

Марк Кинг, Чарльз Цитренбаум

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

Перевод с английского С.К. Паракецова

**Mark E. King
Charles M. Citrenbaum**

EXISTENTIAL HYPNOTHERAPY

Библиотека психологии и психотерапии
Выпуск 33

**Москва
Независимая фирма «Класс»**

Кинг М.Е., Цитренбаум Ч.М. Экзистенциальная гипнотерапия / Пер. с англ. С.К. Паракецова. — М.: Независимая фирма «Класс». (Библиотека психологии и психотерапии).

Книга Кинга и Цитренбаума посвящена теоретическим и философским принципам клинической гипнотерапии. Авторы, известные американские психотерапевты, опираясь на экзистенциальную философию как фундамент понимания смысла гипнотерапии, обращаются к внутренним ресурсам человека, его неисследованным возможностям и личной силе; раскрывают уникальную методику и описывают оригинальную стратегию работы с человеческим поведением.

Написанная лаконично и доступно, эта книга найдет своего читателя среди психологов, психотерапевтов, учителей, студентов и всех, кто интересуется проблемами расширения человеческого познания.

Публикуется на русском языке с разрешения издательства Guilford Press и его представителя Марка Патерсона.

ISBN 0-89862-344-8 (USA)

ISBN 5-86375-092-8 (РФ)

© М. Кинг, Ч. Цитренбаум

© The Guilford Press

© Независимая фирма «Класс»

© С.К. Паракецов, перевод на русский язык

© Л.М. Кроль, предисловие

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

ДЕТАЛЬ И ПРОЦЕСС В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

В последние годы в англоязычной специальной литературе так часто упоминались, объяснялись и описывались эриксоновские техники, случаи, особенности, что сохранить былую свежесть на фоне «мавзолея» стало нелегко.

Эта книга не перегружена прямыми ссылками на эриксоновский подход; для авторов он — фундаментальный, фоновый. Они находятся в широкой «молочной реке» современной психотерапии, к месту цитируя Юнга и Хиллмана, Милтона и Эрика Эриксонов, Гриндера и Бэндлера, Перлза и Зингера, Бьюдженталя и Ялома, мирно соседствующих с классиками современного гипноза. Кьеркегора и Ницше, дзэн и суффизм авторы считают «кисельными берегами» этой реки и не слишком далекими родственниками.

«В большинстве случаев слово «гипнотерапия» с небольшими оговорками может считаться синонимом слова «психотерапия». Этот и другие их рабочие постулаты звучат почти как тривиальные. «Избавление от всех душевных расстройств начинается тогда, когда пациент видит себя добровольно попавшим в эту ситуацию, а не считает себя ее жертвой». «Эриксон каждый раз создавал индивидуальную терапию личности пациента, приходившего в его кабинет». «Гипноз — это форма диалога терапевта с клиентом». «Способность освободиться от прошлого. Это освобождение означает медленное обучение избавлению от всех представлений человека о себе». «Степень личностной силы и самоактуализации, которой человек достигает, прямо связана с его способностью освободиться от ярлыков». На нашей почве все это еще не стало привычным до тривиальности. А жаль. Было бы полезно, если бы некоторые из этих очевидных истин из собственно психотерапии шагнули в соматическую медицину. Пациентам значительно полегчало бы, превратись они из *объектов* описания в амбулаторных картах в *субъектов* своей жизни и собственных проблем.

«Экзистенциальное» — отчасти синоним «независимого»: это решимость задуматься об истинных желаниях, выйти из стереотипов, оказаться перед Реальностью — с ее свежестью и «расколдованностью». Это заставляет забыть бывшие фиксации и проблемы.

* * *

Милтон Эриксон был одним из тех, кто много сделал для становления мифа «успешного частного человека» — психотерапевта по профессии; и, может быть, в этом состоит один из скрытых мотивов благодарности к нему многих учеников и последователей. Частный человек — не винтик системы, а независимый и успешный создатель себя самого, своего мира, дома, сообщества.

Авторы пишут, что гипноз и гипнотерапия привлекли их своей гибкостью. Они описывают гипноз и самогипноз как инструменты для увеличения личной силы; наведение транса — как способ развития способности создавать визуальные образы; а также «якорение силы» и использование экзистенциальной формулы «я буду».

Мне кажется, что в эриксоновском подходе особенно важным является сочетание страсти и терпения. Страстный интерес к детали, случайности, неповторимости жизни. Интерес как двигатель. Интерес к детали и процессу. Не случайно сам Эриксон так любил наблюдать за растениями в своем саду — даже на самом склоне жизни, из инвалидной коляски. Во многих приводимых в книге случаях и примерах отражается и продолжается это сочетание страсти и терпения, внимания к деталям и процессу — в

специфических для авторов пропорциях. И это тоже делает ее хорошей книгой для профессионалов.

А еще Вы узнаете о том, что, когда одному из авторов исполнилось пять лет, у него был ручной кролик, и о том, что случилось с кроликом дальше. И о многом другом, — следуя за авторами, утверждающими, что «нужно использовать тревожность как энергию, стимулирующую принять на себя здоровый риск и исследовать собственные возможности и выбор. Личностная сила сопутствует процессу таких здоровых решений и исследований».

Леонид Кроль

Посвящается старому дубу, хранителю очага нашего дома.

И Бонни, прекрасной даме, сидящей под этим дубом. Когда-то она была молодой певицей в салуне, но жизнь идет, и теперь она - умудренная годами пожилая женщина.

Посвящается Кевину и Майку, лесным бродягам.

Посвящается Шане, Мишель и Джефффри, птицам, парящим в небе. Быть может, они найдут свою обетованную землю.

Посвящается моей матери и моему отцу, которым я глубоко признателен за все, что они для меня сделали.

М.Е.К.

Посвящается моим родителям, а также Дженифер, Анне, Каталине и Роберту.

Ч.М.Ц.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этой книге мы сделали попытку изложить теоретические и философские принципы клинической гипнотерапии, которой каждый из нас посвятил более двадцати лет. Мы уже писали об этом ранее (Цитренбаум, Кинг и Коэн, <Citrenbaum, King & Cohen> 1985; Кинг, Новик и Цитренбаум, <King, Novik, & Citrenbaum> 1983), а также обучили ее приемам участников более трехсот семинаров. В работе мы всегда руководствуемся экзистенциализмом - философской доктриной, ясно отражающей мир таким, каким мы его воспринимаем.

Некоторые психологические теории привлекают своей глубокой внутренней логикой и тщательно продуманными теоретическими объяснениями, другие впечатляют размахом лабораторных исследований, проведенных для подкрепления различных положений. В качестве примеров можно привести психоанализ и теорию обучения. Но быть экзистенциальным мыслителем означает следовать теории экзистенциализма - единственной теории, напрямую обращенной к миру, в котором вы живете. Часто, прочитав тот или иной пассаж в работах великих творцов экзистенциализма, мы готовы воскликнуть: "Ага, вот оно как!", интуитивно чувствуя, как это верно (для нас). На самом деле, эти мысли и впечатления кажутся нам столь очевидными, что мы недоумеваем, зачем автору нужно было писать об этом. Однако в действительности прежде мы понимали этот аспект не совсем так. Ценность теории экзистенциализма заключается в том, что она расширяет наше сознание.

Эта книга начинается с нескольких теоретических глав, в которых обсуждаются вопросы, имеющие, на наш взгляд, важное значение для психотерапии в целом и гипнотерапии в частности. Глава 8 также носит теоретический характер. Она посвящена природе диагнозов и концепции зависимостей. В остальных главах изложены специфические клинические вопросы и технические приемы, рассматриваемые с точки зрения экзистенциализма. Гипнотерапия понимается нами как одна из разновидностей психотерапии. Для тех читателей, которые никогда не применяли клинический гипноз в своей практике, мы хотим пояснить, что в большинстве случаев слово "гипнотерапия" с небольшими оговорками может считаться синонимом слова "психотерапия".

Эта книга умышленно написана кратко. Лаконичность стиля потребовала от нас немалых усилий и самодисциплины. Мы клинические врачи, а не писатели, и, скорее всего, потому, что как терапевты усвоили: важно обозначить содержание и предоста-

вить пациенту бороться за его понимание. Познание заключается как в самом содержании, так и в борьбе. К сожалению, когда мы пишем или преподаем, часто попадаем в ловушку. О ней упоминал Ницше в работе "По-человечески, слишком по-человечески" (Nietzsche, 1984):

“Большинство мыслителей пишут плохо, потому что излагают нам не только свои мысли, но и то, что они думают об этих мыслях”. (Афоризм 188).

“Даже самый честный писатель использует лишние слова, когда хочет закруглить фразу”. (Афоризм 188).

Мы считаем своим долгом поблагодарить многих людей. Выражаем глубокую признательность своим женам и коллегам - Вирджинии Бонни Кинг и Каролин Дженнифер Голден; нашим близким друзьям Ричарду Бушу, доктору Лью Моргану и доктору Джиму Тоуву. Мы благодарны всем, кто прочел книгу в черновике и высказал свои замечания; доктору Вильяму Коэну, у которого мы многому научились во время нашей совместной работы; Коллинзу Шоллу и Линде Хельм за их помощь в подготовке рукописи; Шэрон Панулла - нашему редактору из "Гилфорд-пресс" и ее ассистенту Сюзан Марплс; доктору Майклу Дж. Даймонду - редактору серий Гилфорда по клиническому и экспериментальному гипнозу; доктору Джеймсу А. Холлу - автору книги "Гипноз: юнгианские перспективы", который любезно согласился прокомментировать нашу книгу. И, наконец, мы не можем не поблагодарить Натали Голдберг и полюбившиеся ей горы Таос за помощь в написании книги.

1. ВВЕДЕНИЕ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМ

Интерес к клиническому гипнозу среди специалистов в области душевного здоровья достиг чрезвычайно высокого уровня в 80-е годы и не ослабел в 90-е. На эту тему написано больше книг и проведено больше семинаров, чем о любых других методах лечения душевных расстройств (как отмечено в статистическом справочнике для профессионалов, в 90-х годах только публикации на тему сексуального насилия и зависимости перегнали гипноз). Сегодня целый ряд клиницистов обучается гипнозу на семинарах или по учебникам и использует его как часть своей практики (к сожалению, некоторые только им и ограничиваются). Особенно популярна работа Милтона Г. Эриксона, создавшего модель клинического гипноза.

Наши карьеры сложились исключительно удачно. Мы много путешествовали по стране и обучали гипнозу в профессиональных кругах. Мы заметили, что существуют серьезные пробелы в знаниях, которые влияют на качество лечения, предлагаемого пациентам. Нечто похожее наблюдалось в 70-х, когда проводилось массовое обучение таким методам, как гештальт-терапия и трансактный анализ (имеется в виду разрыв связей между используемыми методами и целостной философией или психологической теорией о природе психотерапии). Самые основные решения, принимаемые в психотерапии - когда использовать те или иные методы, как определять душевное здоровье, ставить адекватные цели психотерапевтического сеанса; определять требования к действиям специалиста или ограничения возможностей пациента - могут быть поняты и сделаны только с точки зрения "общей картины", а не с точки зрения знания конкретных техник. Сегодня слишком много практиков придерживаются расплывчатых, непроверенных, грубых, недоразвитых и часто ими самими не осознаваемых теорий чело-

веческого развития (нередко они рождаются из их собственного "раннего детского гипноза", обычно называемого социализацией). Это ограничивает знания терапевта о том, с какими пациентами работать, какие и когда методы использовать, когда нужно завершить лечение. Наша книга представляет собой попытку заполнить брешь между техникой и терапией. Мы уверены, что экзистенциальная философия и психология обеспечивает наилучший теоретический фундамент для понимания смысла гипнотерапии, в особенности когда для работы с пациентами применяются методы Эриксона.

