее запоминающимся

Эриксон часто использовал драму, юмор и неожиданности для активации конструктивных эмоций, чтобы сфокусировать внимание пациента и сделать вещи запоминающимися. (Для дополнительной информации об использовании драмы, см. Lankton & Lankton, 1983 и Уарко, 1985). Эриксон часто вызывал эмоции и ассоциации, с помощью драматических коротких рассказов, загадок, головоломок, предназначенных для вызывания изменений на нескольких уровнях. Поясню сказанное на примере.

Был у меня пациент, который слишком все усложнял. Моей целью было заставить пациента стать более скупым. Я мог бы войти с ним в конфронтацию и сказать, что он создает для себя трудности. Вместо этого, я добавил немного драматичности, воспользовавшись аналогией, о которой узнал от Эриксона (личное общение). Делал я это без гипноза; скорее — просто направил его внимание и использовал обычное повседневное состояние транса. Я представил ему следующую загадку: «Как можно назвать кошку, у которой пять пальцев на передней левой лапе, шесть пальцев на передней правой лапе, четыре пальца на задней левой лапе и шесть пальцев на задней правой лапе»? Он поразмыслил и предположил: «Несбалансированной кошкой».

Я сказал: «Нет».

Он попробовал еще раз: «Это 21 -палая кошка с асимметричным распределением пальцев».

«Нет».

«Ну, я думаю, возможно, есть исторические примеры, которые дают представление о подходящем названии для этого феномена».

«Да. Вы называете это «кошкой».

Целью загадки было напомнить пациенту — не заблудиться в неясных деталях. Однако противостояние или интерпретация могли бы не привести ни к какому изменению. Поэтому более драматическим образом я представил ему аналогию, которая стала бы понятной и запоминающейся и заставила пациента чувственно ожить понимание самого себя.

7) *Использование амнезии и аспектов памяти*

При влиянии на человека следует особо обратить внимание на то, что хранят его воспоминания, как они получены, как влияют на поведение, как они могут быть терапевтически изменены, и каким образом можно представить информацию, чтобы она не была воспринята им на сознательном уровне, но все-таки влияла на поведение.

Традиционно терапевты не уделяли много внимания человеческой памяти. Однако пациенты могут расширить свои возможности за счет того, что они помнят, за счет того, что они не помнят, и за счет того, о чем они вспомнят впоследствии, что не было воспринято сознательным образом во время получения опыта.

Эриксон был мастером амнезии. Он часто ее использовал и в обычных социальных условиях и в гипнозе (Haley, 1982). Одна из наиболее захватывающих техник, которые он разработал для влияния на память, была названа *структурированной амнезией*. Она вызывала резкое прекращение предыдущих действий, проведение терапевтических внушений, а затем возобновление и окончание деятельности, как если бы в этом промежутке времени никогда и не проводились никакие внушения. Один из способов достичь структурированной амнезии — это прервать ход выполнения привычной задачи. Например, Эриксон изобрел способ гипнотического наведения с помощью рукопожатия. Однажды он работал с клиенткой с помощью гипнотической техники углубления, названной *фракционированием*, и которая включала вызывание транса, частичное пробуждение пациента, а затем снова вызывание транса. Этот процесс может повторяться несколько раз, чтобы усилить гипнотический опыт.

Каждое из трех наведений с этой женщиной было связано с левитацией ее правой руки. После того, как Эриксон посчитал гипноз завершенным, он спросил женщину, можно ли ему пожать ее руку. Он взял ее за руку; но вместо того, чтобы как следует встряхнуть ее, он использовал минимальные сигналы, в основном невер-

бальные, чтобы снова вызвать левитацию руки и тем самым оживить состояние транса. Затем он сделал женщине несколько терапевтических внушений. Потом снова взял ее за руку, как будто бы и не делал никаких терапевтических внушений, пожал ее и закончил транс, продолжив рукопожатие с того места, где он ранее его прервал.* Цель этой техники — вызвать амнезию для вкрапления терапевтических внушений. На самом деле, он также использовал процесс посева идей и создание набора ответов.

Терапевтическая амнезия не является изолированной техникой или явлением; она является неотъемлемой частью ответа на косвенные внушения. При ответе на косвенные внушения (минимальные сигналы), пациенты делают это без полного осознания внушений и/или своего ответа (дальнейшую информацию по амнезии см.: Zeig, 1985, Erickson & Rossi, 1976).

Я считаю, что терапевтическое использование амнезии и связанных с этим процессов памяти человека станет в будущем важной областью исследования терапевтов.

8) Направить пациента делать то, что позволит решить терапевтическую задачу

Пациенты часто больше узнают из того, что делают, чем из того, что они слышат. Эриксон знал об этом и был одним из первых терапевтов, который вынес терапию из кабинета и вернул в жизненные ситуации пациента. Ряд терапевтов особо выделяют использование Эриксоном терапевтических задач (С.Н. Lankton, 1985). Часто задачи Эриксона были символическими.

В одном из известных случаев (Zeig, 1980a) он поручил паре, которая обратилась за супружеской терапией, по отдельности подняться на Пик Скво, небольшую гору в Фениксе, и посетить городской ботанический сад. (Этот случай рассматривается как пример символического предписания симптома в книге Зейга, 1980b). Муж сообщил, что Пик Скво замечателен. Жена жаловалась на скуку в Ботаническом саду.

Впоследствии мужу было поручено посетить Ботанический сад, а жене подняться на Пик Скво.

Их реакции на вторую задачу были похожими: муж был позитивен, жена унижена.

* Видеозапись этой сессии доступна в архиве Фонда Милтона Эриксона.

Третьей задачей для каждого из них было выбрать свою собственную задачу и сделать ее отдельно. Жена смущенно рассказала, что снова поднялась на Пик Скво. Муж снова наслаждался Ботаническим садом. В этом месте Эриксон прекратил терапию и отправил пациентов домой. И хотя они развелись, в конечном счете, оба согласились, что их опыт с Эриксоном был позитивным. Оба они посылали к нему пациентов.

При обсуждении его техники, Эриксон объяснил, что жена поднималась «на бесплодную гору семейного страдания день заднем, чувствуя на краткий миг, что «Увы, этот день закончился» (Zeig, 1980a, с. 147). Поэтому он поставил перед ней символическую задачу восхождения на бесплодную гору. Кроме того, он символически внушил, чтобы они пошли отдельными путями. Эриксон никогда не обсуждал с ними развод, но через свои задачи он дал им возможность выделить и признать их различия.

Я часто пользуюсь символическими задачами в своей собственной практике. Я помню одну женщину средних лет, у которой были проблемы с весом. Во время терапии она неожиданно ощутила скорбь по своей матери, умершей незадолго до этого.

Поскольку пациентка была художницей, я дал ей задачу найти камень и раскрасить его каким-нибудь образом, чтобы он представлял ее мать. Носить камень в сумочке в течение недели, а затем найти место, где положить его упокоиться. С этой задачей у нее возникли трудности: ей нужно было найти «правильное место», куда положить камень, место, которое было бы мирным и ясным.

Наконец она нашла место для камня. Это было перед домом какого-то незнакомца. Поздно вечером она «прокралась»* к нему во двор и положила камень.

Эта символическая задача поглотила ее чувство утраты. Это дало ей ощущение власти над обстоятельствами своей жизни. Она активно занялась решением проблемы горя. Это позволило ей сделать что-то конкретное. С тех пор она больше не была пассивной и «беспомощной» перед своими чувствами.

9) Используйте социальные системы

Эриксон был первым социальным психологом и, пожалуй, лучшим социальным психологом, занимавшимся индивидуальной те-

* В оригинале *sneak out*—*легкая закуска* из чего-либо. Игра слов. — Прим. ред. пер.

рапией. К тому же он остро чувствовал системные реверберации индивидуального изменения человека. Эриксон не регулярно наблюдал семьи в целом. Тем не менее он осознавал, что изменения в отдельном человеке могли привести к изменениям в его социальной системе.

Не так давно терапевты стали включать гипноз в семейную терапию (Aaroz, 1985; Ritterman, 1983, и Lankton & Lankton, 1983). Использование эриксоновских техник в семейной терапии в настоящее время, по-видимому, находится на переднем крае развития обеих областей.

На пациентов позитивно и негативно влияет их социальное окружение. Изменения могут наступать не только за счет изменения (манипулятивного) аспектов психики пациента, изменения могут также происходить за счет манипулирования контекстом.

Возьмем, например, случай, когда Эриксон работал с парой, долго время занимавшейся борьбой за власть (Haley, 1973, с. 225). Жена горько жаловался на необходимость заниматься семейным бизнесом, потому что должна была еще и работать по дому. Тем не менее, она считала своего мужа некомпетентным, и что семейный бизнес без нее не выживет.

Эриксон встретился с ней внутри ее системы представлений. Он заметил, что она должно быть устала от такой трудной работы и заслуживает отдых. Когда она согласилась, он сказал, что она могла бы приходить на работу на 15 минут позже. Тем временем ее муж открыл бы магазин и не успел бы причинить много вреда за 15 минут.

Женщина пришла на работу на 15 минут позже и обнаружила, к своему удивлению, что ее муж компетентно выполнил свою работу. Через некоторое время она пришла на полчаса позже, потом на час позже. И в дальнейшем их брак улучшился.

Простые изменения в социальных системах могут сильно повлиять на происходящие изменения. Особенно в ситуациях симметричной борьбы за власть, когда обсуждения, видимо, не приносят такого эффекта. Психотерапия должна проводиться на том уровне опыта, на котором возникла эта проблема. Если проблема сформировалась на уровне социального взаимодействия, обсуждения вряд ли помогут. Вместо этого стоит заняться терапией, которая повлияет на социальную систему. Часто это еще и время для переговоров.

10) *Принятие телеологического направления**

Эриксон наставлял своих учеников и пациентов, что жизнь проживается в настоящем и направлена в будущее, и что терапия проживается в настоящем и направлена в будущее. Эриксоновская терапия направлена в будущее. Цели установлены, и терапия направлена на достижение стратегических целей.

Я помню пример эриксоновской ориентации в будущее. Во время совместного обсуждения одного из его наведений (оно приведено в качестве приложения в «Обучающем семинаре», Zeig, 1980) Эриксон напомнил мне, что, незадолго до начала дискуссии, я взял фотографию его 26-й внучки, Лорел. Эриксон не стал бы делать снимок, если бы не сова, сделанная из очень твердого дерева, которую он в качестве подарка передал Лорел в тот день, когда она родилась. Следует отметить, что сова из железного дерева была символическим подарком. Роксана, мать Лорел, прозвала ее «Скрич»** за ее могучий крик.

В ходе обсуждения со мной Эриксон обучал меня на примере фотографии. Он сказал, что лет через 16, когда он уже давно умрет, Лорел захочется посмотреть на фото. Она увидит ребенка и небольшую железную сову. Это соединится с ее чувствами, что она выросла и уже в старшей школе. Он посоветовал мне заметить, как воспоминания соединялись вместе. Эриксон отметил, что железная сова добавила: «потрясающую человечность этой картине».

Это было запланированное Эриксоном вмешательство, которое вступит в силу только 16 лет спустя. И безусловно, это направленность в будущее.

Посаженные семена не сразу дают плоды — они должны созревать”” в течение долгого времени. Будучи «парнем с фермы», Эриксон понимал процесс созревания семени.

Резюме

В этой главе представлены некоторые фундаментальные аспекты эриксоновской терапии. Предполагается, что терапевты по отношению к своим пациентам занимают определенные позиции влияния. * ***

* *Телеология* - целесообразность, учение о достижении цели. - *Прим. ред. пер.*

** В оригинале: *Screech* — скрип, визг, хриплый крик, зловеющий звук, крик ужаса. — *Прим. ред. пер.*

*** В оригинале: *mature* — созревать, взрослеть. — *Прим. ред. пер.*

Это влечет за собой использование гипноза и гипнотических техник. Два важных вопроса касаются *выстраивания восприимчивости* и *доступа к скрытым ресурсам*, как самих пациентов, так и *реальной ситуации*. Из десяти аспектов влияния, представленных здесь, многие основаны на косвенных техниках, утилизирующих ценности самого пациента для достижения стратегических терапевтических целей.