Прежде всего необходимо отделить то, что кажется верным нам, от того, что будет верным для всех профессионалов, занимающихся психотерапией и использующих клинический гипноз. Принимая во внимание вышесказанное, мы уверены что каждый, кто работает с людьми в области душевного здоровья и у кого есть хорошо разработанная целостная теория личности и единая философия, будет выполнять свою работу намного лучше, чем тот, кто упускает из виду эти важные моменты. Вполне возможно, что не так уж и существенно, какой теории придерживаться. Не существует никаких достаточно надежных эмпирических доказательств, на которые можно бы было сослаться, доказывая, что одна теория лучше всех остальных. Имеется существенная разница между теми, кто мыслит глубоко и целостно, и теми, чье мышление мелко и разрозненно. Многие люди, придерживающиеся различных теоретических школ, используют в своей работе клинический гипноз, рассматривая его со своей точки зрения. Например, отметим прекрасную книгу, изданную в серии Гилфорда "Гипноз с точки зрения юнгианства" Джеймса А. Холла, <Hall> 1979. Холл объясняет некоторые основные принципы юнгианской теории тем, кто с ней не знаком, и далее демонстрирует, как специалист, придерживающийся юнгианских взглядов, может использовать клинический гипноз. Обсуждение работы со снами весьма интересно. Надеемся, что другие люди с иными взглядами разделят эти мысли независимо от направления своей работы.

Применение экзистенциальной психологии, психиатрии и философии как основы всей клинической работы (в особенности основы для применения клинического гипноза в психотерапевтических или медицинских целях) - это наши убеждения (если хотите, наша экзистенциальная реальность) наиболее близкие клиницистам, использующим эриксоновский подход к гипнозу. Но это важно и не только для них. В нашей книге мы сначала обсудим некоторые основные положения экзистенциальной теории, применимые к использованию клинического гипноза, а затем подробно опишем конкретные техники, которые, как мы считаем, согласуются с этой философией.

Экзистенциальная реальность

Тот, кто знаком с клиническим гипнозом, наверняка слышал термин "Эриксоновский гипноз". Часто люди ошибочно считают, что этот вид гипноза в основном представляет собой набор техник для работы с пациентами. Например, мы слышали, что Эриксон всегда использовал техники косвенного воздействия. Тот, кто так думает, не видел старых фильмов и видеозаписей, показывающих Эриксона за работой. Эти фильмы доказывают, что он часто давал прямые команды своим пациентам. Мы нередко слышали также, что Эриксон ненавидел термин "эриксоновский гипноз", считая, что такого понятия не существует. Однако Эриксон был не прав, давая такую оценку собственной работе, потому что создал уникальный для своего времени подход, являющийся по очень экзистенциальным. Эриксон проявил себя гением, открыв то, что придает пациенту "силы". Он понимал, как его пациенты воспринимали свою жизнь, в том числе и свои симптомы, и что было для них осмысленным в *их* мире. Каждый раз он буквально создавал индивидуальную теорию личности пациента, приходившего в его кабинет.

Одно из наиболее частых высказываний экзистенциальной литературы - изречение Сартра из книги "Бытие и ничто" (Sartre, 1943): "Бытие предшествует сущности". Подход Эриксона был конечным воплощением этой философии. Он не обращал внимания на "сущность человека" (структура эго или другие черты теории личности), но он апеллировал к бытию – к тому, какой жизнью жил человек. Такие взгляды были отправным пунктом в работе Эриксона.

Положения, изложенные в нашей книге, настолько очевидны и просты, что мы, приводя их чувствуем себя в какой-то степени апологетами. Тем не менее, обучая других специалистов, многие из которых были уже опытными психотерапевтами, мы были поражены и огорчены, обнаружив, что эти принципы забыты или недопонимаемы. В области душевного здоровья данные, с которыми работает клиницист, картина мира пациента или то, что мы называем "экзистенциальной реальностью" - не является "истиной" в каком-то метафизическом смысле. Задача психотерапевта - работать с реальностью пациента, и, когда это необходимо, изменять ее таким образом, чтобы помочь ему. Эту идею коротко и ясно выразил Пол Вацлавик (Watzlawick, 1984, 1985): пациенты приходят к нам с таким пониманием мира, которое тем или иным образом причиняет им страдание (в противном случае они бы не оказались в нашем кабинете). Наша цель - помочь пациенту изменить болезненный взгляд на мир на менее болезненный, новый взгляд. Новый взгляд на жизнь будет необязательно более "правильным", чем прежний, но он должен обеспечивать более здоровую (и, желательно, более счастливую) жизнь.

Это представление идет вразрез с традиционной, часто не очень выраженной, точкой зрения в психологии, согласно которой терапевт затрачивает значительную часть времени на установление ДИАГНОЗА и анализ истины, лежащей за рассказом пациента. Каждый из нас знаком с клиническими врачами, которые игнорируют информацию, которую сообщают им пациенты, например, "я курю, потому что это помогает мне расслабиться во время работы", и вместо этого ищут "истину" - в данном случае никотиновую зависимость, потому что это соответствует критериям DSM - III R¹. Такая "истина" не является даже попыткой помочь пациенту избавиться от курения. Навязывание пациенту своих представлений об "истине", вероятно, главная причина того, что большинство программ избавления от табакокурения, предлагаемых профессионалами (в том числе и множество программ, использующих клинический гипноз), приносят очень низкие результаты. Сколько же часов психотерапевтического времени потратили клиницисты, пытаясь установить, являются ли воспоминания о сексуальном насилии подлинными? Это современный психологический вопрос о курице и яйце, загадка, ответ на которую абсолютно не важен. Для лечения существенной является лишь экзистенциальная реальность вашего клиента (в данном конкретном случае - переживания жертвы, подвергшейся насилию).

Ниже, в главе 6, мы обсудим, каким образом можно использовать представления пациентов о своих симптомах для их изменения или устранения. По нашему мнению, это более эффективно, чем фокусирование на своем собственном понимании расстройства или симптома. Использование собственной реальности клиента как основы для клинической работы также поможет терапевту выбрать и осуществить высокоэффективную работу в трансе с использованием образов и метафор. Это мы обсудим позже, в главе 7.

Чтобы хорошо осуществлять экзистенциальную терапию и гипноз, нужно развивать то, что Шунрю Сузуки (Suzuki, 1970) называл "разум Дзэн, разум новичка". Мастер

¹ "Diagnostic and statistical manual of Mental, Disorders" ("Диагностико-статистический справочник по психическим заболеваниям"), 3-е исправленное издание (Американская психиатрическая ассоциация, 1987). - *Прим. научного редактора.*

в терапии должен иметь ум новичка, ум, свободный от предрассудков и полностью открытый для впечатлений. Выслушивание рассказов пациентов, наблюдение за их поведением, ощущение, вызываемое их присутствием в комнате, - все это позволяет терапевту понять реальность пациентов и спланировать наилучшую стратегию воздействия, но только в том случае, если ум терапевта достаточно открыт для правильного восприятия.

Гипноз

Начнем с вопроса: что такое гипноз? В литературе на него дается дюжина ответов, подавляющее большинство из которых не соответствует представлениям экзистенциализма. Собственно, слово "гипноз" является метафорой, происходящей от имени греческого бога сна - Гипноса. Этот термин был введен в 1843 году шотландским врачом Джеймсом Брэйдом, чтобы описать сходство между поведением лунатиков и тем, что Мессмер называл "животным магнетизмом". Как метафора это довольно удобно; но рассматриваемое в качестве описательного термина для обозначения конкретного состояния сознания это выражение может вводить в заблуждение. Транс - термин, обычно употребляемый для обозначения состояния субъекта во время гипноза, - часто определяют как измененное состояние сознания (Орн, <Orne> 1959; Хиллгард, <Hilgard> 1965). Такое представление предполагает, что существует одно состояние сознания, которое считается обычным или нормальным, и все отклонения от обычного состояния являются измененными. Тот, кто верит в это, утратил "ум новичка", необходимый для познания мира, и заменил его догмой. В нашей повседневной реальности имеется множество форм переживаний, каждое из которых представляет собой состояние сознания. Любое из них имеет тысячи нюансов и граней. Это может быть сон (глубокий и неглубокий, со сновидениями или без них) или состояние полусна, когда вы проснулись рано утром или засыпаете поздно вечером, состояние сверхвнимательности или рассеянности, когда разум даже не осознает сам себя. Слабые (а иногда не такие уж и слабые) изменения возникают в сознании, когда привычные продукты - сахар и кофеин - попадают в наш организм или покидают его. Существуют моменты, когда мы чувствуем себя потерянными среди красок осени. Бывают и другие моменты затрудненного самоосознания. Таким образом, транс - лишь одна из граней сознания, но ей придается особое значение благодаря существованию в этот момент отношений между гипнотерапевтом, который знакомит пациента с состоянием транса.

Транс - это не сон и не поведение, похожее на сон, как предполагал, например, Голденсон (Goldenson < 84). Мы просим пациентов в конце сеанса "очнуться", а не "проснуться" - выражение, которое непонятно почему используют многие гипнотерапевты. Для большинства пациентов переживания в состоянии транса отличаются от таковых в состоянии сна. Действительно, пациенты часто могут чувствовать себя несостоятельными как гипнотические субъекты, если сон является определяющим критерием измерения "глубины транса". Более того, представление о том, что они спят, находясь в бессознательном состоянии, и не могут контролировать события (многие пациенты ассоциируют его с состоянием транса), является нездоровым. Действительно, мысль о том, что они не в состоянии контролировать события во время их пребывания в трансе, полностью противоречит реалиям терапевтического опыта, называемого трансом.

Вот одна из наиболее часто цитируемых мыслей о гипнозе: гипноз на самом деле представляет собой определенную форму самогипноза (см. Фромм и Кан, <Fromm & Kahn> 1990; <Wright & Wright> Райт и Райт, 1987; Эриксон, <Erickson> 1980,1983). Мы начинали учиться у Милтона Эриксона, и поскольку он считал, что гипноз является самогипнозом, верили и придерживались этого учения в течение многих лет (Цитренбаум и др., 1985). Наконец, когда мы решили "перестать быть такими всезнайками", вернулись назад к "уму новичка" и в конце концов обратили внимание на переживания наших клиентов, то осознали, что транс может быть понят *только* как часть диалектических взаимоотношений между психотерапевтом, который использует гипноз, и его пациентом, испытывающим состояние транса.