Литература

- Araoz, D. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Behars, J.O. (1971). The hypnotic psychotherapy of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 73-90.
- Erickson, M.H. (Speaker). (1964a). *Hypnosis in education* (Cassette Recording). Phoenix, AZ: Archives of Milton H. Erickson Foundation.
- Erickson, M.H. (1964b). The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 183—207.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy, the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W.W. Norton.
- Haley, J. (1982). The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M.D. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 5—25). New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, C.H. (1985). Generative change: Beyond symptomatic relief. In J.K. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy, volume I: Structures* (pp. 137—170). New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. & Lankton, C. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Ritterman, M. (1983). *Using Hypnosis in family therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Watzlawick, P. (1985). Hypnotherapy Without Trance. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian psychotherapy, volume I: Structures*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (1985). The Erickson Hook: Values in Ericksonian Approaches, In J.K. Zeig, (Ed.) *Ericksonian psychotherapy, Volume II: Clinical applications*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1980a). *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1980b). Symptom Prescription and Ericksonian Principles of Hypnosis and Psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, Volume 23, 16—33.
- Zeig, J. (1985). The clinical use of amnesia: Ericksonian methods. In J.K. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy. Volume I: Structures*. New York: Brunner/Mazel.

14

ПРЕДПИСАНИЕ СИМПТОМА И ПРИНЦИПЫ ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА И ТЕРАПИИ

Техникой предписания симптома пользуются терапевты с различной теоретической подготовкой. На примере трех исторических случаев рассмотрим предписание симптома с точки зрения трех принципов гипноза и психотерапии, поддерживаемых Милтоном Эриксонем: (1) встреча с пациентом внутри его системы представлений, (2) использование собственного поведения и понимания пациента, чтобы произвести небольшие терапевтические изменения, и (3) выявление лечебного средства в самом пациенте, так чтобы позволить пациенту самому инициировать изменения в себе.

Предписание симптома — это психотерапевтическая техника, в которой психотерапевт санкционирует или поощряет симптоматическое поведение. Эта санкция может быть явной или неявной, прямой или косвенной. Например, при лечении депрессивного пациента терапевт, предписывая симптом, может сказать: «Я думаю, на этой неделе вы должны испытывать свою депрессию, потому что вы можете найти нечто важное для себя, чему-то научиться в ней». Терапевт явно поощряет симптоматическое поведение и обосновывает это для пациента.

Предписание симптома можно определить в качестве метода, который направляет пациента делать то, что он и так делает. Однако в сочетании с предписанием терапевт обычно предоставляет некий дополнительный терапевтический вклад или модификацию симптоматического поведения.

При таком подходе модификация происходит всегда, потому что, даже если пациент продолжает воспроизводить свое симптоматическое поведение точно так же, как и раньше, сейчас он делает это под влиянием директивы. Поскольку пациент помещается в «терапевтическую связку», в отношении симптоматического поведения должно произойти какое-то изменение. Однако это изменение не обязательно должно быть значимым для пациента или терапевта.

Вацлавик, Уикленд и Фиш (1974) описали предписание симптома как «несомненно самый мощный и элегантный способ решения проблемы» (с. 114). Техника предписания симптома имеет древние корни. В последнее время она применяется во многих различных видах психотерапии.

Техника предписания симптома была разработана терапевтами, опиравшимися на различные теоретические модели человеческой личности и поведения. «Парадоксальная интенция» возникла из экзистенциализма. «Негативная практика, массированная практика и импловивная терапия» выросли из теории научения и поведенческих моделей. Другие называли эту технику терапевтической стратегией «планирования симптома» (см. обзор Raskin & Klein, 1976, а также Soper & L'Abate, 1977, с акцентом на использовании парадоксального вмешательства в семейной терапии). Эриксон описал ту же самую технику и вместе с другими связанными с ней методами в категории «двойная связка» (Erickson & Rossi, 1975; Erickson, Rossi & Rossi, 1976) и «утилизационные техники» (Erickson, 1959). Эриксон, конечно, в своем подходе исходил из гипнотической парадигмы.

Клиницисты разных направлений используют технику предписания симптома по-разному. Например, некоторые (в основном поведенческие терапевты) предпочитают использовать предписание симптома во время терапевтического сеанса, в то время как другие (например, группа Института психических исследований) предпочитают предписывать симптом в качестве домашнего задания. Третьи клиницисты, например Эриксон, используют оба подхода. Предписание симптома может быть одной из частей терапевтического подхода к той или иной проблеме (например, Zeig, 1974). Процедура предписания симптома может быть очень сложна.

Целью данной работы является изучение возможностей *предписания симптома*, если в качестве теоретической модели использует-

ся эриксоновская гипнотическая парадигма. Предписание симптома может опираться на те же принципы, которые Эриксон преподавал в отношении гипноза. Хороший гипноз и хорошая психотерапия черпаются из тех же источников и принципов (Haley, 1961).

Основной акцент в этой работе делается на трех принципах: (1) встреча с пациентом внутри его системы представлений, (2) создание небольших терапевтических изменений, которые соответствуют системе представлений пациента и следуют из нее, и (3) вызывание излечения (или транса) изнутри самого пациента (Beahrs, 1971; Haley, 1973).

Вторичная цель этой статьи заключается в представлении трех исторических примеров исцеления, основанных на предписании симптома. Это никоим образом не новая идея — направить человека на выполнение, а не на избегание симптоматического поведения. Использование предписания симптома на несколько веков предшествует появлению понятий «гипноз» и «психология». Эти исторические примеры иллюстрируют эриксоновские принципы гипноза и психотерапии.

Случай 1

Первый пример взят из эссе, опубликованном в «*Magnet*», журнале «живого магнетизма», в январе 1843 года в Нью-Йорке. Случай описан в статье, посвященной влиянию психологического принципа ассоциации на нравственность. Она была написана доктором медицины Бенджамином Рашем и опубликована посмертно.

«Один горожанин из Филадельфии предпринял много неудачных попыток вылечить свою жену от употребления спиртных напитков. Наконец, отчаявшись что-либо изменить, он купил боченок рома, откупорил его и ушел, оставив ключ в двери — там, где он его поставил, как будто бы забыв. Его план был прост: дать жене возможность уничтожить себя, выпив столько, сколько ей заблагорассудится. Женщина заподозрила, что это было его планом, и внезапно перестала пить. Гнев в этом случае стал противоядием от невоздержанности».*

Техника, использованная мужем в XIX веке, является классическим примером простого подхода к предписанию симптома. Когда

Rush, B. The moral faculty. *The Magnet*, 1843,1, 174—177.

способы непосредственного воздействия на жену полностью провалились, муж сдался и, сделав алкоголь доступным, негласно поощрил жену продолжать свое симптоматическое поведение. Хотя все его предыдущие прямые усилия не привели к изменениям, его новый маневр привел к парадоксальному результату, вызвав умеренность в ее поведении.

Много различных теорий, которые вовсе не являются взаимоисключающими, могут быть предложены для такого изменения поведения. В своем описании Раш подчеркивает гнев. Вацлавик и его коллеги (1974) используют понятие «изменение второго порядка» и могли бы описать это изменение с точки зрения семейной системы.

Довольно «гомеопатическим» образом был введен новый стимул (в данном случае «спрятанный» бочонок рома), что дало жене возможность оценить и изменить свое поведение на основе самостоятельно принятого решения. Вместо того чтобы менять свое поведение в ответ на чье-то явное указание, теперь она могла изменить его по своему собственному усмотрению, опираясь на свои собственные ресурсы и по-своему. Жена воспользовалась этим удобным случаем, чтобы отреагировать и изменить свое поведение, только тогда, когда смогла самостоятельно инициировать изменения.

Лучше всего использовать технику предписания симптома, опираясь на все те же принципы, а именно: у пациента есть ресурсы для содействия желательным изменениям, и в этом направлении в качестве инструмента может быть использовано собственное поведение пациента. Прежде чем представить более сложные примеры предписания симптома, нужно указать несколько дополнительных точек. Есть много примеров использования этой техники, которые просто кратко сообщают о применении парадоксальной инструкции и о последующем позитивном результате (напр., Frankl, 1960). Тем не менее, очевидно, что существует много аспектов терапии, которые вносят свой вклад в этот результат. Симптомы носят многогранный характер в этиологии и в проявлении, вот почему многогранный терапевтический подход, как правило, наиболее успешен.

В этой статье будет проанализирован только один конкретный метод предписания симптома. Однако любая техника используется в уникальном терапевтическом процессе, включающем в себя множество компонентов. Например, вмешательства, которые пред-

шествуют основному вмешательству или следуют за ним, играют важную роль в определении исхода терапии. В приведенных далее случаях нет одного крупного вмешательства. Вместо этого будет описан и проанализирован целый ряд вмешательств, основанных на предписании симптома. Читателю следует иметь в виду, что предписание симптома не должно быть явной или простой одномерной терапевтической директивой. Кроме того, любое описание конкретной техники многое не учитывает из богатства психотерапевтического процесса (например, момент и условия проведения интервенции), недооценивает необходимость гибкости со стороны терапевта и необходимость быть проницательным и продолжать диагностировать проблему и ситуацию.

Случай 2

Это тот первый случай, который Эриксон обсуждал со мной, объясняя свой терапевтический подход, когда я познакомился с ним в 1973 году. Описание случая содержит некоторые из собственных обоснований Эриксоном своей техники и его непосредственные высказывания.

«Что касается психотерапии, большинство терапевтов упускают из вида основное соображение. Человек характеризуется не только своей деятельностью, но и познанием и эмоциями, и любой человек защищает свой интеллект эмоционально. И не существует двух людей с абсолютно одинаковыми представлениями, но все люди будут защищать свои представления — независимо от того, основаны ли они на психотической или на личностной основе.

Когда вы понимаете, как сильно и насколько эмоционально человек защищает свои интеллектуальные представления, то осознаете, что первое, чего не следует делать в психотерапии, — это пытаться заставить его изменить свои мысли. Вместо этого вы следуете вместе с ними и меняете их постепенным образом, и создаете ситуации, в которых человек сам добровольно меняет свое мышление».

«Я думаю, мой первый настоящий психотерапевтический эксперимент был в 1930 году. Пациент одной государственной больницы в Уорчестере, штат Массачусетс, потребовал, чтобы его заперли в комнате, и проводил все время в тревоге и страхе, обмотав веревкой прутья железной решетки на окне. Он знал, что его враги собираются прийти и убить его, а окно было единственным, что в комна-

те открывалось. Толстые прутья решетки казались ему слишком слабыми, поэтому он укрепил их веревкой.

Я вошел в комнату и помог ему укрепить железные прутья веревкой. Сделав это, я обнаружил, что в полу комнаты есть трещины, и предложил заткнуть их газетой, чтобы его врагам не было никакой возможности до него добраться. Затем я увидел трещины вокруг двери, которые тоже следовало заткнуть газетами. Постепенно я заставил его понять, что комната была только одной из нескольких комнат в отделении, и принять обслуживающий персонал в качестве части своей защиты от врагов, затем саму больницу как часть своей защиты от врагов, затем Совет по вопросам психического здоровья штата Массачусетс, затем полицейскую систему, губернатора.

А затем я распространил это на сопредельные штаты, и наконец — я сделал Соединенные Штаты частью его системы обороны, что позволило ему отказаться от запертой двери, потому что у него было теперь так много других линий обороны. Я не пытался исправить его психотическую мысль, что его враги могут его убить. Я просто указал, что у него есть бесконечное число защитников. В результате пациент был в состоянии принять основание своей неприкосновенности и безопасно ходить по земле. Он прекратил свои безумные усилия. Он работал в больничном магазине, и с ним стало намного меньше проблем».*

Существует некая модель последовательности вмешательств Эриксона. Сопоставимая картина наблюдается во многих случаях его практики (Haley, 1973) и может быть поделена на три основных элемента, происходящих в следующей последовательности: (1) встреча с пациентом там, где находится пациент, (2) введение небольших изменений, которые согласуются с поведением пациента и вытекают из его поведения и понимания, и (3) вызывание неких действий и понимания со стороны пациента таким способом, который позволяет пациенту' инициировать изменения.

Сначала Эриксон встречается с пациентом там, где пациент находится. Находясь в «тревоге и страхе», пациент нуждается в защите. Оказывая пациенту помощь в процессе укрепления железных прутьев веревкой, Эриксон обеспечивает защиту в соответствии с системой представлений пациента и косвенным образом передает

Эриксон М.Х. Личное общение, 3 декабря, 1973, Феникс, Аризона.

ему целый ряд значительных посланий. Например, он косвенно устанавливает высокий уровень сочувствующего отношения. Пациент получает возможность понять на своем опыте, что Эриксон действительно понимает его проблему.

(Значение эмпатии в психотерапевтическом процессе исследовалось многими (напр., Carkhuff & Berenson, 1967). Эти исследователи традиционно подчеркивали важность открытых и словесных эмпатических высказываний со стороны терапевта. Эриксон соединил такие высказывания с недирективным стилем воздействия, чтобы продемонстрировать свое сочувствующее отношение к пациенту.)

Помогая пациенту укрепить прутья веревкой, Эриксон входит в метафору, которой живет пациент, и тем самым показывает пациенту, что уважает его действия по решению проблемы. Здесь нет попытки интерпретировать заблуждения пациента или заставить его немедленно изменить свое поведение. Скорее, Эриксон движется вместе с пациентом — на уровне его поведения и понимания. Если бы такие начальные вмешательства проводились в саркастической манере или с желанием хитрым образом вывести пациента из его симптомов, позитивный результат был бы ограниченным. Установка со стороны терапевта на сопереживание и уважение имеет решающее значение для обеспечения успешных изменений.

После встречи с пациентом на его уровне Эриксон использует психотическое поведение пациента, чтобы усилить взаимопонимание и создать базу для будущих изменений. Эриксон начинает процесс внесения изменений (находит трещины в полу и двери), которые находятся в согласии с тем, как пациент видит ситуацию (т.е. необходимо защитить себя от врагов). Кажется, что Эриксон погружает пациента даже еще глубже в его психотические представления, указывая на другие возможные слабые места в его защите (напр., на трещины в полу). Тем не менее, маневр Эриксона несет дополнительное подразумеваемое воздействие.

Указывая на недостатки в метафорических попытках пациента защитить себя, Эриксон становится неоспоримым защитником. Затем Эриксон строит на этом небольшие изменения и тонко помогает пациенту в передаче роли защитника другим лицам и учреждениям — до тех пор, пока сам пациент не придет к выводу, что он в безопасности. Более того, модификации, которые вносит Эриксон, вызывают рефрейминг того, чего пациент раньше боял-

ся, подчеркивая свою защитную природу в понятной для пациента манере.

Следует предположить, что в личной истории пациента есть ресурсы, которые можно использовать для осуществления изменений. Эти ресурсы (прошлые уроки) терапевт вызывает к жизни таким образом, чтобы пациент мог ими воспользоваться. Эриксон не должен открыто учить пациента тому, как вести себя в непараноидальной манере. Скорее, он может доверять тому, что у пациента существует многолетний опыт непараноидального поведения и что в определенных условиях пациент обнаружит, что снова может вести себя непараноидальным образом. Таким образом исцеление пациента происходит изнутри.

Первоначальный процесс психотерапии с этим пациентом был основан на встрече с пациентом в его системе представлений, а затем на внесении модификаций, которые пациент мог бы использовать для создания нового уровня своей деятельности. Этот процесс похож на танец, в котором один из партнеров начинает синхронизировать свои шаги с шагами партнера и, когда происходит синхронизация (и только тогда), он берет инициативу на себя и начинает вести.

В целом весь терапевтический процесс с этим пациентом был выстроен вокруг предписания симптома. В основном пациенту неявным образом рекомендовалось продолжать симптоматическое поведение до тех пор, пока, опираясь на новое понимание (чему в частности способствовали модификации, вносимые терапевтом), пациент не поменяет свое собственное поведение. Хотя некоторые терапевты могут участвовать в подобных терапевтических практиках способом, основанным на обмане или принуждении, — к данному случаю это не относится. Скорее, пациенту просто дается возможность осознать и изменить свое поведение более конструктивным и осмысленным образом.

Случай 3

Этот пример взят из книги дзэн-буддистских притч под редакцией Пала Репса. Точно никто не знает, когда была написана эта история, но, вероятно, это время исчисляется веками. Она приведена здесь, потому что это прекрасный пример психотерапии и потому что в ее основе лежит очень сложный подход к предписанию симптома. Рассказ называется «Покорение призрака».

«Молодая жена заболела и была при смерти. «Я так люблю тебя, - сказала она мужу. - Я не хочу оставлять тебя. Не уходи от меня ни к какой другой женщине. Если ты это сделаешь, я вернусь как призрак и принесу тебе бесконечные неприятности».

Вскоре жена умерла. Муж уважал ее последнее желание в течение первых трех месяцев, но потом встретил другую женщину и влюбился в нее. И они объявили о своей помолвке.

Сразу же после помолвки каждую ночь к мужчине стал являться призрак бывшей жены, обвиняя его, что он не держит своего обещания. К тому же призрак был умным. Он в точности рассказывал, что именно происходило между женщиной и его новой возлюбленной. Всякий раз, когда тот дарил своей невесте подарок, призрак описывал это в деталях. Она даже повторял их разговоры, и это так беспокоило человека, что он не мог спать. Кто-то посоветовал ему рассказать о своих проблемах мастеру дзен, который жил неподалеку от деревни. Наконец бедняга в отчаянии отправился к нему за помощью.

«Твоя бывшая жена стала призраком и знает все, что ты делаешь, — прокомментировал мастер. — Что бы ты ни сказал и ни сделал, что бы ты ни подарил своей возлюбленной, она знает. Она, должно быть очень мудрый призрак. На самом деле ты должен восхищаться таким призраком. В следующий раз, когда она появится, заключи с ней сделку. Скажи ей, что она знает так много, что ты ничего не можешь от нее скрыть, и что если она ответит тебе на один вопрос, то ты обещаешь разорвать помолвку и жить в одиночестве».

«Что за вопрос я должен ей задать?» — спросил мужчина.

Мастер ответил: «Возьми большую горсть соевых бобов и спроси ее, сколько бобов ты держишь в руках. Если она не сможет ответить тебе, ты будешь знать, что она всего лишь плод твоего воображения и больше не будет тебя беспокоить».

На следующую ночь, когда появился призрак жены, человек польстил ей, сказав, что она знает все.

«Конечно, — ответил призрак, — и я знаю, что ты ходил сегодня к мастеру дзен».

«И поскольку ты знаешь так много, — спросил мужчина, — скажи мне, сколько бобов я держу в этой руке?» И не стало больше никакого призрака, чтобы ответить на этот вопрос».

Три эриксоновских принципа были использованы в технике мастера дзен. Своим начальным вмешательством мастер дзен сразу

же встречается с мужем в понятной тому системе представлений. Мастер не поставил под сомнение идею о том, что бывшая жена стала призраком. Скорее он это подчеркнул и сделал отправной точкой. Кроме того, он решительно подчеркнул тот факт, что жена «знает все». Подчеркивая то, что человек осознает, что его покойная жена «знает все», мастер демонстрирует свое понимание и молчаливое принятие ситуации такой, как она есть. Однако это вмешательство служит еще и настройкой для последующего маневра — призрака спрашивают о количестве бобов, потому что к удовлетворению всех сторон уже было установлено, что призрак «знает все».

В следующем вмешательстве мастер подчеркивает позитивный аспект симптома — проблемы видения призрака (она «мудра и достойна восхищения»). Делая это, мастер вносит небольшую модификацию с двумя возможными эффектами. Во-первых, вмешательство привносит некоторое переосмысление ранее страшного объекта, превращая его в объект восхищения. Во-вторых, вмешательство заронило в мужа семя идеи, которая позже позволит ему принять призрака как позитивный плод собственного воображения. Когда он наконец примет призрак за плод своего воображения, этот плод воображения уже будет помечен как «мудрый и достойный восхищения», а не страшный. Следует также отметить, что ситуация структурирована таким образом, что человек может вызвать конфронтацию и тем самым вложить свои силы и участвовать в своем собственном «исцелении».

Потом мастер дзен автоматически предписывает симптоматическое поведение, поощряя мужа противостоять призраку. Для того чтобы вылечиться, он должен снова вызвать свой симптом.

Затем человек следует ведению мастера и использует в обращении с призраком технику, похожую на ту, которую мастер дзен использовал в разговоре с ним. Польстив призраку жены и сказав ей, что она «знает все», муж использует технику дзен-мастера и встречает призрака в системе представлений призрака. Кроме того, лично подчеркивая мысль, что призрак «знает все», муж продолжает завершающий маневр, спрашивая призрак о количестве бобов. В этом последнем маневре скрывается предварительно упомянутая идея о том, что в конечном итоге призрак будет переопределен как мудрый и достойный восхищения продукт воображения человека.

Другая важная часть техники мастера дзен заключается в том, что он структурирует ситуацию так, что мужу категорическим образом предоставляется «вынужденный» выбор из двух альтернатив, а именно: остаться одному или освободиться от призрака. Существует еще одно подразумеваемое условие — решение должно быть предстоящим (т.е. решение должно быть принято на следующей встрече с призраком).

Затем мужу дается задача, на которую он никак не может знать правильный ответ (т.е. количество бобов). В один короткий момент человек выбирает более желательную альтернативу и избавляет себя от своего призрака, «перехитрив» его. Поступая так, он может лично гордиться своей победой и косвенно подтвердить мудрость и достойные восхищения качества своего собственного воображения.

Выводы и заключение

Часто мотив обращения пациента за терапией заключается в том, что пациент хочет, чтобы на него повлияли с целью изменения его поведения, поскольку думает, что оно (то есть симптом) находится вне его контроля. Пациенты могут попросить психотерапевта помочь им ограничить их собственное поведение или попросить открыто контролировать их симптомы (напр., просьба о гипнозе). В этом заключается терапевтическая работа — помочь пациенту ограничить или контролировать его *собственное* поведение. Центральным понятием здесь является следующее: лекарство находится внутри пациента и может быть выявлено терапевтом. Это соответствует эриксоновской идее о том, что пациент имеет ресурсы в своей личной истории, чтобы осуществить те изменения, которые он желает. Предписание симптома является методом, позволяющим пациенту обнаружить и продемонстрировать самому себе, что у него есть такие ресурсы и что он может инициировать те изменения, о которых просит.

Лучше всего, когда при использовании техники предписания симптома пациента не обманывают насчет его симптома. Вместо этого пациенту помогают изменить симптом — собственной властью пациента, с помощью его собственных ресурсов и его собственной веры. Предписание симптома дает пациенту возможность осознать, оценить и изменить (или принять) свое собственное поведение, и это может быть сделано сознательно или вне пределов сознания.

Техника предписания симптома следует принципам гипнотического наведения и психотерапии, которые отстаивал Эриксон, подчеркивая: (1) встречу с пациентом в его системе представлений, (2) принятие и использование поведения пациента и его мотивации, чтобы внести небольшие терапевтические изменения, и (3) вызывание исцеления / транса, который ранее находился в спящем состоянии. Предписание симптома - это способ обойти естественное сопротивление изменениям и помочь пациенту использовать потенциал, который он ранее не осознавал.

В сопроводительной статье представление о технике предписания симптома будет расширено за счет описания его непосредственного клинического применения. Будут определены и описаны стили использования этой техники, а также рассмотрен вопрос, какой аспект симптомокомплекса можно выбрать для предписания.