Если гипноз и является чем-то (хотя трудно называть метафору чем-то), то это не что иное как процесс сотрудничества между субъектом и гипнотерапевтом. Каким-то образом пациент приходит к убеждению, что такой процесс принесет ему пользу. Некоторые верят в пользу гипноза еще до того, как обратились к нам: вот почему они выбрали профессионалов, придерживающихся этого направления. Других пациентов необходимо научить верить в ценность гипноза. В любом случае мы начинаем работу с человеком, который вовлекается в процесс потому, что - полностью или хотя бы частично - верит: мы используем тот тип лечения, который ему поможет. Вот почему они платят нам что также является частью процесса). Взаимоотношения между врачом и больным - "врач номер один".

Гипноз - вид психотерапии, но обычно он лишь часть более комплексной и многогранной программы лечения. Ранее мы были уверены, что вводим наших больных в состояние гипнотического транса, являющееся их собственным переживанием, но когда мы стали опрашивать пациентов после лечения и внимательно прислушиваться к их переживаниям, то обнаружили, что (с их точки зрения) гипноз был переживанием двух лиц. Довольно интересно, что пациенты сохраняли уверенность в участии в этом процессе двух лиц - даже когда занимались самогипнозом, который мы предписываем практически всем нашим пациентам. Они рассказывали, что думали о нас, когда начинали сеанс самогипноза, чувствовали единение с нами во время него или отдалялись от нас в те дни, когда не занимались самогипнозом, и даже слышали наши голоса, когда сами погружались в состояние транса между сеансами гипноза.¹

Не надо думать, что мы рассматриваем гипноз в старой авторитарной манере, предполагающей присутствие властного терапевта, "контролирующего" субъекта. Для эффективного общения необходимо проникать в мир пациента и действовать вместе с ним, и вопрос, кто является лидером, а кто ведомым в этом танце - спорен (см. обсуждение "подстройки" и "ведения" у Кинга и др., 1983, Цитренбаума и др., 1985.) Теоретическое представление о том, что гипноз является продуктом терапевтических отношений, а не принадлежит только субъекту, имеет значение для клинической практики

¹ Существует три типа переживаний, которые мы назвали бы чистым самогипнозом. Транс может возникнуть непроизвольно, например, когда вы едете на машине по знакомой дороге, уходите в свои мысли и не обращаете внимания на то, что делается вокруг, хотя на определенном уровне остаетесь достаточно сознательными для того, чтобы не съехать с дороги, избежать аварии или не пропустить поворот. Непроизвольный транс возникает также при эстетических переживаниях, когда вы приходите в театр или на концерт и бываете настолько очарованы спектаклем, что два часа кажутся вам одним мгновением. Мы частенько используем термин "мессмеризованный", чтобы описать такой тип самогипноза. Второй тип чистого самогипноза возникает, когда человек обучается самогипнозу у кого-либо, часто у профессионала, но продолжает заниматься им регулярно в течение длительного времени уже после того, как его взаимоотношения с учителем прекратились. Через некоторое время человек начинает "владеть" самогипнозом: он становится диссоциированным от исходного источника. Третий тип самогипноза - медитация. Хотя множество учителей медитации настаивают на том, что медитация и транс представляют собой фундаментально различные состояния, тем не менее медитация вызывает состояние транса. У человека, практикующего Дзэн-медитацию, и у пациента, выполняющего упражнения по самогипнозу, предписанные ему как часть психотерапевтического лечения, намерения могут различаться, но тем не менее оба будут испытывать транс.

(мы обсудим это в главе 4, когда будем объяснять важность "домашних заданий" и терапевтических указаний).

Таким образом, мы выяснили, чем гипноз не является. Он не является измененным состоянием сознания, или состоянием, подобным сну, или чем-то, принадлежащим только субъекту. Гораздо труднее определить, что же это такое. Гипноз - очень непостоянный феномен. Он может быть правильно понят только в контексте взаимоотношений, которые сами по себе чрезвычайно сложны и изменчивы. Вспоминается любимое изречение экзистенциального философа Фридриха Ницше (1954а, стр.530): "Мы недостаточно уважаем себя, когда общаемся сами с собой: наши истинные переживания совсем несловоохотливы, они не могут общаться с нами, даже если пытаются, потому что для них не существует правильных слов. Слова мы находим только для того, что осталось далеко позади. Таким образом, в любых разговорах есть зерно неуважения." Несмотря на это ограничение и с наименьшим неуважением, которое только возможно, попытаемся объяснить с позиций экзистенциализма, что такое гипнотерапия и почему она так эффективна.

Сложности начинаются с понимания того, что же представляет собой гипноз, как и почему он по-разному действует на разных людей. Транс - это процесс, а не состояние. Для множества пациентов процесс транса подобен действию плацебо в медицине. Люди западной культуры убеждены в силе гипноза, они верят, что он "исцелит" их, и для них не имеет значения, что специалист может использовать его неэффективно. Многие люди страдают от поведенческих стереотипов в течение долгих лет. Причины, вызвавшие и поддерживавшие данные стереотипы, возможно, давным-давно исчезли, но пациенты так долго говорили другим и себе, что не могут справиться с этим поведением, что теперь (1) уверены, что это правда и (2) будет социально неприемлемо (или им так кажется) просто прекратить такое поведение (для окружающих это будет означать, что покончить с подобным поведением было в их силах). В данном случае гипнотерапия является "причиной" изменений, к которым пациент был готов еще до того, как записался на прием к терапевту. Гипнотерапия имеет два преимущества по сравнению с традиционной психотерапией. Во-первых, вследствие общей веры в силу гипноза быстрое выздоровление в этом случае более приемлемо для пациента, его семьи и друзей. Во-вторых, с социальной точки зрения "загипнотизироваться" менее предосудительно, чем проходить психотерапию. Поэтому люди, не желающие подвергаться традиционному лечению, соглашаются на гипноз. Этот процесс, конечно, для пациента происходит практически всегда неосознанно. Пациенты на самом деле чувствуют, что не могут контролировать свое поведение или симптомы и верят, что лечение поможет (что и происходит). Но во многих случаях гипноз выступает социально приемлемым объяснением изменения поведения пациента (которое он и так готов был совершить).

Конечно, мы не утверждаем, что процесс гипнотерапии представляет собой нечто вроде обычного эффекта плацебо. Напротив, гипнотерапия, проводимая искусственным гипнотерапевтом, может помочь пациентам с широким спектром разнообразных проблем. Единственное, что мы имели в виду, состоит в том, что этот процесс действует по-разному на разных пациентов, и следует признать: для *некоторых* пациентов наиболее существенной частью лечения могут оказаться представления о гипнозе, имевшиеся у них еще до начала лечения, или которые они получили от нас в самом начале нашей работы¹. Эффект плацебо может привести к успешному исходу. Понятно, почему множество неумелых профессиональных гипнотерапевтов честно заявляют, что имеют 20-30 % удачных случаев (даже при лечении таких устойчивых привычек, как табакокурение).

¹ Мы обсудим это положение более детально в следующей главе.

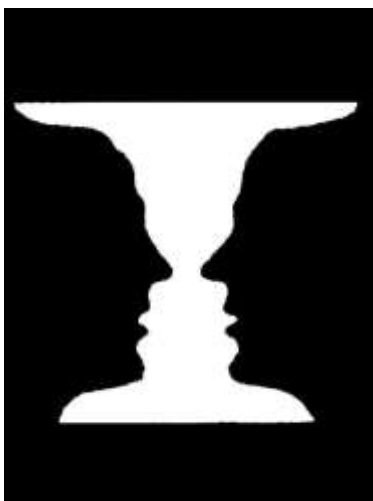
Для многих других пациентов процесс наведения транса - будь то лечение в кабинете врача или же проводимый между сеансами самогипноз - часть сотрудничества между терапевтом и субъектом. По своей природе они становятся терапевтическими. Большая часть нашей книги посвящена описанию методов, способных помочь пациенту изменить свои представления, чувства или поведение таким образом, чтобы они стали более здоровыми. Несмотря на то, что этот процесс сложен и различен для каждого сочетания "терапевт-пациент", в нем всегда применяется концентрация внимания субъекта**1, заставляющая его полностью "быть вместе" с переживаниями, и обычно образом, отличающимся от привычного способа существования. Такое присутствие является инструментом, который терапевт может затем использовать в контексте терапевтических отношений для помощи пациенту. Как этот инструмент будет использован, зависит от подготовленности и теоретической направленности терапевта. Можно применить словесное воздействие (внушение), чтобы помочь пациентам понять, что они "способны продвинуться далеко вперед за те горизонты, которые может представить сознательное эго" (Холл, 1985), или же использовать зрительные образы для изменения представления человека о самом себе и окружающем мире. Следующая глава будет посвящена обсуждению наших представлений о некоторых проблемах гипноза (таких как типы наведений, глубина транса и внушаемость субъекта).

Концепция экзистенциализма

Попытка изложить полный обзор теории экзистенциализма даже в предварительной и поверхностной форме лежит далеко за пределами возможностей этой книги. Реализация такого проекта закончилась бы появлением очень объемной рукописи. На сегодня мы не знаем ни одной работы, в которой была бы сделана попытка суммировать и обобщить основные экзистенциальные труды по философии, литературе, психологии и психиатрии. Одна из основных трудностей создания полного обзора мыслей великих писателей-экзистенциалистов заключается в том, что между ними существует большое количество разногласий. В отличие от теорий, объединенных вокруг работ одного автора (например, фрейдизм), экзистенциализм имеет множество разнообразных школ. Это, например, философские школы как религиозных писателей, так и человека, утверждавшего, что Бог умер. Все, что мы хотим сделать в данной главе, это просто описать основные положения экзистенциализма, имеющие философское и теоретическое значение для нашей психотерапевтической работы, значительную часть которой составляет использование клинического гипноза.

Взаимообусловленность, "Я-концепция" и навешивание ярлыков

**1 Концентрация внимания является одним из отличительных признаков транса



На рис. 1 (популярная картинка "Ваза и лица") вы можете видеть его центральную часть как рисунок, а боковые - как фон. В этом случае вы увидите вазу, или же вы можете воспринимать внешнюю часть как рисунок, а внутреннюю как фон, в таком случае вы увидите лица. Или же вы можете переключаться и наблюдать оба рисунка. Но чего вы не можете - так это сделать какое-либо заключение о переднем плане рисунка без использования представления о заднем. Задний план точно так же необходим для получения образа, как и передний. Подобным образом люди и окружающий мир взаимообуславливают друг друга. Они формируют определение и смысл друг друга. Никто из них не существует и не может существовать сам по себе. Они находятся в постоянном *диалоге* между собой. *Бытие* всегда означает *бытие в окружающем мире*. Попытка понять человека отдельно от его мира - онтологическая ошибка.