Литература

- Beahrs, J.O. The hypnotic psychotherapy of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1971, 14, 73—90.
- Carkhuff, R.R. & Berenson, B.G. *Beyond counseling and therapy*, New York: Holt, Reinhart & Winston, 1967.
- Erickson, M. H. Further techniques of hypnosis-Utilization techniques, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1959, 2, 3—21.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. Varieties of double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1975, 17, 143-157.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.I. *Hypnotic realities*. New York: Irvington, 1976.
- Frankl, V.E. *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press 1963.
- Haley, J. Control in brief psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 1961,4,139— 153.
- Haley, J. *Uncommon therapy*. New York: Norton, 1973.
- Raskin, D.E. & Klein, Z.E. Losing a symptom through keeping it. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 548-555.
- Reps, P. (Ed.), *Zen flesh, Zen bones*. New York: Doubleday.
- Soper, P.H. & L'Abate, L. Paradox as a therapeutic technique: A review. *International Journal of Family Counseling*, 1977, 5, 10—21.
- Watzlawick, P. Weakland, J. & Fisch, R. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, New York: Norton, 1974.
- Zeig, J. K. Hypnotherapy techniques with psychotic inpatients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1974, 17, 56-59.

15

ТЕХНИКА ПРЕДПИСАНИЯ СИМПТОМА:

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ КОММУНИКАЦИИ

В предыдущей статье было отмечено, что лучшее использование техники предписания симптома базируется на трех принципах гипноза и психотерапии, исповедуемых Милтоном Эриксоном.* Эти три принципа состоят в следующем: (1) встреча с пациентом в его системе представлений, (2) использование поведения, мотивации и представлений пациента, чтобы внести небольшие терапевтические изменения и (3) оказание помощи пациенту в проведении изменений за счет его собственных ресурсов и собственного участия в изменении (Zeig, 1980). В соответствии с этим последним принципом в предыдущей статье подчеркивалось представление Эриксона о том, что у пациента в его личной истории есть ресурсы, чтобы произвести изменения, которые он хочет получить от терапии. Таким образом, задача терапевта состоит в том, чтобы *выявить* это «лекарство» внутри пациента. Благодаря предписанию симптома пациент может обнаружить и продемонстрировать самому себе, что может произвести те изменения, которые он хочет получить от терапии.

Целью данной работы является разработка использования техники предписания симптома на принципах эриксоновского гипноза и терапии. В то время как в предыдущей статье был представ-

Автор бесконечно благодарен Милтону Эриксону за его разрешение цитировать материал этого случая и А. Кирку МакКензи за его помощь в редактировании.

лен теоретический анализ и описание техники, данная статья обеспечивает идеи для прямого клинического применения.

Первый раздел этой статьи посвящен тому, какой аспект симптомокомплекса может быть предписан. Во втором разделе статьи представлены конкретные примеры различных стилей предписания симптома. Один из представленных случаев является примером из собственной практики Эриксона. Описаны также случаи работы автора с пациентами с тяжелыми расстройствами, демонстрирующие, что техника предписания симптома может быть использована и для такой категории пациентов.

Предписание элементов симптомокомплекса

На первый взгляд сконструировать предписание симптома для конкретного пациента, кажется, легко и просто. Например, при использовании предписания симптома для случая депрессии психотерапевт может сказать пациенту: «Я хочу, чтобы ты был по-настоящему депрессивным на этой неделе».

Однако предписание симптома может быть довольно сложным и не обязательно линейным, открытым указанием для выполнения предъявленной жалобы (см. Zeig, 1980). Симптом может быть разбит на составные элементы, а затем терапевт может выбрать определенные элементы для их предписания.

Элементы комму ника ним

Коммуникация представляет собой комплекс из восьми элементов: *контекстного, символического, поведенческого, когнитивного, эмоционального, установочного, элемента неоднозначности и элемента отношений.*

Коммуникации осуществляются в конкретном и уникальном контексте. Каждая коммуникация происходит только однажды в определенном времени и месте. Во всех коммуникациях присутствует элемент отношений. Некоторые подразумеваемые заявления об отношениях между участниками всегда присутствуют в любой коммуникации. (Представление о том, что коммуникации включают в себя маневры, связанные с определением отношений как комплиментарных или симметричных, хорошо разработано аналитиками коммуникации (напр., Haley, 1953; Watzlawick, Beavin & Jackson,

1967). Кроме того, использование симптоматического поведения в процессе определения отношений и получения над ними контроля было рассмотрено и Сасом [1961], и Хейли [1963]).

Все коммуникации содержат *символические* представления. Все слова и многие невербальные жесты являются символическими в том смысле, что означают и что-то другое. Одна из особенностей, отличающая человека от животных, заключается в его хорошо развитых и врожденных способностях реагировать на символические представления.

Коммуникация состоит из *когнитивного* элемента (мыслительного содержания), *аффективного* элемента (чувство тона) и сопутствующего *поведения*. Однако есть дополнительный элемент, который добавляет сложности: у человека существуют *установки* по отношению к любому элементу или набору элементов коммуникации. Эти установки заключаются в новом наборе действий, чувств и мыслей.

Существует еще один элемент в любой коммуникации. Коммуникации неоднозначны. Большинство коммуникаций (и практически все отдельные слова) имеют несколько значений. Таким образом, коммуникации могут происходить на уровнях, которые и отправитель, и получатель не воспринимают сознательным образом, но на которые они подсознательно реагируют. (*Неоднозначность* похожа на *установки* в том, что может быть применена к другим элементам. Каждый из остальных элементов может быть неоднозначным, например, в силу того что он не определен полностью. Таким образом, неоднозначность может подключаться к любому из семи других элементов.)

Существует много различных типов неоднозначности. Например, существует генетическая и историческая неопределенность, на которую терапевты учатся реагировать. Терапевты понимают, что пациенты говорят одно на одном уровне, но подразумевают другое на другом уровне. Терапевты тренируются, чтобы помочь пациентам расшифровать истинный смысл своей неоднозначной коммуникации.

Существуют и другие типы неоднозначности. Один тип неоднозначности связан с множественными значениями слов. Например, слово «вперед» имеет несколько различных значений. Неоднозначные множественные значения слов нечасто используются в технике

предписания симптома. (Хотя случай использования этого типа двусмысленности в сочетании с предписанием симптома будет приведен во второй части этой статьи).

Недирективность — это тип неоднозначности, который наиболее часто используется в сочетании с предписанием симптома. *Недирективность* относится к классу директив, которые более скрыты и не целиком указаны. Тогда пациент «проецирует» свой личностный смысл в свою реакцию (пациент также должен вложить в ответ свою энергию, поскольку он должен выяснить смысл этой коммуникации). Директивы могут выдаваться более или менее скрыто, а потому существует много форм недирективности.

Говоря кратко, в то время как любой терапевтический ответ содержит вышеупомянутые элементы, определенные виды терапии подчеркивают или ценят некоторые элементы больше, чем другие, в зависимости от теоретической направленности самой терапии. Например, в роджерсианской терапии подчеркивается коммуникативный аспект *чувств*. В психоанализе подчеркиваются *когнитивные* элементы. Последователи Скиннера подчеркивают *поведение*, а эмпирические терапевты (напр., Витакер и Мэлоун) и кайзеряианцы подчеркивают элементы *отношений*. Юнгианцы, конечно, подчеркивают *символические* элементы. Заслуга Эриксона состоит в том, что он подчеркивает то, как важно терапевту сохранять гибкость и оставаться вне прокрустовы ложа такой теоретической ортодоксальности (Эриксон М.Х., запись Г).

Симптомокомплекс

Симптом - это коммуникация (напр., Szasz, 1961). Также, как коммуникация может быть разделена на несколько составных элементов, можно разделить и симптом. Оценка симптома с точки зрения его элементов может повлиять на выбор стратегии лечения.

Терапевтические ответы или директивы (такие, как предписание симптома) могут быть составлены, чтобы подчеркнуть, обратить или изменить любой конкретный элемент симптома или набор элементов. Приведенные ниже примеры иллюстрируют как прямые, так и косвенные предписания симптомов, но большинство из них прямого, или явного типа. Все эти примеры предъявляют проблему

Эриксон М.Х. Личное общение, 3 декабря, 1973, Феникс, Аризона.

депрессии. Хотя эти примеры являются гипотетическими, в своей клинической практике автор использовал очень похожие формы.

Когнитивные элементы: «Есть определенные мысли, которые вы, возможно, не осознаете, и которые являются частью вашей депрессии. Я бы хотел, чтобы вы были в депрессии на этой неделе, так что вы сможете узнать что-нибудь об этих мыслях. Составьте список этих негативных мыслей и принесите его с собой на следующую сессию».

Аффективные элементы: «Вы сказали мне, что грустите большую часть дня, но вы, наверное, согласитесь, что существуют аспекты вашей грусти, о которых вы не знаете. Например, может быть, вы не осознаете возможные паттерны своего чувства грусти. Поэтому я хотел бы, чтобы вы отслеживали, как ваша грусть колеблется в течение дня, и я хотел бы, чтобы вы составили для меня график этой информации. Я думаю, это было бы полезно».

Поведенческие элементы: «Когда вы ощущаете депрессию, вы действуете по-разному. И есть много вещей, которых вы не осознаете в своем поведении. Сейчас я не знаю, можете ли вы действовать или нет, но это не имеет большого значения. Психологи знают, что поведение влияет на чувства настолько, насколько чувства влияют на поведение. Поэтому я хочу, чтобы вы действовали своим телом депрессивно. Сидите поникнув, почти не вступая в зрительный контакт с людьми и т.д. Я хочу, чтобы вы действовали своим телом депрессивно, когда бы вы ни вспомнили о моих указаниях это делать. Следите за тем, как это влияет на вашу депрессию».

Контекстные элементы: «На этой неделе я хотел бы, чтобы вы в течение 20 минут, три раза в день, возможно, после еды, шли к себе в гараж и там позволили себе роскошь остаться в одиночестве. Чтобы посидеть там и испытать самые длинные двадцать минут сжатой депрессии, которые вы только можете себе представить».

Элементы отношений: «Я не хочу, чтобы вы пока что-нибудь делали со своей депрессией, потому что ваша депрессия не дает вашему мужу ощутить его депрессию, и я думаю, что для вас быть в депрессии проще, чем для него».

Установочные элементы: «Проблема не только в вашей депрессии. Есть и еще кое-что. Например, я не думаю, что вы действительно проанализировали свое отношение к вашей депрессии. Поэтому на этой неделе я хочу, чтобы вы заметили все подробности

относительно своих мыслей и чувств по поводу того, что вы в депрессии».

Символические элементы: «Я хочу, чтобы после ухода вы нашли где-нибудь камень среднего размера и выкрасили его в черный цвет. Носите его с собой в течение пяти дней и возвращайтесь сюда через неделю».

Недирективные элементы:

«Я бы предпочел, чтобы вы ничего не делали на этой неделе со своей проблемой, поскольку вы ее понимаете».

«Один пациент, которого я знал, решил войти в свою депрессию на одну неделю, чтобы посмотреть, есть ли что-нибудь во всей этой боли, что было бы для него полезным».

Выбор элементов для предписания симптома

Должно быть ясно, что существует множество возможных предписаний и комбинаций предписаний, которые могут быть выстроены для каждого конкретного симптома. С учетом всех перечисленных выше категорий, существует ли схема для решения того, какое предписание для конкретного пациента является правильным? Я думаю, что нет. Тем не менее, существуют некоторые руководящие принципы, которыми можно воспользоваться.

Лучше всего предписание симптома действует, когда оно приспособлено к конкретному пациенту. Здесь, диагностическая проницательность клинициста имеет решающее значение. Если клиницист желает, чтобы пациент явно выполнял предписания, ему не мешало бы создать такое предписание, которое будет находиться в соответствии с коммуникацией, ценностями, ожиданиями, стилем, мотивацией и т.д. пациента. Кроме того, очень важно, чтобы терапевт ожидал, что пациент на самом деле выполнит задание (Haley, 1973).

Методы максимизации восприимчивости пациента

Если цель терапевта в том, чтобы пациент выполнял указания так, как они ему предъявляются, то можно кое-что сделать, чтобы максимизировать эту возможность. Для этого существует пять принципиальных возможностей: (1) использование обоснования, (2) использование недирективности, (3) предъявление возможностей пациенту, чтобы отказаться от некоторых, но не от всех заданий,

(4) использование любопытства пациента и (5) осуществление небольших поведенческих изменений на основе анализа описания, которое пациент дает своим симптомам.

Первый способ — *представить обоснование* — можно использовать, чтобы «загнать пациента в угол» и максимально усилить вероятность того, что он будет следовать указаниям. Читатель может заметить, что многие из приведенных выше примеров предписания симптома содержат четкие обоснования для выполнения задания. Например, пациенту предлагается продолжать находиться в депрессии, чтобы узнать что-то об особенностях его симптома. Можно предложить дополнительное обоснование для того, чтобы пациент продолжал свое симптоматическое поведение с целью изучить его модель поведения, поскольку психотерапевт должен иметь конкретные данные. Конечно, обоснование должно быть индивидуализировано по отношению к ценностям и мотивации конкретного пациента.

Второй способ — использовать *недирективность* для увеличения шансов того, что пациент будет выполнять назначенное задание. {*Недирективность* как форма неоднозначности «пронизывает» другие семь элементов. Любой из этих элементов может быть предписан более или менее косвенным образом.) В общем, степень использования недирективности прямо пропорциональна сумме ожидаемого сопротивления. С пациентом, который показывает, что не будет ни следовать предписанию, ни протестовать против него (и тем самым действовать более бессимптомным образом), я назначаю предписание более косвенно. Однако у недирективности есть и другое назначение при построении предписания. Я использую недирективный способ предписания симптома, чтобы узнать что-нибудь о мотивации пациента к изменению и о степени его восприимчивости к моим указаниям.

Третий способ заключается в *предоставлении пациенту возможности отказаться от части, но не от всего предписания*. Приведенный выше пример из контекстуально направленного предписания симптома был структурирован с этой точки зрения. В ответ на это предписание пациент мог отказаться от любого из условий (таких, как 20-минутный период времени, или от того, чтобы идти в гараж) и по-прежнему выполнять контекстуальный аспект пребывания в депрессии (и тем самым получить некоторый контроль над симптоматическим поведением).

Существуют и другие способы предоставить пациенту возможность выбора и / или отказаться от выполнения части предписания. Например, пациента можно направить на то, чтобы он составил список либо мыслей, либо чувств (но не того и другого сразу), которые окружают симптом. Далее можно дать два альтернативных предписания, одно из которых хуже или сложнее, чем другое. Пациента можно направить, чтобы он выбрал, какое предписание кажется для него «лучшим». Такой общий тип назначения полезен при работе с пациентом, который ценит принятие самостоятельных решений и, следовательно, не реагирует на явные указания.

Четвертый способ повышения восприимчивости заключается в том, чтобы *использовать любопытство*. Любопытство пациента по отношению к терапии можно использовать для выстраивания восприимчивости и усиления мотивации к выполнению задачи. Я внушал некоторым пациентам, что впоследствии на сессии, когда я сочту время подходящим, я хотел бы предоставить им указание, которое может показаться им полезным. Эта процедура — заронить семя идеи — стимулирует любопытство и усиливает мотивацию к принятию задачи.

Пятый способ, который я нахожу полезным, — это *анализ описания пациентом его симптомов*. Когда пациент предьявляет симптоматическую проблему, чаще всего я с интересом прошу его описать симптом во всех мельчайших подробностях. Особенно я интересуюсь тем, как его описание соответствует восьми элементам, из которых состоит любая коммуникация или симптом. Я отмечаю, какие элементы подчеркиваются, а какие — отсутствуют. Например, пациент может подчеркивать чувственный аспект симптома и игнорировать или исключать аспект отношений.

Я использую информацию относительно того, какие элементы симптомокомплекса подчеркиваются и какие игнорируются пациентом, чтобы вносить небольшие терапевтические изменения. Я использую информацию о том, какие элементы хорошо или плохо акцентированы, чтобы определить, какой элемент имеет центральное значение и важность для пациента. В основном, я буду *избегать* предписания относительно центрального элемента, по крайней мере, поначалу. Вместо этого я, как правило, выбираю периферический аспект симптомокомплекса и сначала предписываю его. Цель состоит в том, чтобы выбрать один из аспектов симптома, который

наиболее легко поддается изменению, и тем самым заставить пациента реализовать наименьшее возможное значимое изменение.

Благодаря тому, что пациент начинает с небольших поведенческих изменений, предписание симптома может быть использовано в своем оптимальном качестве. Как отмечается в предыдущей статье (Zeig, 1980), предписание симптома лучше всего использовать так, чтобы пациент понял, что он может влиять на свой симптом и что у него есть личные ресурсы для решения своей проблемы (это последнее понимание может не быть сознательным). При предписании симптома дело состоит не в том, чтобы обманым путем избавить пациента от симптома. Хотя предписание симптома может быть использовано для содействия перипетии* (напр., Frankl, 1963), оптимальное его использование заключается в содействии прогрессивным и постепенным, инициированным самим пациентом изменениям.

Дополнительные идеи для использования предписания симптома

Процедурой предписания симптома можно пользоваться для того, чтобы пациент не выполнил назначенное ему задание и в результате начал вести себя в бессимптомной форме. Кроме этого, можно использовать предписание просто для того, чтобы *заронить зерна* идеи, что пациент может установить определенный контроль над своим симптоматическим поведением. Как упоминалось ранее, ответ пациента на предписание симптома дает терапевту дополнительную диагностическую информацию. Однако надо учитывать, что предъявленная жалоба не обязательно является симптомом, который должен быть предписан.

При работе с пациентом, страдающим от хронических болей, на начальной сессии я предписал ему два разных симптома. Казалось, что у этого пациента был скрытый интерес — доказать, что никакие методы (ни психологические, ни фармакологические) не смогут оказать никакого влияния на уровень страданий, которые он испытывал. (Ситуация осложнялась еще и тем, что судебное разбира-

Англ. *perepetia* — перипетия, от греч. *perepeteia* — «внезапный поворот», по определению Аристотеля — «превращение действия в свою противоположность». — Прим. ред. пер.

тельство, связанное с его болезнью, еще не закончилось и «принуждало» его к лечению.)

Сначала я воспользовался предписанием симптома, имея в виду две терапевтические цели. Я был заинтересован диагностировать его сопротивление и восприимчивость и продемонстрировать ему, что он может повлиять на силу восприятия страданий. После получения подробного описания его боли я попросил его просто сидеть в кресле и сосредоточиться на боли, которую он испытывает в настоящий момент, и сообщать о любых изменениях (косвенное предписание симптома). Пациент сообщил, что никаких изменений нет.

Затем я дал ему домашнее задание — письменно составить прогноз того, как долго он сможет выполнять небольшие работы по дому (например, почистить салон своего автомобиля), прежде чем будет вынужден остановиться из-за боли. Я попросил его сделать для меня эти записи, потому что мне нужны некоторые исходные данные для построения программы лечения. Это благовидное обоснование было использовано, чтобы увеличить вероятность того, что он выполнит задание.

Одна часть симптоматической проблемы этого человека состояла в том, что он ожидал наступления боли. Ожидание боли вызывало напряжение и тревогу, что только увеличило его страдания. Таким образом, представленная жалоба (боль) была не единственным симптомом, который был предписан.

Этот случай также показывает, как предписание симптома может быть использовано для диагностических целей. И одна из целей предписаний состояла как раз в том, чтобы узнать, как пациент будет реагировать на мои указания. Таким образом, я хотел узнать что-нибудь о его мотивации и восприимчивости. Поскольку пациент не дал отклика ни на одно назначение, мы пришли к обоюдному согласию отложить терапию до того времени, пока судебное разбирательство не закончится.

В следующей части главы комплексное использование техники предписания симптома будет представлено на примерах из практики, чтобы очертить некоторые дополнительные способы использования предписания элементов симптома: (1) предписание симптома и присоединение позитивного или негативного аспекта симптома, (2) предписание симптома во время гипнотического наведения и (3) комплексное символическое предписание симптомов и реше-

ний. Случай, рассказанный автору Милтоном Эриксоном, будет использован в качестве примера предписания симптома на бессознательном и символическом уровне.

Есть случаи, в которых я не стал бы пользоваться предписанием симптома в качестве подхода. Тем не менее, нет таких диагностических групп, для которых такой подход не подходит.

Я бы не предписывал никакого самодеструктивного *поведения*, но мог бы предписать вместо него другие элементы. Например, я бы никогда не предписывал суицидального поведения, но некоторым пациентам я мог бы предписать суицидальные фантазии. Иногда пациенту бывает крайне важно понять, что иметь суицидальные мысли допустимо, в то время как недопустимо действовать, исходя из этих мыслей.

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Предписание позитивных и негативных аспектов симптома

Во время предписания симптома врач явно или неявно вносит терапевтические изменения в симптоматическое поведение. Например, терапевт может предписать симптом, а также провести внушения, чтобы усилить или ослабить любой из элементов симптоматического поведения. Когда что-нибудь добавляется или вычитается, возникает изменение в прежнем паттерне. Такое изменение можно спланировать. Иногда одного небольшого изменения достаточно, чтобы прервать паттерн поведения, которое раньше было обречено на провал.

Один из способов вызвать изменение — это добавить негативный или позитивный аспект симптома. В принципе, здесь терапевт вызывает *рефрейминг установки* пациента к симптому. Рефрейминг — это техника изменения отношения человека к симптому. Симптом может быть переопределен негативно или позитивно. Можно добавить негативный аспект, сделав симптоматическое поведение более тяжелым испытанием. Например, попросить пациента составить список симптоматических ощущений или составить схему длительности или модели симптоматического поведения, — этот трудоемкий процесс, который может сделать продолжение симптоматического поведения для пациента еще более некомфортным.

Позитивные стороны симптомов можно явно или скрыто подчеркивать в предписании. Следующие примеры иллюстрируют это.

Боб, двадцатилетний пациент, поступил в лечебный центр из местной больницы, где ему поставили диагноз параноидальной шизофрении и начали лечение. При поступлении в лечебный центр он производил впечатление довольно напуганного и подозрительного человека. Боб поступил в центр как раз перед началом занятий по групповой терапии, он согласился принять участие в работе группы, а затем придти ко мне на индивидуальный прием.

На приеме Боб испуганно и сдержанно заявил, чтобы люди выражали особое отношение к нему своими невербальными жестами. Он спросил: «Когда вы сняли свою обувь в группе, разве вы не сказали мне — прогнать?»*

Я ответил ему тепло и немного насмешливо, и это указывало ему, что я с удовольствием принимаю такие словесные ассоциации.

Зейг: Раз я ношу часы, значит, я говорю вам - остерегаться?

Раз я курю трубку, значит, я говорю вам - сбавить тон?

Раз я касаюсь своих губ, значит, я говорю вам - держаться молодцом?

Раз я смотрю на свои ногти, значит, я говорю вам, чтобы вы ловили на слове?

Раз я смотрю на ваши ребра, значит, я говорю, что подшучиваю над вами?"

Эта дружелюбная манера высмеивания симптомов была встречена теплым смехом. Боб остановил мой словесный поток, сказав: «О'кей, я все понял. Можете не продолжать».

Боб понял, что человек может создавать ассоциации, чтобы порадовать себя или чтобы испугать себя. Кроме того, следует отметить, что Боб сам остановил меня от этих ассоциаций. В то же время он остановил *себя* от создания таких ассоциаций. Впоследствии подобные ассоциации уже не становились для него проблемными.

Игра слов, омофоны: *shoe* — башмак, ботинок, *to shoo* — прогонять, вспугивать; — звучат одинаково. — *Прим. ред.*

В оригинале везде использованы омофоны, в которых некий предмет противопоставляется действию (при этом предлог, использованный с глаголом, вносит скрытый смысл) или идиоме: *a watch* — *to watch out*, *a pipe* — *to pipe down*, *lip* — *to keep a stiff upper lip*, *nails* — *to get things nailed down*, *ribs* — *to rib*. — *Прим. ред. nep.*

В приведенном выше примере симптом был предписан за счет *моделирования* симптоматического поведения. Позитивный аспект поведения был смоделирован таким образом, чтобы Боб мог принять его, и мог на него ответить. Боб получил возможность отказаться от своей параноидальной позиции, и он начал это делать.