У концепции взаимообусловленности есть четыре важных следствия, имеющих значение для понимания патологии и психотерапии. Одно из них относится к представлениям об ограниченности свободы, идея которой обсуждается в этой главе далее. Второе имеет значение для понимания каждого явления (даже тех, которые считаются патологическими). Большинство профессионалов представляют патологию как нечто, присущее самому человеку. Например, тревожность понимается как качество тревожного человека - либо как физиологическая реакция, либо как нечто, присущее его психике. Экзистенциалист считает, что патология (как и все другие феномены) лежит в сфере диалектических взаимоотношений между человеком и окружающим его миром. Это не значит, что окружающий мир подобные проблемы. Скорее, субъект находится в ситуациях, вызывающих ответную реакцию, и реагирует на них. Следовательно, и патология должна рассматриваться с этой точки зрения. Третий аспект, связанный с взаимообусловленностью, относится к "Я-концепции" человека и, возможно, представляет собой наиболее радикальный отход от традиционных западных представлений. В нашей культуре, в которой основополагающая философская модель противопоставляет человека окружающему ее миру (декартовское разделение на субъект и объект), одной из двух психологических сущностей этой модели является то, что называют *Я* или *Эго* - самодостаточный элемент, в каком-то смысле полностью отделенный от остального мира. Благодаря этим философским представлениям, разделяемым большинством людей нашей культуры, возникает один важный и часто задаваемый в процессе лечения вопрос "Каков я?" Одна из причин, по которой множество людей приходит к терапевту, заключается в том, что они заявляют: "У меня негативная "Я-концепция". Это значит, что ярлыки, которые они навесили сами себе, являются социально нежелательными. Они думают о себе как об уродливых, неспособных, "плохих" и т.д. Большинство терапевтов считают, что их работа заключается в том, чтобы помочь такому человеку улучшить его "Я-концепцию" или, говоря другими словами, повысить его самоуважение.

Экзистенциальное мышление предлагает совершенно иной подход к пониманию этой жизненно важной проблемы. Экзистенциалист увидел бы проблему клиента не в ответе на вопрос "каков я", но в самом этом вопросе. Экзистенциалист также считал бы, что у человека все равно существует "проблема", даже если бы ответ был положительным, например, "я сообразительный" или "я сексуально привлекателен".

Вопрос "каков я?" требует объективированного ответа, предполагающего объективную устойчивость в разных ситуациях. Такая устойчивость отражает состояние человека, возникающее после того, как он отделил себя от окружающего мира и стал воспринимать свое "Я" как вещь. Я могу посмотреть на карандаш, спросить: "что это?" и могу ответить: "карандаш", потому что это объект и он будет оставаться карандашом в любых ситуациях - на моем столе, у меня в руках и т.д. Поскольку люди обусловлены окружающей средой, прежде чем отвечать на вопрос "Каков я?", необходимо задать множество других вопросов: "Когда?", "Где?", "С кем?" и т.д. Ответ на вопрос "Каков я?" зависит в равной степени как от человека, так и от его окружения. По этой причине клиницисты, являющиеся экзистенциалистами, никогда не принимают всерьез психиатрические диагнозы. Например, если мужчина приходит в наш кабинет, утверждая, что он не в состоянии заниматься сексом со своей женой, так как не может добиться эрекции, мы не вправе назвать его импотентом без уточнения времени, места и человека, с которым он является импотентом. Быть может, каких-нибудь двадцать минут "терапии" с проституткой могли бы продемонстрировать ему, что он отнюдь не импотент. Но на основании этого мы не смогли бы переименовать его в мужчину, обладающего потенцией, потому что он сам по себе не обладает ни импотенцией, ни потенцией (фактически он не существует *сам по себе*, а *всегда* в каком-то окружении). Потенция вызывается взаимодействием между им самим и его окружением. Точно таким же образом, человек пришедший в кабинет врача, не является сам по себе пациентом. Он может быть пациентом, если только окружение (в данном случае) определяет его как пациента. Таким образом, все психиатрические заболевания отчасти вызываются семьей, друзьями и докторами, которые "помогают".

Мы уже говорили ранее, что "Я-концепция" сама по себе является проблемой даже в тех случаях, когда ее содержание позитивно. Например, Джейн считает себя умной. Если для нее важно считать себя умной, она должна делать определенные вещи. Во-первых, она постоянно должна много трудиться, чтобы сохранить свои достижения в областях, которые поддерживают ее представление об "умной Джейн", так что ее существование зависит от этого самоопределения вполне реальным психологическим образом. Во-вторых, она пытается избегать любых ситуаций, которые могут поставить под вопрос эту ее "Я-концепцию". В-третьих, она искажает информацию, которая противоречит ее уже сформировавшемуся образу "Я". Одним из первых указал на эту проблему Карл Роджерс (Rogers 1947, стр.365). Он писал, что "Я-концепция" препятствует проникновению в нее любых представлений, не совместимых с ее нынешней организацией". Это справедливо, даже если новая информация более положительна по своей природе, чем старые представления. Каждому знакомы люди, избавившиеся от значительного веса, но которые все равно не могут выслушивать комплименты, потому что им все еще кажется, что они толстые. Если человек имеет какое-то представление о самом себе, которое ему нравится, он обычно затрачивает много усилий, чтобы постоянно поддерживать это представление, этот образ. Чтобы успешно справиться с подобной задачей, человек должен отвергать ситуационный полюс в диалоге "человек - ситуация". Так, есть мужчины, которые считают себя независимыми (а-ля Джон Уэйн) и пытаются выглядеть "сильными и независимыми в любой ситуации", безотносительно от того, насколько это представление может быть недостоверным. Терапевт, воспитанный в духе экзистенциально-феноменологического учения, понимает, что идея "Я-концепции" - одна из обычных форм проявления отчуждения. Экзистенциальный терапевт пытается помочь клиенту избавиться от необходимости как-то определить самого и вести себя в соответствии с этим представлением или ярлыком. Экзистенциальный терапевт пытается выдвинуть альтернативную точку зрения на бытие, которая подтолкнет человека оставаться в контакте с впечатлениями, получаемыми от внешнего

мира в каждый данный момент, и позволить постоянно возникающим потребностям и желаниям управлять его поведением. *Идеальная "Я-концепция" - это ее отсутствие.*

В главе 3 первой главы книги, посвященной клинической терапии, мы объясним, как нужно использовать гипнотерапию, чтобы помочь клиентам избавиться от множества вещей - гнева, болезненных воспоминаний, лишнего веса и прочих проблем, но нет ничего более важного, чем избавление от потребности оценивать самого себя.

Четвертое следствие взаимообусловленности для терапии - это исключение из практики диагностических ярлыков. Для этого существует две причины. Во-первых, как мы упоминали выше, это приводит к отрицанию значения окружения (в контексте взаимоотношений "личность-ситуация"). Во-вторых, экзистенциалисты понимают природу "бытия" таким образом, что бытие всегда включает в себя "бытие в будущем". Придерживаясь ярлыка, мы запираем человека в настоящем и отрицаем его будущие возможности (например, возможность того, что на следующей неделе он уже не будет шизофреником). Эффект навешивания ярлыков был подтвержден в социальном исследовании, проведенном Розенханом, (Rosenhan, 1973). Он направил восемь студентов в сумасшедшие дома, где каждый из них прикидывался больным во время первой беседы. После вступительной беседы эти студенты вели себя обычным образом, однако их продолжали считать "больными". Розенхан (1973, стр.253) пишет :

"Психиатрические ярлыки имеют свою собственную жизнь и влияние. Если однажды создано впечатление, что пациент шизофреник, ожидается, что он продолжает быть шизофреником. Когда проходит достаточное количество времени, в течение которого пациент не делает ничего безумного, делается вывод, что у него наступила стадия ремиссии и можно прекратить лечение, но ярлык сохраняется и после выписки; безосновательно предполагается, что он вновь будет вести себя как шизофреник".

Смысл тревожности

Подавляющее большинство пациентов, обращающихся к психотерапевту, страдают от тревожности, которая является либо первичным симптомом, либо вторичным, связанным с их жизненными проблемами. Гипнотерапия - очень эффективное средство лечения тревожности. Это оказывается еще более верным для работы профессионалов, регулярно использующих гипноз в своей практике. Мы придерживаемся двух положений относительно тревожности, влияющих на нашу клиническую работу. Вильям Фишер (Fischer, 1988) выполнил великолепное феноменологическое исследование значения смысла тревожности. Он обнаружил, что тревожность возникает почти всегда, когда (1) обстоятельства требуют действий от индивидуума; (2) индивидуум не уверен в своих способностях сделать это; (3) результат для него важен (обычно более важен, чем кажется при поверхностном анализе ситуации). Поэтому в психотерапии мы делаем акцент на взаимоотношениях человека и окружающего мира (чтобы помочь пациенту понять смысл тревожности) и искореняем неуверенность пациента в своих возможностях действовать в этих ситуациях.

Кьеркегор (Kierkegaard), часто называемый отцом экзистенциальной философии, говорит: "кто познал тревожность, познал и возможности"(1954, стр.12). Он также отмечает, что "тревожность нужно понимать как стремление к свободе"(1944, стр.38).

Экзистенциалистам тревожность представляется телефонной картой, по которой можно позвонить в будущее. В современном беспокойном мире люди выглядят чрезмерно стремящимися к эмоциональной безопасности - чуть ли не до возникновения зависимости - или, если выразиться более правильно, стремятся к *иллюзии* психологической безопасности. Огромные массы людей бегут со всех ног от экзистенциального

страха, укорененного в знании о возможности небытия. Сегодня кажется: когда обыватель отходит от обыденности каждодневной жизни, то возникающая тревожность становится для него стимулом, чтобы (1) броситься назад в обыденность или (2) принять валиум. Кьеркегор назвал такую реакцию на жизнь "замолкнувшей индивидуальностью". Например, это является причиной неудовлетворительных отношений в большом количестве супружеских пар. Знакомые страдания кажутся лучше, чем тревога перед неизвестностью. Одно из возможных объяснений широкого применения наркотиков (легального и нелегального) заключается в их успокаивающем действии, снижающем тревожность. Тревожность по своей природе онтологична, и ее никогда нельзя сдерживать, не заплатив за это высокой ценой. Более подробное обсуждение этой темы можно найти у Ролло Мэя в великолепной книге "Смысл тревожности"(May, 1977).

Экзистенциальный терапевт, благодаря тому что понимает позитивное значение тревожности в жизни человека, делает следующее. Во-первых, он помогает пациенту произвести переоценку смысла тревожности. Одна из самых больших проблем, встающих перед пациентами (особенно тех, кто вышел из дисфункциональных семей) - отсутствие знаний о том что является "нормальным". Когда такие люди сталкиваются с задачей и сомневаются в своих способностях действовать в определенных ситуациях, они воспринимают свою тревогу как доказательство их собственной неспособности и слабости, и используют эту ситуацию как еще одну возможность ухудшить свою "Я-концепцию". Терапевту очень важно доказать таким пациентам, что каждый человек время от времени испытывает чувство тревоги. Только человек с полным отсутствием чувств может оспаривать это положение. Когда пациенты встречают человека, которого они считают смелым и здоровым, у них возникает фантазия, что такие люди никогда не страдают от чувства тревоги - у них никогда не дрожат руки, их тело никогда не покрывается потом. Им (пациентам) необходимо понять, что разница между теми, кто кажется здоровыми и смелыми и нездоровыми людьми, заключается в том, что первые считают тревожность "телефонной картой" в будущее и продолжают двигаться вперед, преодолевая страх, потому что хотят видеть результаты. А нездоровые люди просто сбегают. Разница в реакции на чувство тревоги, а не в факте ее существования! Наши пациенты нередко начинали понимать самих себя, когда мы делились с ними некоторыми своими переживаниями чувства тревоги и тем, как поступали в таких случаях. Мы не собираемся прославлять тревожность. Понятно, что это не самое лучшее чувство, но само по себе оно отнюдь не признак патологии. Необходимо поощрять пациентов к движению вперед, несмотря на тревогу, и поздравлять с каждым маленьким шагом, который они сделали на этом пути. Также пациенты должны знать, что испытываемое чувство тревоги, другие люди могут считать чувством возбуждения и прилагать усилия, чтобы испытать его (например, участвовать в азартных играх или вступать в рискованные предприятия в бизнесе).