Предписание симптома с помощью моделирования позитивного аспекта может быть использовано и в случаях с другим психотическим поведением. Пациентов, речь которых отмечена свободными ассоциациями, я бы вызвал на бой тем, что сам бы понес «бред сумасшедшего». Я бы хотел вывести их на некоторое время «из бреда сумасшедшего», а затем бессвязным образом отталкиваться от их ассоциаций, явно получая удовольствие от этого процесса. Я уже пользовался подобными вмешательствами, подстраиваясь под позу и поведение пациентов.

За счет моделирования поведения я встречался с пациентом на территории понятной и актуальной для него системы представлений. Я принимал его поведение и давал ему возможность оценить, осознать и изменить его. Я также указывал своим моделированием, что можно управлять таким поведением и использовать его для удовольствия.

Предписание симптома, включенное в гипнотическое наведение

Следующий случай содержит пример включения *неоднозначности* в предписание симптома. Используется также косвенный позитивный рефрейминг (изменение *установки*).

62-летний экспедитор просил провести с ним гипноз по поводу нескольких соматических симптомов, включая бессонницу, головные боли, импотенцию и напряженность. Это был «полихирургический» пациент, который в предварительной беседе предъявил мне длинный список проведенных с ним операций, а также заболеваний, которые он носил в своем теле. В течение последних 20 лет у этого человека были операции почти всех основных органов тела.

Одной из дополнительных представленных пациентом проблем было ощущение «бредового» зуда. В течение предыдущих двух лет у него был зуд, который часто появлялся в разных местах тела, но особенно на голове и на лице. Каждый раз, когда он собирался прикоснуться к зудящему месту, зуд передвигался в другую часть тела. Это была довольно фрустрирующая его проблема, поскольку она мешала ему работать и получать удовольствие от жизни.

Этот пациент был очень сильно настроен на гипноз. Он объяснил: «У одного из моих друзей был опыт гипноза, и если он смог это сделать, то я тоже смогу!» Его мотивация на достижение транса была использована для облегчения его проблемного зуда. И в начале гипнотического наведения пациенту было сказано: «Ваш внутренний разум может предоставить вам сигнал, что вы готовы войти в глубокий транс, и потому, когда ваш зуд достигнет подбородка, это будет сигналом от вашего внутреннего разума, что ваша рука может подняться и прикоснуться к нему, и тогда вы можете сделать глубокий вдох и войти в глубокое и комфортное состояние гипноза».

Никаких других упоминаний зуда во время курса лечения сделано не было. По его завершении пациент сообщил об улучшении предъявленной проблемы, и заявил, что зуд его больше не терзает.

Основанием для этого терапевтического вмешательства является предписание симптома, которое было вплетено в гипнотическое наведение. Зуд был предписан терапевтом таким образом, что служил тому, чтобы привести к чему-то позитивному и очень желаемому пациентом (то есть к развитию гипнотического транса). Таким образом, *установка* по отношению к зуду была косвенно изменена. Более того, формулировка предписания симптома была неоднозначной. Пациент мог интерпретировать инструкции как предложение прикоснуться как к зуду, так и к своему подбородку и таким образом, наконец, получить некоторое удовлетворение и облегчение.

Начало терапии с помощью вмешательства в бредовый зуд было целенаправленным. Этот пациент страдал от своего тела, которое находилось вне его контроля. Он легко научился (хотя и вне своего непосредственного осознания) управлять одним симптомом. Кроме того, он понял, какой тип управления необходим, чтобы войти в транс и вызвать релаксацию и другие гипнотические явления. За счет этого у него появилась уверенность в том, что он может немного управлять своим телом, и тем самым он понял, как управлять его симптомами. Периферический симптом (неукротимый зуд) был использован в качестве отправной точки.

Символическое предписание симптома

Символические представления, в том числе такие аспекты поведения, как речь и сны, характеризуют поведение человека. Люди сознательно и бессознательно реагируют на символы. Эриксоном (за-

пись 2)* описан случай, когда он использовал символическое назначение, чтобы помочь вызвать изменения у пары, обратившейся за супружеской терапией.

Оба супруга в течение многих лет принимали участие в долговременной психотерапии. Тем не менее, они думали, что им нужно еще больше. Кроме того, муж считал, что он не успешен в своем бизнесе.

Выслушав их рассказ, Эриксон спросил, была ли это их первая поездка на Запад. Когда они ответили, что так и было, Эриксон сказал им, что пейзаж в Фениксе отличается от восточного пейзажа, к которому они привыкли, и что они «должны открыть для себя кое-что о мире», в котором они живут. Таким образом, они должны были выполнить несколько заданий.

Эриксон дал мужу задание забраться на одну из пустынных местных гор. Одновременно с этим он дал жене задание посетить местный дендрарий. Они должны были сообщить о своем опыте на следующий день.

На следующий день муж сообщил, что это был замечательный опыт. Он сказал, что обрел новую перспективу, с вершины горы все выглядело иначе. Жена, однако, заявила, что провести половину дня в дендрарии, наблюдая одно и то же, снова и снова, было одним из самых скучных событий, что с ней когда-либо случались. Она сказала, что это была пустая трата времени.

Впоследствии паре было поручено поменяться заданиями. Он должен был пойти в дендрарий, а она должна была подняться на гору.

Муж сообщил, что у него был другой приятный опыт. Он сказал, что был поражен, увидев так много различных сортов растений. Он сказал, что мог бы проводить там дни, наблюдая за всем интересным.

И снова у жены был не такой опыт, как у мужа. Ей не понравилось, и она «проклинала» Эриксона «на каждом шагу». Тем не менее, она действительно утверждала, что почувствовала мимолетное чувство выполненного долга, когда достигла вершины.

Следующим указанием Эриксона было предложение, что поскольку он сам назначал им предыдущие задания, то пусть теперь они сами выберут себе индивидуальное задание и придут на следующий день, чтобы рассказать ему.

Эриксон М.Х. Личное общение, 25 марта, 1976, Феникс, Аризона.

Далее следует собственное описание Эриксона его последующих указаний и их влияния:

«Он (муж) пришел и сказал: «Я вернулся в дендрарий. Нашел его еще более увлекательным». А она (жена) сказала с некоторым смущением: «Я снова поднялась на эту гору. Я знаю, что поклялась больше никогда этого не делать, но сделала». Всю дорогу вверх я проклинала вас. Всю дорогу вниз я проклинала вас. Какой глупый поступок».

Я сказал: «Ну, ваша терапия теперь закончилась. Вы можете возвращаться домой».

У них был любопытный разговор на обратном пути домой. Так что же все-таки я сделал? Насколько я глуп? Что все это значит? Она сказала, что я круглый дурак. Я просил ее потратить время на то, чтобы делать совершенно не интересные вещи.

Он защищал меня. Он сказал, что я дал ему возможность получить новый опыт.

По дороге домой из аэропорта до своего дома она сказала: «Когда я приду домой, я собираюсь взять машину и пойти покататься».

Он сказал: «Это неплохая идея. Думаю, я тоже покатаюсь».

Она поехала к своему психотерапевту и сказала ему, что закончила с психотерапией. Потом она поехала к своему адвокату и подала на развод.

Он поехал к себе в офис и привел все свои бумаги в порядок.

Он понял, что был успешным, поехал к своему психотерапевту и сказал, что закончил с психотерапией.

Он приехал домой, как и его жена, и она рассказала ему, что она сделала. Он был совершенно сбит с толку и позвонил мне.

Он хотел, чтобы я вразумил его жену. На что я заметил, что я не адвокат, и отказался обсуждать этот вопрос. Я сказал, что никогда не обсуждал развод ни с одним из них, так что и сейчас я не собираюсь брать на себя за это ответственность.

Когда их развод состоялся, я написал ему объясняющее письмо: «Я позволил тебе узнать, (что) в жизни есть кое-что приятное. Я позволил жене узнать, (что) каждый день длился дольше самого себя. И вы всходили на гору семейного раздора в течение многих лет, ощущая мимолетное чувство триумфа, когда каждый день завершался».

С тех пор я о ней слышу. Прошло уже более года. Она счастлива и хорошо устроилась. А он очень хорошо справляется со своим бизнесом. Он так рад, что не женат на этой женщине.

Она так рада, что не замужем за ним» (Эриксон М.Х., запись 2*).

Символическим образом Эриксон дал паре возможность узнать самих себя. Годами эта пара ежедневно всходила на «бесплодную гору» семейного горя. Этот конфликт был выражен в символе и конкретизирован в задании подняться на пик бесплодной горы. Таким образом, симптом был предписан на символическом уровне.

В дальнейшем Эриксон продемонстрировал свою веру в позитивную целительную силу, которую люди могут генерировать бессознательно. Идея Эриксона состояла в том, чтобы пара поняла свое собственное поведение, и было совсем не важно, что делают они это не на сознательном уровне.

Два места требуют дополнительного обсуждения. Во-первых, некоторые решения были косвенно и символически предписаны. Эриксон заставил их делать задания индивидуально, он заставил их «пойти разными путями». Кроме того, Эриксон заставил их взобраться на вершину горы, где они могли познать «высшую точку зрения» и «более широкую» перспективу. Эриксон описал их реакцию на свои задания таким образом. «Он получил новый взгляд на жизнь. Он не знал, о чем он говорит, но говорил правильно. А ей надоело все одно и то же, снова и снова. Она не знала, о чем она говорит, но говорила правильно» (Эриксон М.Х., запись 3**).

Дополнительно следует рассмотреть терапевтическую стратегию Эриксона, которая состояла в назначении задания на третий день, вместо того чтобы остановиться после первых двух заданий.

Третье задание заставило пару выбрать свое собственное индивидуальное задание. Этот маневр важен и элегантен своей тонкостью. Добавление последнего задания служит прекрасным примером элегантности, характерной для терапевтического мастерства Эриксона. Назначив это третье задание, Эриксон символически и косвенно подчеркивает свободу выбора, которую супруги имеют в поддержании (или в изменении) их текущей ситуации. Он дает им возможность узнать, что они имеют стойкие (и расходящиеся) пат-

Эриксон М.Х. Личное общение, 25 марта, 1976, Феникс, Аризона.

Эриксон М.Х. Личное общение, 21 марта, 1978, Феникс, Аризона.

терны. Опять же, совершенно не нужно, чтобы пара сознательно поняла, в чем состоит послание, подразумеваемое с помощью указания Эриксона выполнить третье задание.

Предписание симптома — это техника психотерапии, которая может использоваться для любой диагностической группы, даже для пациентов с тяжелыми расстройствами. В соответствии с эриксонскими принципами лучше всего предписывать симптом, производя небольшие терапевтические изменения, вытекающие из поведения пациента. Эти изменения могут позволить пациенту узнать себя и показать самому себе, что у него есть ресурсы, чтобы эффективно справиться со своей проблемой. Таким образом, появляется «лекарство», которое ранее находилось в спящем состоянии. Предписание симптома дает пациенту возможность распознать, оценить и изменить (или принять) свое проблемное поведение.

Предписание симптома сродни диалектическому процессу. Тезис представлен пациентом (жалоба). Антитеза представлена терапевтом (предписание симптома). Наконец, возникает новый синтез.

В этой статье были очерчены элементы симптомокомплексов и примеры, которые могут быть использованы для формулирования предписания симптомов. Кроме того, были предоставлены конкретные примеры сложного использования элементов симптомокомплекса и комбинированного использования этих элементов.

Литература

Haley, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grime & Stratton, 1963.

Haley, J. *Uncommon therapy*. New York: Norton, 1973.

Frankl, V.E. *Man's search for meaning*. New York: Washington Square press, 1963.

Szaz, T. *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper, 1951.

Watzlawick, R, Beavin, J., & Jackson, D. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.

Zeig, J.K. Symptom prescription and Ericksonian principles of hypnosis and psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, this issue.

Статья первоначально была опубликована в Американском журнале клинического гипноза, т. 23. № 1, июль 1980. С. 23—33.

Части этой работы были представлены на двадцатой ежегодной научной конференции Американского общества клинического гипноза, 22 октября, 1977, Атланта, штат Джорджия.

УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

- Araoz, D. 154
Alexander, Franz, 55
Ambrose & Newbold, 285
Asch, Shalom, 262
Barber, T.X., 169, 197, 220, 274
Beahrs, 314, 333
Beavin & Jackson, 344
Beck, Aaron, 72
Berne, Eric, 17, 28, 216
Bemheim, 95, 169
Braid, 95
Cabianca, William, 233
Carkhuff & Berenson, 337
Charcot, 95
Chomsky, Noam, 217
Cooper, L. M., 264, 273
De Shazer, 119
Dolan, 119
Dunn, Joseph, 95
Edgette, J.H., & Edgette, J.S., 206
Edmundston, W.E., 169
English, Spurgeon, 48
Fisch, Weakland, & Segal, 149, 180, 214
Freud, 96, 308
Geary, Brent, 22, 202, 204, 233
Gill, M.M. & Brenman, M., 169, 220
Gilligan, Stephen, 116, 119
Gottman, John, 100
Gravitz, M.A., Mallet, J.E., Munyon, P.T.
& Gerton, M.I., 285
Greenleaf, Eric, 320
Gresham, William, 234
Haley, Jay, 24, 95, 107, 119, 144, 182, 230-
233, 262, 263, 265, 269, 277, 293,
325, 328, 333, 336, 344, 345, 348
Hendricks, Ives, 48
Hilgard, Ernest R., 168, 169, 219
Janet, Pierre, 168, 219
Jung/Jungians, 28, 346
Kaiserians, 346
Kernberg, 72
Kubie, Lawrence, 48
Lankton, C. H., 326
Lankton, S. & Lankton, C. H., 119, 277
279, 320, 324, 328
Malone, 346
Massey, M., 134, 212, 234
Masterson, 72
Mead, Margaret, 33
Mesmer, 95
Minuchin, 72
Moreno, Jacob, 56
O'Hanlon, W., & Wilk, J., 119
Papp, Peggy, 56
Peris, Fritz, 56
Raskin & Klein, 332
Reps, Pal, 338
Ritterman, M.K., 77, 154, 158, 214, 328
Rosen, Sidney, 220
Rossi, Ernest, 118, 119, 127, 188, 195, 200,
230, 252, 277, 263, 308, 320, 326,
332
Rossi, E.L. & Rossi, S., 170, 220, 230
Sarbin, T.R., 220
Sarbin, T.R., & Coe, W.C., 169, 220
Satir, Virginia, 19, 56
Schacter, Daniel, 101, 236, 237, 240
Sherman, Steven, 231
Shor & Orne, 273
Skinner, B. E, 346
Soper & L'Abate, 332
Thompson, Kay, 26
Veatch, 289, 296
Watzlawick, Paul, 217, 297, 308, 344
Watzlawick, Weakland & Fisch, 180,
332, 334
Weitzenhoffer, A. M., 169, 219, 220
Whitaker, Carl, 19, 39, 83, 314, 346
Wizard of Oz, 235, 259
Yapko, M., 119, 234, 321, 324

* Здесь указаны ссылки на использование имен авторов по тексту книги, библиографические данные указаны отдельно в конце каждой главы. — *Прим. ред.*

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Адаптация (подгонка), 49, 81, 132, 149
«Аллея кошмаров», роман, 234
Американское общество клинического гипноза (ASCH), 287, 296—300
Амнезия, 261—284, 325
 техники создания, 266—284
 структурированная, 277, 325
ARE, модель наведения, 22, 202
Аспекты влияния, 314—330
Ассоциации направляющие, 31, 46, 83-89, 101
Атрибуция, 120
 позитивная, 177—178
Автономное изменение, см. *Изменения с опорой на самого клиента*
Ботанический сад в Фениксе, 326
Включение, 121, 177
Вкрапления техника, 31, 68—69, 289—290
Восприимчивость к нюансам, см. *Минимальные сигналы*
Встроенные команды, 201
Выбор точек вмешательства, 49, 146—152
Выявление гипноза (транса), 206—208
Гипноз
 с точки зрения клиента, 221—223
 определение ситуации как гипноз, 171-172, 175-177
 определения, 168—171, 175—177, 219-220
 эриксоновский, 175—177, 196—208, 209-226
 традиционный, 175—183, 195—196, 219-226
 сопоставление эриксоновского и традиционного, 168—171, 195-196, 183-186, 219-226
Гипнотическое переопределение (рефрейминг), 121—122, 180—182
Группа Института психических исследований, 332
Диагноз против оценки, см. *Оценка, против диагноза*
Диссоциация, 197,206
 диссоциативные утверждения, 134
Догипнотич. внушения, 149, 232—234
Замешательства техн., 278—279, 323—324
Идеомоторное поведение, 118
Изменение интенсивности, 173, 186, 198, 221
Изменения с опорой на активность самого клиента, 211—216, 225
Изменения, инициированные пациентом, см. *также Изм. с опорой на активность клиента*, 163, 331, 351
Измененное осознание, 173, 190—192
Импровизация, 23, 56—59, 103
Индуктивные ответы (цели), 167, 172-177, 184-185
Информированное согласие, 287—296
«Испытание Эриксоном», 144
«Как будто», техника, 276—277
Ключевые слова, 279—280
Комиссия Британской медицинской ассоциации по гипнозу, 285
«Магнит», журнал, 333
Минимальные сигналы, 80, 171 — 183, 199, 215, 222-226, 309-314
Многоуровневая коммуникация, 78, 102-103, 216-218, 271, 275
Множественные встроенные метафоры, 277
Набор «да», 36, 200
Наведение опыта раннего обучения, 252
Наведение, 167—192, 195—208
 продвинутые методы, 180—183
 и поддержание проблемы, 187—192
Намеки, см. *Минимальные сигналы*
Нелогичность как техника, 323—324
Недирективные, 172, 188, 209—219, 319, 346-350
Недирективные гипнотические методы, 172, 200-208, 209-223
Необычная терапия, 95, 230
Неожиданность, 179
Неоднозначность, 344—345, 355—356
Непрозвольные (диссоциативные) ощущения, 174
Непроизвольны й (диссоциативны й) отклик, 174
Нюанс, см. *Минимальные сигналы*
Обучающий семинар с Милтоном Эриксоном, 179, 251, 257, 323

- Ориентация в направлении цели, 30, 65-67, 77, 79
- Отвлечение, 275-276
- Оценка, 150—163
эмпирическая, 61-69
против диагноза, 96-99
- Пик Скво, Аризона, 21, 326
- Поглощение, 157, 203—204
техники, 203—204
- Подгонка (адаптация), 49, 81, 132, 149
- Подразумеваемая причинность, 202
- Позитивная атрибуция, 178
- Позиция психотерапевта, 50—51, 150—152, 213
- Посев идей (предвосхищение), 24-25, 182-183, 229-259, 280, 321-326
в литературе, 182, 234—235
- Последовательности, 154—159
- Прайминг, 232-242, 249, 257
- Предвосхищение, см. *Посев идей*
- Предписание симптома, 121, 326—360
- Предписывающая коммуникация, 209, 216-223, 270-271
- Предписывающие методы гипноза, см. *Недирективные методы гипноза*
- Призыв, терапия как, 19, 78—79, 135—136
- Приложение к воздействию, 176
- Проблемы как симптомы, 187
поддержание проблемы/решение проблемы, 187—192
- Процесс (SIFT), 134, 149-152, 214-215
- Профессиональное развитие терапевта, 51—56, 103
- Психоаэробика, 59—73, 103—104
- Развитие проницательности, 69—70, 81
- Разговор с телом, 26
- Ратификация транса, 120, 177—178, 202-206
- Ридерс Дайджест, 315
- Реальность ситуации, 45, 121, 310—311
- Ре-ассоциация внутренней жизни, 31, 75, 92, 99, 136
- Рефрейминг, см. *Гипнотическое переопределение*
- Роджерсовская терапия, 346
- Роршаха тест, 180
- Свобода выбора, 287—297
- «Символическая гипнотерапия», видеозапись, 250
- Символическое предписание, 122
- Симптом, ключевые слова, 159-161
- Симптомокомплекс, 341—342
- SIFT-процесс, см. *Процесс*
- Социальное влияние, 305-330
принципы, 315—330
- Стандарты обучения, 297—301
в Фонде Эриксона, 297—301
- Техн. использования симптома, 338-341
- Театр как модель подготовки, 23, 56—59
- Терапевтические позиции, 19—36
- Терапевтическая задача, 326—327
- Транс, характеристики, 196—137
- Транзактный анализ, 217
- Техника «зрительных, слуховых и тактильных стимулов 4, 3, 2, 1», 110—111
- Упаковка подарка, 36, 49, 77, 102, 131—132, 148-152, 160, 213-214
- Утилизация, 34, 44, 71, 82, 115—136, 139—163, 167-183, 245-246, 306-308
в индивидуальной и семейной терапии, 123—125
принципы, 126—129
техники, 139—163, 177—183
- Фигуры речи, 142—144, 161—163
- Фокусированное осознание, 261, 265
- Фонд Милтона Эриксона, 202, 233, 250, 298-301
- Фракционирование, 325
- ЭЗС (SEE, Эмоционально значимое событие), 134, 234, 248
- Элементы коммуникации, 344—346
- Эмпирическая оценка, 61-69
- Эмпирическая модель подготовки, 48—73
- Эриксон, Милтон Х.:
терапевтический подход, 146—147, 209-218, 220-223, 306-330
об информированном согласии и гипнозе, 289-296
терапевтические позиции (стили), 44-47, 77-93
- Эриксоновский алмаз, 51, 129
- Эриксоновский подход к гипнозу и психотерапии, международный конгресс, 15, 33, 42, 155, 262
- Этические принципы Американской медицинской ассоциации, 285-297
- Этические проблемы гипноза, 285—301
- Эшер, гравюры, 219
- Юмор как техника, 26, 324
- Ярлыки для активации, 236

Джеффри К. Зейг

СЛИЯНИЕ

Эриксоновский гипноз и терапия

Перевод с английского под общей реакцией Галины Бутенко

Научный редактор: М.Н. Гордеев

Все права защищены.

Никакая часть этого издания не может быть скопирована, перепечатана, записана или воспроизведена в какой-либо форме или каким-либо образом, или сохранена в какой-либо базе данных или поисковой системе без предварительного письменного разрешения владельцев прав.

Главный редактор: *Бутенко Г.П.*

Редакторы: *Бутенко К.В., Соколова Ю.Н.*

Художественный макет: *Алина Г.П.*

Верстка текста: *Данила А. К.*

Дизайн переплета: *Зотова Н.А.*

Корректор: *Чаркова Н.И.*

Подписано в печать 19.03.2013.

Формат 60 x 90/16. Печать офсетная. Печ. л. 23.

Тираж 3000. Заказ № 7196.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24.

Тел./факс: (495) 988-6429, (499) 188-1932

E-mail: psybook@list.ru; psybook@narod.ru

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:

(495) 988-6429, (499) 188-1932

<http://www.optbook.narod.ru>

Отпечатано в ОАО «Издательство «Высшая школа»

филиал ордена «Знак Почета»

«Смоленская областная типография им. В. И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, 2.



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Свидетельство о государств. аккредитации № 010576 от 11.11.2010 г.
Государственная образов. лицензия на ДПО № 027157 от 22.06.2010 г.
Государственная образов. лицензия на ВПО № 001402 от 06.06.2011 г.
www.psyinst.ru; www.psygrad.ru; www.psybook.ru
127055, г. Москва, ул. Новолесная, д. 6 "Б", стр. 1
☎/факс: (495) 987-44-50 (многоканальный, с 10 до 20 час.)

ПРОГРАММА ПО ЭРИКСОНОВСКОМУ ГИПНОЗУ И ЭРИКСОНОВСКОЙ ТЕРАПИИ

с выдачей государственных свидетельств и дипломов
с возможностью посещать отдельные семинары

*Автор и ведущий программы – профессор,
д. м. н., к. психол. н. Гордеев М. Н.*

ПРОГРАММА ПРОХОДИТ ПО ВЫХОДНЫМ

1. Основной модуль программы

Данный модуль предполагает получение фундаментальных знаний и умений в области эриксоновского гипноза. Рассчитан на широкий круг обучающихся и является основой для уверенной и успешной работы в области гипнотерапии.