Другой важный момент заключается в том, что гипнотерапевт может научить пациента технике снижения чувства тревоги до приемлемого уровня, применяя два гипнотических метода (на приеме у врача) и самогипнотические методы (у себя дома). Эти методы будут обсуждаться на других страницах нашей книги. Значительная разница между экзистенциально ориентированным терапевтом и другими специалистами заключается в том, что мы учим пациентов управлять своим чувством тревоги, но мы никогда не пытаемся уничтожить чувство тревоги в результате лечения, потому что это привело бы к неудаче. Единственный способ полностью исключить чувство тревоги из человеческой жизни - это смерть. Мы надеемся научить пациентов ценить свое чувство тревоги. Как писал Ролло Мэй (1981,стр.19), "после множества часов лечения, которое я мог бы назвать вполне успешным, клиент уходит из моего кабинета в состоянии еще большей тревоги, чем пришел, только теперь тревога является, скорее, осознанной, чем

неосознанной, скорее, конструктивной, чем деструктивной", или, как сказал Ницше (1954b, стр.29), "из хаоса родится танец звезд".

Свобода, ответственность и "Они"

Философы и социологи, принадлежащие к экзистенциальной школе, расходятся во мнениях по поводу определенных положений. Например, некоторые экзистенциальные философы верят в Бога, тогда как другие доказывают, что Бог умер. Но есть одна вещь, которая является общей для всех экзистенциальных мыслителей - это вера в реальность *свободы личности*. Она является центром системы убеждений и клинической основой любого экзистенциалиста. Как утверждал Варнок (Warnock, 1970, стр.1), в начале своей часто цитируемой книги "Экзистенциализм":

"Превыше всего задача - показать людям, *что они свободны*, открыть им глаза на то, что всегда остается правдой, но что по тем или иным причинам может быть не всегда осознано, а именно: у человека есть свобода выбора, выбора не только того, что делать в каждом конкретном случае, но выбора ценностей и образа жизни вообще. Предлагаю читателям экзистенциальной философии не просто принять положение о человеческой свободе, но и испытать эту свободу и постоянно использовать ее" (курсив автора).

Ролло Мэй (1989, стр.19) в его недавно переизданной книге "Искусство консультирования" утверждает: "свобода - основной принцип, фактически *sine quo non*¹ личности, свойство, отличающее человека от животного". Жан-Поль Сартр (1966,стр.26) пишет: "Наличие свободы выбора у человека - необходимое и фундаментальное условие любого действия."

Пациенты часто утверждают, что их поведение вызывает драматические или суровые последствия и, следовательно, им не кажется, что их выбор является всегда свободным. Ранее мы уже обсуждали, как человек и мир взаимодействуют друг с другом. Любой выбор может быть сделан только в окружающем мире и в контексте окружающей обстановки, следовательно, любой выбор имеет последствия - иногда известные, иногда неизвестные. Этот факт не отрицает свободы воли. Было бы наивно полагать, что свобода воли означает свободу от последствий принятого решения. Реальность иногда налагает ограничения на свободу выбора. Например, если вы находитесь в тюрьме, вы можете быть несвободны в выборе - пойти или нет на футбольный матч. Но даже в такой ситуации имеется возможность выбора. Вы можете выбрать, то ли впасть в депрессию, то ли проводить каждый вечер за чтением, выпитывая знания и обогащаясь опытом. Тот факт, что в каждый данный момент не любой выбор доступен, вовсе не означает, что не существует свободы вообще: экзистенциальная свобода должна пониматься всегда как существующая с учетом ситуации с возможными последствиями и определенными физическими ограничениями.

Одно из первых обсуждений ценности личной свободы и принятия ответственности за свою жизнь появилось в "Мифе об Оресте" в "Одиссее" Гомера (Homer, 1967). Орест был внуком Атриуса, чья семья была проклята после тяжелой борьбы за власть с богами. Клитемнестра, мать Ореста, убила его отца. Греческий гражданский закон предписывал Оресту уничтожить убийцу его отца, но греческая религия считала матереубийство грехом. В конце концов Орест убивает свою мать, после чего его посещают

¹ Sine quo non (лат.) - обязательное условие. - Прим. переводчика.

фурии - карающие духи, посылаемые богами. После долгих лет, проведенных в страданиях, он стал молить богов о пощаде. Защитником Ореста был назначен Аполлон, и когда Аполлон сказал богам, что Ореста нельзя обвинять, так как ситуация, в которую он попал, была безвыходной, Орест поднялся со своего места и сказал, что берет на себя всю ответственность за свои действия.

Мы не можем переоценить терапевтического значения принятия пациентами факта существования их свободы. *Избавление от всех душевных расстройств начинается тогда, когда пациент видит себя добровольно попавшим в эту ситуацию, а не считает себя ее жертвой.* Мы начинаем психотерапию с попытки внести небольшие изменения в язык пациента, подталкиваем наших пациентов использовать "Я" по отношению к их собственным утверждениям вместо общего "Люди" и говорить "Я выбираю" вместо "Я должен". Как только люди начинают видеть, что в нынешней ситуации они оказались благодаря своему выбору, у них появляется реальная надежда, что они смогут сделать выбор, который изменит эту ситуацию. Это начало терапевтического процесса.

Можем ли мы быть абсолютно уверенными, что свобода дана Богом в каком-то метафизическом смысле как истинная характеристика человеческой личности? Не является ли свобода всего лишь нашей иллюзией или заблуждением? Мы никогда не узнаем этого наверняка; однако, если даже вера в человеческую свободу - только иллюзия, это все-таки самая полезная из всех человеческих иллюзий. Неважно, насколько плохо идут дела, пока всегда есть надежда на изменения, основанная на возможности действовать самому вместо того, чтобы ждать помощи от кого-то. С такой системой взглядов существует гораздо меньше шансов испытать чувство бессилия.

Если даже при поверхностном взгляде чувство личной свободы выглядит таким логичным и полезным для здоровья, то почему же не все думают подобным образом? Почему наиболее распространенная в западной культуре психологическая теория бихевиоризма учит, что мы должны искать основные характеристики в земляных червях, голубях и лабораторных крысах и что изучение этих животных может научить нас многому о нас самих? Потому, что у свободы всегда есть неизменный спутник, которого Кьеркегор назвал "страхом перед ответственностью". Ответственность - дитя свободы. Многие люди пытаются выкинуть этого ребенка, претендуя на то, что для них ничего подобного не существует (то, что Сартр (1966) называл "жить с плохой правдой"). Сартр говорил: когда мы сталкиваемся со свободой делать и думать то, что выбираем, неизбежно испытываем душевные страдания. Он говорил, что мы часто не в состоянии вынести мысль о безграничности свободы. С целью избежать этих душевных мук приспособляемся прикрываться "плохой правдой" и прикидываемся, что не настолько свободны, насколько это есть в действительности (то, что экзистенциалисты называют "ненастоящей жизнью").

Практически любой опытный психотерапевт, который сталкивался с пациентами, имеющими собственное представление о свободе, уже знаком с этой концепцией. Часто пациенты переживают сильнейшие душевные муки, когда начинают бороться с представлением о собственной ответственности за свое состояние. Некоторые даже отказываются от лечения, поскольку их нынешнюю депрессию или другие симптомы легче вынести, чем груз ответственности. Моше Талмон (Talmon, 1990, стр.5), опубликовавший недавно интересное исследование результатов единственного психотерапевтического сеанса, утверждает, что терапевт должен осознавать потенциальную силу терапевтических эффектов от сообщения пациенту того, что тот должен принять ответственность за свою собственную жизнь на себя, и от убеждения пациента в том, что он может справляться со своими проблемами без помощи психотерапевта. Мы отнюдь не предполагаем, что люди не нуждаются в психотерапии, или единственное, что им нуж-

но - это правильная установка. Однако терапевт никогда не должен недооценивать мощный эффект способности пациента управлять своей жизнью. Как пел Вилли Нельсон в своей популярной песне "Черная роза": "В первый раз меня толкнул на это дьявол, а потом я сделал это сам". При такой позиции "настоящего мужчины"¹ выздоровление наступает значительно быстрее, чем при установке пациента "Я зависимый" или "Мои родители были алкоголики, так чего же вы от меня ждете". Как утверждает Ролло Мэй (1977) в своем "Смысле тревожности": "Смелый человек, когда он болен, предпочитает сказать самому себе: "Это не моя судьба, а моя вина". При этом у него сохраняется возможность предпринять что-нибудь в этой ситуации" (курсив наш)².

Когда мы преподаем этот материал на профессиональных семинарах, первый вопрос, который обычно нам задают, таков: "А как же быть с болезнями, за которые пациент, по всей видимости, не может нести ответственности, например, биологические заболевания или результат неблагоприятного развития в детстве, допустим, связанного с сексуальным насилием?" Даже в таких случаях пациенту необходимо принять на себя ответственность, чтобы начать лечение. Психические расстройства, которые обычно считаются в основном биологическими по своей природе (такие как шизофрения и другие серьезные психические недуги), плохо поддаются гипнотическому лечению и, следовательно, не рассматриваются в этой книге. Тем не менее, мы уверены, что даже такие больные ответственны за реакцию на свое заболевание и за свое лечение. Каждый терапевт знаком с пациентами, подверженными маниакально-депрессивному синдрому, на которых действуют лекарства, но они периодически ограничивают или полностью прекращают лечение (возможно, благодаря тому, что в начале появления маниакального чувства доставляет им удовольствие) и после этого их приходится госпитализировать. Но ведь не болезнь заставляет их перестать принимать лекарства, скорее, сам человек *выбирает* отказ от лечения. Подобно этому, некоторые люди, подверженные биологической депрессии, убегают из дома или с работы, чтобы переломить состояние депрессии, в то время как другие впадают в смутное подобие "зеленой тоски".

Говоря о влиянии истории тяжелого отрицательного воздействия окружающей обстановки, такого как насилие в детском возрасте, терапевт, выражая симпатию к незащитному ребенку и не осуждая пациента за происшедшее насилие, все-таки обязан подвести взрослого пациента к мысли, что у него теперь есть выбор, как интерпретировать и как реагировать на случившееся насилие. У двух людей может быть совершенно одинаковая история развития в прошлом, но один может следовать изречению Ницше "Все, что не убивает меня, делает меня сильнее", в то время как другой может прожить остаток своей жизни с выражением жертвы на лице. Каждый человек ответственен за понимание и использование своей собственной истории с тем, чтобы добиться излечения. Как говорит Мэри Кэтрин Бейтсон (Bateson, 1991), "существует множество версий одного и того же опыта". Это совсем не значит, что одни воспоминания являются верными, в то время как другие - ложными, скорее, иногда в памяти акцентируется одно, а иногда - другое.

Чтобы продемонстрировать свою точку зрения, Бейтсон попросила одного из авторов этой книги (Кинга) представить свою жизнь как серию логически связанных событий, приведших к его настоящему состоянию. Он вспомнил, что был старшим сыном в еврейской семье, мальчиком, сориентированным на профессиональный и денежный успех, (которого теперь добился), на ценность образования (которую разделяет), на определенное отношение к собственным детям и тому подобное. Все это казалось ло-

¹ В оригинале употреблено английское жаргонное выражение "macho" - т.е. "агрессивный мужчина". Это слово происходит от испанского macho - самец. - Прим. переводчика.

² Здесь Мэй использует термин "вина" в смысле "ответственности" Кьеркегора.

гичным и ясным. Затем Бейтсон попросила его представить свою жизнь в виде серии случайных событий. Он вспомнил, что хотел стать врачом, но не смог сдать экзамен по химии. В то же самое время у него был прекрасный педагог по психологии, и поэтому он выбрал своей специальностью психологию. Позже он вспоминал, как сомневался, стоит ли ему заниматься гипнозом (в действительности, Кинг интересовался изучением сознания, а не клинических навыков), так как из-за этого у него был только один свободный вечер в неделю. Также он вспомнил серию удачных событий, которые помогли ему встретить его будущую жену и так далее. Несомненно, что одна и та же история может быть изложена целым рядом различных способов в зависимости от намерений и акцентов того, кто ее анализирует или самоанализирует.

Быть ответственным также означает научиться перестать реагировать на тиранию "Их". Этот термин Хайдеггера (наш любимое философское выражение) очень самодостаточно. Как только мы называем его своим пациентам, они улыбаются и, кажется, интуитивно понимают его смысл. Подобно маленьким детям, все мы стремимся хорошо работать и быть ответственными, чтобы доставить удовольствие "Им", как если бы это обобщенное одобрение имело смысл. Слишком многие из нас поступились своими истинными удовольствиями, отказались возвысить свой голос в гневе даже тогда, когда были вправе это сделать, и вообще старались быть хорошими людьми, даже если это наносило урон нашей психике, потому что, помимо всего прочего, "Они" ожидали этого. Ницше (1954b, стр.82) говорил: "Эти простаки в конечном счете хотят больше всего на свете одного - чтобы никто не трогал их; вот почему они пытаются удовлетворить и ублажить каждого. Это, однако, трусость, даже если ее называют добродетелью". Экзистенциальный терапевт может помочь пациентам увидеть всю глупость работы только ради того, чтобы понравиться другим. Человек ответственен перед самим собой за свою жизнь, а не перед группой за поддержание ее стандартов. Как отмечал Варнок (1970, стр.20), "существенным для морали взрослого человека является создание своей собственной системы ценностей и отвержение коллективной морали его группы."

Чтобы жить здоровой жизнью, нет необходимости отвергать ценности "Их" только ради того, чтобы отвергнуть. На самом деле со здоровым образом жизни вполне совместимо принятие многих групповых ценностей. Важным является то, насколько человек чувствует себя свободным в принятии или отрицании любой позиции и положения, основываясь на собственном восприятии мира, а не на принуждении со стороны других думать и вести себя определенным образом. Еще хуже, когда человек даже не знает, что у него есть выбор. Голос "Их" часто воспринимается как некая данность наподобие гравитации. Сартр (1962) говорил, что человек, который бездумно принимает окружающую обстановку, включая шкалу ценностей, по которым существует, как если бы она была неизбежной, живет по "плохой правде"; но люди, знающие, что они могут жить по тем ценностям, которые выбирают, и сознательно придерживающиеся традиционной морали, не живут по "плохой правде". Иногда очень трудно с первого взгляда определить разницу между людьми, живущими по хорошей и плохой правде, и терапевту приходится исследовать эти вопросы, так как жизнь по "плохой правде" часто является корнем психологических проблем, заставляющих пациента обратиться за помощью.

Стремление к силе

Если появление чувства ответственности за себя знаменует начало выздоровления, то чувство возрастающей личной силы и возможностей венчает успешный исход

всего терапевтического лечения. Большинство гипнотических методов, описываемых далее, направлены на развитие и повышение сил и возможностей. Фактически первоначально мы намеревались назвать эту книгу "Теория и методы обретения силы". Это, вероятно, более моральный, чем терапевтический аспект - кто и как использует свою личную силу. Однако не вызывает сомнения, что уверенность в том, что человек является режиссером собственной жизни, свидетельствует о его психологическом здоровье.

Полагаем, что книга Ницше "Так говорил Заратустра" (1964b) является философской работой, вероятно, имевшей наибольшее значение для психотерапии. В ней Ницше красноречиво говорит устами Заратустры о человеческом развитии в направлении высшего человека (которого обычно называют "сверхчеловеком"), похожего на самоактуализировавшуюся личность Маслоу (Maslow, 1971). Он прямо и часто говорит о потребности в личной силе:

"Где бы я ни находил жизнь, я везде нахожу стремление к силе (1954b, стр.226).

Воля освобождает: это истинное учение о воле и свободе.(1954b, стр.169)

Делайте то, что вы хотите, но сперва станьте способными хотеть!" (1954b, стр.284)

Известный теолог Мэтью Фокс в своем интервью в "Психологии сегодня" (Фокс, 1989) утверждал: "Я думаю, в психологии существует опасность ошибки, подобной той, которая была сделана церковью: вместо того, чтобы сконцентрироваться на вопросе "В чем ваша проблема?", нужно было спрашивать: "В чем ваша сила?""

Моше Талмон недавно провел новаторское исследование (1990) психотерапии, осуществляемой за один сеанс. Он пришел к выводу, что суть успеха такой психотерапии заключается в повышении силы пациента. Моше Талмон считает, что для пациента жизненно важно получить соответствующие послания: "Я в вас верю" и "Я верю в ваши возможности".

Стремление к силе имеет в психотерапии двоякий смысл. Во-первых, человеку, ощутившему повышение своей силы, принадлежит решающее слово в своей собственной жизни. Второе - собственно сила воли. Многие профессионалы часто пренебрегают этой чертой характера и не всегда развивают ее. Иногда, когда пациент отказывается усердно трудиться над своим выздоровлением и прикладывать силу воли, терапевт объясняет это наличием патологии и называет зависимостью. Достижение психического и физического здоровья требует длительных и постоянных усилий любого индивидуума. Задача терапевта - донести это сообщение клиенту, использовать всевозможные способы убеждения, чтобы пациент понял, что выздоровление возможно, но потребует тяжелой работы от самого пациента. Всем пациентам необходимо знать, что они либо выигрывают от этой работы, либо будут нести груз последствий недостаточных усилий.

Вероятно, потому, что мы преподавали на профессиональных семинарах по гипнотерапии, нам пришлось лечить многих психотерапевтов. Прочитав эту книгу, вы можете понять, чтобы наши ранее опубликованные работы характеризовались, скорее, здравым смыслом, нежели были действительно выдающимися. Часто коллеги, ставшие нашими пациентами, говорили нам: "Ваши книги хороши, но мы тоже могли бы написать их". Мы отвечали: "Да, это верно, но вы *могли*, а мы *сделали*. Вот почему вы платите деньги, чтобы посещать наши занятия, в то время как мы их получаем за то, что преподаем." Место в жизни не распределяется по лотерее, но дается тяжелым трудом. Если бы художник рисовал только то, что легко, тогда бы "Сикстинская капелла" осталась нерасписанной и мы никогда бы не услышали о Микеланджело. Мы оба работали с профессиональными спортсменами, а также с профессиональными спортивными ко-

мандами. Средний человек был бы удивлен, узнав, как много работают на тренировках эти "одаренные от природы" люди. А ведь футбол всего лишь воскресный спорт для забавы болельщиков.

Пациентам очень важно осознавать, что им необходимо делать то, что они должны делать. Сердцу и легким нет дела до того, как тяжело бросить курить - они только реагируют на то, бросил человек курить или нет. Карл Юнг (1964, стр.29) в предисловии к книге по Дзэн отмечал: "Дзэн требует ума и силы воли, чтобы делать те великие вещи, которые хотят стать реальностью". Герман Гессе (Hesse, 1951) устами своего персонажа Сиддхартхи, разговаривающего с другом, сказал, что сила заключается в его способности думать, ждать и поститься. Пост в этой фразе означает силу воли, которая, в сочетании с умом и терпением, является формулой личной силы Гессе.

Экзистенциальная неопределенность

Когда одному из нас исполнилось пять лет, у него был ручной кролик, который постоянно убегал со двора, и в конце концов его отдали в зоопарк. Тем летом каждую неделю мальчик и его отец посещали зоопарк и останавливались у вольера, где было около сотни кроликов. Ребенок спрашивал: "Который из них мой?" Каждую неделю отец показывал на ближайшего и говорил: "Вот он!" Действия отца делали ребенка счастливым. Но в этом-то и заключалась ловушка. Ребенок вырос в мире, в котором очень трудно было поверить, что отец знает, где его кролик. Обычно в долговременном плане попытки ложного упрощения мира заканчиваются тем, что мир дает вам пощечину. При кратковременном лечении некоторых симптомов можно (и иногда даже желательнее) изменить реальность пациента и свести ее к ясной простоте, которая может вызвать необходимые изменения. Однако же, когда речь идет о длительном лечении, пациенты всегда должны бороться за то, чтобы принять сложные и в каком-то смысле непознаваемые грани человеческого существования. Экзистенциальный терапевт в течение длительного психотерапевтического и гипнотерапевтического лечения поощряет пациента к открытости для неизвестного и к способности избавиться от догм и всяческих "Мне нужно знать". Гипнотерапия, которую мы практикуем, не является ориентированной вовнутрь пациента в смысле выявления "причин" его личных проблем. Как правило, мы обычно спрашиваем наших клиентов на первом приеме, хотели ли они бы, чтобы им стало лучше, без осознания того, почему у них появились проблемы и каким образом действует гипноз. За все время только три человека сказали: "Нет".