- Базовый курс эриксоновского гипноза (ЭГ) и эриксоновской психотерапии – 48 час.
- Терапевтические метафоры в эриксоновской психотерапии – 24 час.
- Искусство гипнотерапии. Стратегии и тактики работы в ЭГ – 24 час.

2. Специализированный модуль – "Совершенный гипноз"

Данный модуль ориентирован на обучение продвинутым приемам формирования транса – от быстрого наведения до идей, позволяющих работать на глубинном уровне, нацеленных на поэтапную трансформацию личности.

Освоение этих подходов позволит работать с особо сложными ситуациями, встречающимися в психотерапии – от сильного сопротивления до патологии.

- Гипноанализ как поиск в бессознательном – 24 час.
- Левитация. Катаlepsия. Использование идеомоторных феноменов – 24 час.
- Техники быстрого наведения транса – 24 час.
- "Необычный" гипноз Дэвида Гроува – 40 час.
- Глубинная аналитическая гипнотерапия – 24 час.
- Гипнотерапия вне транса – 24 час.
- Внушения в бизнесе и повседневной жизни, защита от гипноза – 24 час.
- Генеративный транс Стивена Гиллигена – 32 час.

3. Модуль по использованию эриксоновского гипноза в работе с различной проблематикой

Семинары рассчитаны на освоение стратегии и выработку тактики психотерапевтического воздействия при различных заболеваниях. Рассматриваются не только подходы в эриксоновском стиле к проблемам и болезням, но и предлагаются новые идеи для трансовых наведений, не рассмотренные ранее.

- Эриксоновская терапия последствий психологической травмы и насилия – 40 ч.
- Эриксоновская терапия психосоматических расстройств и онкологии – 40 час
- Эриксоновский гипноз в работе с зависимостями и созависимостью – 40 час.

Факультативы

- Семинар-тренинг "ПУТЕШЕСТВИЕ ГЕРОЯ" – 40 час.
- Классический гипноз, терапия зависимостей, заикания, энуреза – 40 час.

ЛЕВИТАЦИЯ. КАТАЛЕПСИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИДЕОМОТОРНЫХ ФЕНОМЕНОВ

- Идеомоторные феномены как связь с бессознательным. Катаlepsия, способы её индукции и использование. Контроль эмоциональных всплесков в транссе.
- Левитация, её индукция и применение в качестве обратной связи для запуска и контроля процессов глубинной трансформации. Прием Эриксона для создания левитации. Возможности работы с проблемой без выведения ее в сознание.
- Подход с идеомоторными движениями рук по России. Способ работы с тремя универсальными вопросами. Терапия внутриличностных конфликтов.
- Индукция феноменов автоматического письма, автоматического рисунка.

ГЛУБИННАЯ АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

- Способы получения информации из бессознательного в трансовом состоянии.
- Глубинная эриксонская ПТ с использованием символов, архетипических образов.
- Терапевтические трансы "Встреча с мудрецом", "Работа с Маской", "Работа с Персонею". Проявление Анимы и Анимуса. Встреча с Тенью. Постигание "центра" личности.
- Приемы проявления и интеграции бессознательных структур. Аналитические трансы.
- Терапевтическая ценность изменений. Работа со сновидениями в ЭГ.

ГИПНОТЕРАПИЯ ВНЕ ТРАНСА

- Приемы гипнотерапевтической работы без наведения транса. Суггестия в бодрствующем состоянии. Способы контроля и углубления естественного транса.
- Вербальные приемы трансформации ограничивающих убеждений. Фокусы языка. Терапевтические метафоры для бодрствующего клиента.
- Техника встроенных сообщений. Варианты использования монолога и диалога.
- Парадоксальные интервенции. Принципы их создания, преподнесения клиенту.

ТЕХНИКИ БЫСТРОГО НАВЕДЕНИЯ ТРАНСА

- Ситуации, вызывающие необходимость быстрого наведения транса. Поведенческие паттерны гипнотерапевта при быстром наведении. Приемы создания и углубления транса.
- Возможности быстрого наведения транса в самогипнозе.
- Директивное наведение Элмана. Пошаговое описание быстрой индукции транса.
- Возможности различной комбинации шагов, адаптация наведения под клиента.
- Как моментально ввести клиента в транс на следующей сессии.
- Наведение с использованием замешательства и др. способов.

ВНУШЕНИЯ В БИЗНЕСЕ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ. ЗАЩИТА ОТ ГИПНОЗА

- Шесть базовых принципов управления другими. Суггестия вне транса. Виды внушений.
- Противодействие внешнему воздействию. Способы защиты от гипноза.
- Внушения в переговорах, выступлениях. Приемы манипуляции и контрманипуляции. Внушения в рекламе. Создание гипнотических текстов.
- Использование визуального и аудиального воздействия.
- Выявление признаков "криминального гипноза".
- Экспертная оценка возможного гипнотического воздействия.

ГЕНЕРАТИВНЫЙ ТРАНС СТИВЕНА ГИЛЛИГЕНА

- Основные идеи генеративного транса Ст. Гиллигена. Пять элементов генеративного подхода. Трансформация проблемного состояния в продуктивное развитие.
- Шаги сессии генеративной трансформации. Приемы гипнотической работы в зависимости от запроса, от трансовых переживаний клиента.
- Техники наведения генеративного транса: "Шар энергии", "Кельтский крест", "Проектирование будущего" и др. Работа с внутриличностными конфликтами.
- Глубинная интеграция. "Путешествие героя".

ДОКУМЕНТЫ ПО ИТОГАМ ОБУЧЕНИЯ

- Государственное свидетельство об усовершенствовании получают врачи и психологи, прошедшие не менее 288 час. обучения, включая супервизию.
- Диплом о профессиональной переподготовке по психотерапии получают психиатры, прошедшие не менее 288 час. очного обучения, включая супервизию.
- Диплом клинического психолога - данная программа включена в курсы профессиональной переподготовки по клинической психологии со специализацией по ЭГ и ЭПТ

БАЗОВЫЙ КУРС ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА И ЭРИКСОНОВСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, часть 1-я

- Базовые понятия ЭГ. Подстройка и ведение, наблюдение за клиентом.
- Структура сеанса, этапы терапевтической сессии. Вопросы, обсуждаемые в первой беседе и последующих. Переход от беседы к трансу.
- Транс, его виды, признаки, спонтанное и управляемое изменение глубины транса (микродинамика). Структура и составные элементы транса.
- Приемы наведения и выведения из транса, особенности фраз, утилизационный подход к созданию и использованию транса.
- Транс "Путешествие в ресурсное место".

БАЗОВЫЙ КУРС ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА И ЭРИКСОНОВСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, часть 2-я

- Понятие психологического ресурса, принципы достижения и использования.
- Ресурсный транс, его наведение и использование, роль в терапии.
- Конкретные виды ресурсного транса: сопровождение в приятном воспоминании, путешествие в ресурсное место, ресурсные метафоры.
- Возрастная регрессия. Приемы достижения ресурсных и негативных воспоминаний.
- Контроль эмоций в трансе. Использование положительных эмоций.
- Самогипноз, его цели и использование в терапии, обучение самогипнозу.
- * Внушения. Принципы вербальной и невербальной суггестии. Приемы невербальной коммуникации и управления. Виды внушений. Их использование в зависимости от ситуации (контекста общения), глубины транса.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТАФОРЫ В ЭРИКСОНОВСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

- Виды метафор, их построение и использование в эриксоновской терапии.
- * Метафора сравнения, диагностика, трансформация в терапевтическую метафору.
- * Терапевтическая метафора как основной вид суггестии в эриксоновском гипнозе.
- * Встроенная метафора. Двойная и тройная спирали по Эриксону.
- Структура, особенности построения и предложения метафор. Возможности заготовок.
- Сценарные метафоры. Способы применения метафор с продолжением.
- Возможности применения терапевтических и встроенных метафор вне транса.

ГИПНОАНАЛИЗ КАК ПОИСК В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ

- Использование гипнотических техник для выявления источника проблемы.
- Использование возрастной регрессии для гипноанализа.
- Выявление и принципы проработки психотравм раннего возраста. Диалог с частями личности. Использование сигналов и сигналинга для выявления смысла симптомов.
- Возможность отреагирования подавленных чувств в ходе работы.
- Темы трансов, позволяющие открыть вытесненные воспоминания.
- Ассоциативная работа клиента.

ИСКУССТВО ГИПНОТЕРАПИИ. СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ РАБОТЫ В ЭРИКСОНОВСКОМ ГИПНОЗЕ

- Терапевтические стратегии, используемые в ЭГ. Терапия, ориентированная на причину и на симптом. Создание терапевтической стратегии для конкретного клиента, подбор тактических приемов и темы трансовых наведений.
- Стратегии ускорения терапевтического процесса, пролонгации эффекта.
- Способы психотерапевтической работы без осознания проблемы клиентом.
- * Подходы в работе с тревожными, акцентуированными, психически больными и др.
- * Работа с сопротивлением. "Сознательное" и "бессознательное" сопротивление.

"НЕОБЫЧНЫЙ" ГИПНОЗ ДЭВИДА ГРОУВА

- * Метафоры разума - особенная собственная метафора клиента.
- Эпистемологическая метафора как способ работы с ранними психотравмами.
- "Чистый язык" - уникальный прием трансформирующей лингвистики.
- Внешний транс. Особенности введения и сопровождения во внешнем трансе.
- Психокартография - способ целостного подхода, внешняя метафора жизни и личности клиента, изменения, которые ведут к трансформации личности клиента.
- "Психическая археология" - исследование "истории" ландшафта, работа с глубинными проблемами. Трансгенерационные связи. Проблемы, передающиеся через поколения. Работа с наследуемыми проблемами.

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ В РАБОТЕ С ЗАВИСИМОСТЯМИ И СОЗАВИСИМОСТЬЮ

- * Причины возникновения саморазрушающего и зависимого поведения.
- Гипнотические стратегии, этапы терапии, цели, задачи, гипнотические приемы на каждом этапе. Работа с сопутствующими аффективными состояниями.
- Особенности терапии при различных видах зависимостей.
- * Терапия негативных установок в бессознательном. Причины саботажа терапевтических усилий, его предотвращение и коррекция. Способы мотивации.
- Стратегия и возможности терапии созависимого поведения. Работа с семьей.

ЭРИКСОНОВСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И НАСИЛИЯ

- Стратегия посттравматической терапии. Создание зоны доверия и ресурсного состояния, техники отреагирования. Работа с чувством вины.
- Работа с травматическими воспоминаниями.
- Стратегии работы с множественными психотравмами.
- Переформирование личностной истории. Реимпринтинг с использованием "регулятора чувств". Работа с жертвами насилия.
- Простройка будущего и социальная адаптация клиента.
- Основные этапы работы в эриксонском гипнозе при смерти близких.

ЭРИКСОНОВСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОНКОЛОГИИ

- Общие принципы гипнотерапии при психосоматических заболеваниях.
- Особенности гипнотерапии при бронхиальной астме, гипертонии, экземе и др. Предотвращение обострений.
- Применение гипноанализа в терапии психосоматических заболеваний.
- Гипнотические подходы для уменьшения и снятия боли, страха боли.
- * Возможности самогипноза. Подготовка к процедурам и операциям с использованием когнитивной гипнотерапии. Транс "Центр исцеления".
- Гипнотерапия после хирургических вмешательств, соматических травм.
- Стратегия эриксонской терапии при соматических тяжелых состояниях.
- Тактика ведения онкологических больных, возможности гипноза у онкобольных.

СЕМИНАР-ТРЕНИНГ "ПУТЕШЕСТВИЕ ГЕРОЯ"

Тренинг в пяти дней и неслучайном количестве актов гипноза и творчества.

Автор идеи - Джозеф Кемпбелл

Автор метода - Стивен Гиллиген

Действующие лица и исполнители - участники тренинга, их мысли, стремления, желания, внутренние и внешние силы.

В течение семинара предстоят встречи с архетипическими энергиями, "защитниками", "покровителями", "демонами", путешествия в будущее и за пределы времени.

Главная цель - достижение новых ресурсов и реальностей, открытие способностей.

- Основой проведения станут гипнотические техники, работа с ведущим, работа в парах, работа в малых группах, работа с собой.