Экзистенциальные моменты в жизни не имеют причин, они просто существуют. Гипнотерапия может помочь людям избавиться от цепляния за простые "истины", которые часто ограничивающие количество воспринимаемых ими возможностей. Как мудро говорил Герман Гессе:

"Ясность" и "истина" - это слова, которые мы часто слышим употребляемыми одно с другим, как будто они значат одно и то же. Тем не менее, они относятся к абсолютно разным вещам! Редко, очень редко истина бывает ясной, и еще реже ясность бывает истинной. Истина почти всегда сложна, неясна и неопределенна - каждое утверждение, в особенности "ясное" утверждение, искажает ее... Максимы очаровательны, полезны, они образовательны, остроумны, информативны, но они никогда не истинны, потому что противоположность каждой максиме тоже истинна". (1974, стр.24)

Милан Кундера, экзистенциальный романист, известный по книге "Непереносимый свет бытия", описывает хороший роман почти теми же словами, которые мы используем, чтобы описать хорошего психотерапевта:

“Роман ничего не утверждает, роман ищет и задает вопросы. Глупость людей рождается, когда у них есть ответы на все. Когда Дон Кихот вышел в открытый мир, мир обернулся тайной в его глазах. Это наследие первого европейского романа передалось целой последовательности романов. Писатель учит читателя воспринимать мир как вопрос. Это мудрая и терпимая позиция”. (1991, стр.237)

Эта глава не была задумана как полный обзор экзистенциальной психологии или философии, она была написана, чтобы осветить некоторые важные положения школы мыслителей, подчеркивающих стиль нашей клинической работы, в особенности наш стиль гипнотерапии.

2. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ГИПНОЗ

За последние 250 лет возникло много определений понятий гипноза и транса. Ранние определения тяготели к представлениям об этом процессе как о чем-то необычном и таинственном. Например, в некогда популярной работе Карпентера (Carpenter, 1900) пишется, что транс - это "ненормальное состояние мозга и тела, вызываемое специальными методами, в результате которых возникает класс явлений, существенно отличающихся от обычного человеческого опыта". Гейвиц (Gavitz, 1991) подробно описал историю транса с древнейших времен, начавшуюся более четырех тысяч лет назад в Китае. Некоторые из более современных определений стремятся выглядеть научными (используются фразы типа "диссоциативное состояние", "измененное состояние сознания" или "социокогнитивное изменение восприятия"). Однако, на самом деле ни исследователи, которые изучают гипноз, ни теоретики, которые пишут об этом феномене, еще не пришли к приемлемому согласию в вопросе о том, что же такое гипноз. После столетий наблюдений трансподобного поведения, специалисты в этой области не могут даже прийти к соглашению, ведет ли себя загипнотизированный человек каким-то необычным образом, или же, как утверждает Спэйнос (Spanos, 1991, стр.324), скорее, это поведение, "в основе своей похожее на другие более современные формы социальных действий и которое может объясняться без привлечения специальных психологических состояний или процессов".

Хотя отсутствие согласия даже в основных взглядах на гипноз и транс ставит интереснейшую дилемму для исследователей и теоретиков, для клиницистов с экзистенциальной ориентацией она имеет довольно небольшое значение. Для таких терапевтов важным фактором в их работе является опыт клиента; а он очень редко связан с теми положениями, которыми так увлечены академические ученые (включая и нас). В основном пациентов мало беспокоит, является ли транс на самом деле измененным состоянием, или его более правильно описывает недиссоциативная модель и т.д. Для большинства пациентов транс - то, чем они его считают, и что по большей части является тем, *что терапевт сказал им о нем*. Обсуждение состояния транса, которое происходит между врачом и пациентом, более важно, чем конкретные "факты" относительно

гипноза (эриксоновское применение косвенного внушения лучше более директивного подхода Шпигеля).

Представления пациентов о гипнозе

Ключом к эффективному использованию экзистенциального гипноза является диалог между терапевтом и пациентом, особенно то, что в нем сообщается *о* гипнозе и *во время* гипноза. Например, пациенты приходят в наш кабинет, чувствуя себя зашедшими в тупик, и сообщают, что обычные способы выбраться из него не срабатывают. Следовательно, что бы мы не думали об аргументах Спейноса (1991), утверждавшего, что поведение в состоянии транса совершенно обычно, нам необходимо уверить пациента, что гипноз даст им необыкновенные способности разрешать их проблемы. Фактически, как только пациент "покупается" на эту идею, вы уже послали ему свое первое "гипнотическое" послание в процессе терапии. На самом деле абсолютно ничего не значит, что вы думаете о природе гипноза, до тех пор пока вы уверены, что этот процесс поможет пациенту, и до тех пор, пока вы можете передавать эту вашу веру в терапевтической форме вашему пациенту.

Конечно, данное обсуждение представляет собой упрощение сложного феномена системы убеждений. Читатель может спросить: если это так просто, почему бы не сказать пациенту, что ему станет лучше после одного-единственного сеанса? Действительно, опытные гипнотерапевты сталкивались с пациентами, имеющими сложные и длительные психические нарушения, такие как сексуальные дисфункции или навязчивые состояния, и которым становилось лучше в результате гипноза уже на следующий день. Однако из-за таких психодинамических факторов, как вторичная выгода симптома, для большинства пациентов требуются определенные усилия, прежде чем будет достигнуто значительное улучшение. Как отмечает Япко (Уарко, 1990, стр. 480) в книге "Работа в трансе", обсуждая функцию симптома и связанных с ним вторичных выгод: "Если этим двум пунктам не будет уделено должное внимание (прямо или косвенно), успешное лечение практически невозможно". Если настраивать пациентов на "чудесное исцеление" с самого начала, это будет приводить лечение к провалу. Достижение быстрого "исцеления" может свести на нет жизненно важное терапевтическое сообщение о том, что настойчивость и решимость имеют важное значение в дальнейшей жизни пациента. Однако, если такие исцеления происходят за один сеанс, мы не удивляемся. Напротив, улыбаемся пациенту, чтобы он поверил, что мы как раз этого и ожидали, и, следовательно, смог сам поверить в реальность своего выздоровления.

Второе убеждение, к которому экзистенциальный гипнотерапевт должен склонить новых пациентов заключается в том, что они могут испытать состояние транса и этот опыт безопасен и приятен для них. До начала работы с гипнозом мы читаем нашим пациентам "двухцентровую, двухминутную лекцию по гипнозу". Это происходит примерно следующим образом:

"Теперь, Фрэнк, есть три вещи, которые я хочу сказать тебе о трансе или гипнозе. Во-первых, транс - нормальное естественное состояние, которое ты испытываешь каждый день. Просто ты не называешь это трансом. Ну, например, ты ведешь машину по знакомой трассе или по скучной дороге наподобие большой магистрали и так погружаешься в свои мысли, что неожиданно замечаешь, что проехал пять миль с того момента, как в последний раз обращал внимание на дорогу. Тем не менее, ты не пропустил свой поворот и не попал в аварию, потому что какая-то часть твоего мозга все это время следила за дорогой. Это называется "гипнозом скоростной трассы" или маги-

стральным трансом. Или ты можешь вспомнить, как ходил на какое-нибудь спектакль или концерт, и был так зачарован, что после его окончания с удивлением посмотрел на часы и не мог поверить - прошло 2 часа, тебе казалось, что прошло не больше 15 минут. Так что первая вещь, которую я хочу тебе сказать - это то, что транс является естественным состоянием. Возможно, это разочарует тебя, потому что большинство людей ожидают драматического состояния, подобного сну или наркотическому опьянению. Но ты просто откинешься назад в кресле и, возможно, почувствуешь себя более расслабленным, чем сейчас, но будешь продолжать слышать, что я говорю и, возможно, через 10 минут после начала скажешь: "Это не действует"! Если у тебя сильное "Эго", начнешь упрекать меня и говорить, что я плохой гипнотизер. Если же у тебя слабое "Эго", ты будешь упрекать себя и скажешь, что ты плохой объект для гипноза. Теперь дальше. У меня есть несколько способов доказать, что это работает. Я поделюсь ими позже, но я могу заверить, что тебя может разочаровать сам опыт, но только не его результаты. В конце концов, ты пришел сюда за результатом, а не затем, чтобы испытать классный опыт.

Во-вторых, Фрэнк, я хочу, чтобы ты знал: каждый может войти в состояние транса, за исключением гиперактивных детей и умственно отсталых людей. Теперь, Фрэнк, ты находишься здесь уже 40 минут, и я пришел к клиническим выводам, что время концентрации твоего внимания не меньше 2 минут и твой IQ не ниже 70, а значит, нет никаких сомнений в твоей способности испытать транс. Некоторые люди могут следовать любым инструкциям, которые я им даю, с другими людьми я должен использовать особые методы, которые подходят к их когнитивному стилю, но эти различия касаются лишь того, насколько много мне придется поработать.

В-третьих, я хочу, чтобы тебе было известно: ты будешь полностью управлять собой в состоянии транса; ты всегда будешь способен к контролю. Фактически ты не контролируешь /название симптомов болезни пациента/, и эта техника обеспечит тебе большую способность к контролю. Люди часто задают мне вопросы наподобие "А если со мной в состоянии транса случится сердечный приступ?" Я отвечаю: "Вы услышите мой голос "Выйдите из транса и позвоните 911". Так как мы находимся в Питтсбурге, вас попросят немножко подождать у телефона, но это уже будет моя проблема". Многие женщины думают, а некоторые спрашивают, что случится, если вы предпримете сексуальное поползновение, когда они будут, в состоянии транса? Отвечаю: "Я никогда не сделаю этого, но если бы и сделал, то все, что я знаю о состоянии транса, говорит, что результат будет такой же, как если бы я пристал к вам прямо сейчас". Транс не дает мне никакой власти.

Так что, если подвести итог, транс - это нормальное естественное состояние, которое, я уверен, ты можешь испытать, и оно не лишит тебя способности контролировать себя, напротив, усилит ее. Есть какие-нибудь вопросы?"

Третье обстоятельство заключается в следующем: что пациенты должны быть уверены, что во время сеанса гипнотерапии они действительно находились в состоянии транса. Мы склоняем их к этому убеждению с помощью множества способов. Первое о чем мы спрашиваем, как только пациенты очнулись: "Как вам кажется, сколько времени прошло с того момента, как вы закрыли глаза?" Более 80 процентов людей, в том числе и находившиеся в легком транс, значительно ошибаются в определении времени: обычно они говорят о десяти, пятнадцати или двадцати минутах, тогда как на самом деле транс длился от сорока пяти до пятидесяти минут. Затем мы показываем, сколько на самом деле прошло времени, и рассказываем о том, что искажение является типичным трансовым феноменом и свидетельством того, что они действовали хорошо, в особенности для первого сеанса. Во-вторых, мы указываем на неподвижность тела, замед-

ленное дыхание и другие показатели транса, чтобы подтвердить, что пациенты действительно испытали транс. Мы называем эти показатели "подтверждениями транса" или "доказательствами транса".

То, что сами пациенты думают о трансе, гораздо более важно, чем то, что могут сказать о нем академики. Если пациенты убеждены, что гипноз сможет помочь им, если уверены, что могут быть загипнотизированы, и если верят, что действительно находились в состоянии транса, значит, клиницист подготовлен к своей работе хорошо. Эти убеждения, собственно, еще не сама работа, но почва для нее.

Гипноз и психотерапия

Как мы говорили ранее, *диалог или взаимоотношения "терапевт-пациент" являются наиболее важной переменной гипнотерапии*. Все остальное может быть понято только в контексте подобных взаимоотношений. Шор (Shor, 1959, стр.585) назвал это "плотью и кровью гипноза". Мэсон (M1960, стр.24) описывал взаимоотношения "гипнотизер - субъект" как "наиболее фундаментальные из всех гипнотических феноменов"¹. Личностные характеристики и профессиональная подготовка, необходимые хорошему гипнотерапевту так необходимы любому хорошему психотерапевту. Эти личные черты включают ум, гибкость, аналитическое мышление, способность к сопереживанию, чувствительность и возможность вступать в близкие личные взаимоотношения. Кроме того, мы считаем, гипнотерапевт должен также доверять процессу транса и сам использовать его. С точки зрения профессиональной подготовки, необходимо основательное изучение процессов нормального развития², понимание процессов психодинамики и в получение практики в различных типах психотерапии. Гипноз - это только один из методов, используемых в психотерапии и применяемых (тогда, когда это необходимо) искусным терапевтом, в распоряжении которого находится множество других методов. Старое исследование (Мосс, Ригген, Койн и Бишоп, 1965), которое нужно бы повторить, установило, что терапевты, которые регулярно использующие гипноз, проходят меньшую формальную подготовку в психотерапии и сами получают психотерапию в меньшем объеме. Если правда, что терапевты, применяющие гипноз, менее подготовлены, чем психотерапевты уделяющие внимание другим методам работы, это печальное обстоятельство для гипнотерапии. Хороший экзистенциальный терапевт обязан уделять внимание целостному процессу терапевтических отношений и понимать, что гипноз - только один из инструментов, применяемых в их профессии. Гипнотерапия не должна быть основным лечением для каждого пациента (и даже когда она им является, она редко может быть единственным методом лечения). Даже то, что происходит в трансе, образно говоря, является психотерапией, и требует понимания развития, психодинамики и патологии, а не только знания техники гипноза.

Очень часто работы Милтона Эриксона остаются не понятными до конца. Обычно считают: (1) он разработал магические метафоры как свою единственную технику и (2) пользовался только гипнозом. Стоит возразить. Во-первых, Эриксон не ограничивался только применением метафор. Он прошел хорошую подготовку в традиционной психиатрии и упорно работал, чтобы понять симптомы каждого человека с точки

¹ Эти две ссылки (1950-1960) кажутся устаревшими для 90-х годов, однако Шор и Мэсон коротко и красноречиво выразили то, во что мы верим и что подтверждает большинство из более современных публикаций.

² Слишком мало терапевтов хорошо разбираются в теории нормального развития. Некоторые описанные Милтоном Эриксоном воздействия, которые кажутся такими таинственными, на самом деле являются немногим более, чем практическое применение "здорового смысла", если принять во внимание принципы нормального развития. Эриксон заставлял студентов, особенно изучавших клиническую работу с детьми, тратить много времени на наблюдение за нормальными семьями в цирке, в магазине, везде, где это только возможно

зрения собственной жизни и затем построить план лечения каждой конкретной личности (Хаммонд, <Hammond> 1988). Во-вторых, как отметил Лоуренс Кирмайер (Kirmaier, 1988, стр.157), "В огромном количестве случаев к пациентам Эриксона вообще не применялся гипноз в общепринятом смысле... Наиболее важное достижение Эриксона - это не техника, а изменение ценностей или этики, которыми руководствуется психотерапия".

На каждом семинаре нас спрашивают об этике гипноза, как будто бы гипноз поднимает этические проблемы, отличные от проблем других профессиональных методов. Этика гипноза должна быть той же самой, что и профессиональная этика. Например, мы оба считаем себя не гипнотерапевтами, а, скорее, психологами, которые часто используют гипнотерапию в своей клинической работе. Этика, которой мы придерживаемся, это этика нашей профессии (Ассоциации Американских Психологов). Так что, хотя мы и можем помочь пациентам избавиться от боли, но не будем пытаться лечить им зубы (никто из нас не прошел соответствующей подготовки и не имеет лицензии, чтобы заниматься этим). Точно так же дантист не должен помогать своим пациентам избавиться от лишнего веса или от страха перед полетами, даже в том случае, если он и обладает умением гипнотизировать.

Гипнабельность

Как мы уже говорили, экзистенциалисты полагают, что все гипнотические феномены можно понять только в контексте взаимоотношений "терапевт-пациент". Начнем с обсуждения общепринятого и часто недопонимаемого представления о гипнабельности.

Предлагаем рассмотреть следующую аналогию. Каждый человек может писать стихи. Несомненно, некоторые люди более талантливы в этом отношении, чем другие. Неизвестно, врожденный это дар или приобретенный. Но что бесспорно, так это вывод, что поэтические способности у разных людей неодинаковы. Тем не менее, при удачном стечении обстоятельств - стимуляции, поощрении, обучении и тому подобному - любой человек сможет написать какие-нибудь стихи. Вместе с тем, даже самый одаренный поэт, попав в трудные и неблагоприятные для творчества условия, может утратить свои способности. Как справедливо отметил Даймонт (Diamond, 1984, стр.3), "определенная способность испытывать гипнотический транс присуща если не всем, то большинству людей". Таким образом, во многих случаях гипнотерапевт просто обеспечивает подходящую обстановку и условия, которые подталкивают каждого конкретного пациента "отключиться" и испытать гипнотический транс.

Будучи экзистенциалистами, мы понимаем все свойства человеческой личности как процессы, а не как "состояния" или "черты". Процесс погружения и выхода из гипнотического транса (так же как и любой другой характерный для человека процесс), - часть диалога между личностью и окружающим ее миром. Это взаимодействие между естественными возможностями данной личности испытывать состояние транса (которые, по всеобщему мнению, существенно варьируют от субъекта к субъекту) и внешними условиями в каждый конкретный момент времени. Основное - взаимоотношения между субъектом и гипнотизером. Данный процесс и определяет способность данного человека погружаться в гипнотический транс. Задача профессионала - быть достаточно искусным и гибким для того, чтобы раскрыть способности каждого человека входить в транс, каковы бы эти способности ни были. Для того, чтобы принять участие в гипнотическом сеансе, большинству пациентов необходимо наладить доверительные отношения с терапевтом, которые дают чувство безопасности во время состояния транса и

уверенность в том, что сеанс гипноза принесет им пользу. Помимо этих необходимых условий, существует множество индивидуальных различий с точки зрения потребностей каждого пациента. Некоторые пациенты лучше реагируют на прямой, почти "авторитарный" подход, в то время как другие требуют косвенного, либерального, естественного наведения. Некоторые нуждаются в структурированном наведении ("закройте глаза и представьте школьную доску, на которой написана цифра 50" и тому подобное), в то время как на других действует наилучшим образом неформальное разговорное наведение. Для некоторых пациентов необходимо установление взаимопонимания с терапевтом, в то время как другие, едва войдя в кабинет врача, уже сразу готовы приступить к сеансу гипноза. Нет единственно верного способа гипнотизировать, существуют лишь приемы, эффективные для каждого отдельного пациента. Даже для одного и того же человека оптимальный подход может меняться с течением времени. У обоих из нас был опыт работы с пациентами, которые сначала казались невосприимчивыми, но со временем они смогли разрешить себе испытать действие гипноза, и с его помощью достигли терапевтического результата.

Внушаемость

Разработан и внедрен целый ряд тестов на гипнабельность или внушаемость. Наиболее примечательными из них являются Стэнфордская шкала (Вейценхоффер и Хилгард /Weitzenhoffer & Hilgard/, 1959), Гарвардская шкала (Шор и Орн /Shor & Orne/, 1962) и профиль наведения Спигеля (Spiegel, 1974). Эти тесты целиком основаны на измерении реакций на прямое внушение, например, реакций на приказания поднять или опустить руку или раскачиваться. Такие тесты не измеряют возможности субъекта реагировать на неавторитарные и косвенные подходы (см. Барбер /Barber/, 1980); и, что более важно, они не учитывают (и не могут учесть) побудительные мотивы пациента.

Если пациент испытывает боль - эмоциональную или физическую - и приходит к уверенности, что гипноз может облегчить его страдания, он неминуемо становится "восприимчивым". Майкл Даймонд (1987) описал случай с молодой женщиной, которая постоянно получала низкие оценки в разнообразных тестах на гипнабельность, предъявляемых в контексте эксперимента. Он пришел к выводу, что ее нужно было отнести к категории лиц, "устойчивых к гипнозу" или "необучаемых". Затем Майкл Даймонд начал работать с пациенткой по клинической методике, предполагавшей, что гипноз для пациентки значит намного больше, чем часть эксперимента. После этого у нее появились способности к аутогипнозу, при этом степень ее погружения в гипнотический транс была довольно глубокой. Захарек (Zahourek, 1990) установил, что некоторые пациенты в главной больнице Денвера успешно погружались в состояние транса, когда испытывали боль, но после ее исчезновения, когда потребность в этом состоянии была меньше, они теряли свои способности входить в гипнотический транс. Вывод Захарека подобен нашему: "мотивы пациента являются решающим фактором".

Мы отнюдь не предполагаем, что не существует никаких индивидуальных различий в возможностях пациентов использовать состояние гипнотического транса в терапевтических целях: несомненно, такие различия существуют. Более того, пациенты демонстрируют индивидуальные различия в возможностях получать помощь от психотерапии в целом. Мы бы никогда никому не стали предлагать тест на "способность к терапии" до начала работы с пациентами, потому что уверены: каждому может быть оказана помощь в процессе психотерапевтического лечения. По тем же самым причинам мы никогда не применяли шкалу гипнабельности к клиническим пациентам. Самый главный фактор в нашей работе - вера пациента. Если бы мы использовали эту

шкалу, нам бы пришлось впасть в своеобразную форму "терапевтического обмана". Пришлось бы говорить каждому пациенту, который спрашивал о своей внушаемости, что она у него высокая. Поступая по-другому, мы заранее создавали бы у пациента негативное самореализующееся пророчество. Затруднения, которые сопровождают негативное мнение пациента о своих способностях входить в транс, частично связаны с тем, что терапевт бывает как бы "загипнотизирован" своей уверенностью в "отсутствии способностей" у пациента и работает не настолько тщательно, насколько это необходимо.

Существуют три принципа, которым необходимо следовать для успешного применения гипнотического транса в психотерапевтических целях. Во-первых, нужно убедить каждого пациента, что гипноз поможет ему, что он обладает способностью использовать его. Во-вторых, необходимо понять, что одни люди готовы приступить к сеансу гипноза сразу как только переступят порог вашего кабинета, в то время как у других вначале необходимо сформировать доверие к терапевту. Терапевт обязан иметь ввиду эти индивидуальные различия. В-третьих, необходимо быть гибким. Это значит, что некоторые пациенты нуждаются в формальном, структурированном или авторитарном наведении, тогда другие нуждаются в более неформальном естественном подходе. Каким-то пациентам необходим акцент на гипнотической работе, проводимой врачом, иным важнее сосредоточиться на самогипнотической работе. Некоторые пациенты быстро начинают скучать и им требуется терапевт, постоянно меняющий наведение, другие лучше реагируют на знакомую им устоявшуюся процедуру.

Глубина транса

В профессиональной литературе по гипнозу было много, пожалуй, слишком много дискуссий по поводу глубины транса, в который погружается человек, и о ее влиянии на процесс излечения. В течение ряда лет было разработано шкалы для измерения глубины транса. Они могут иметь от 5 до 50 градаций (от "невнушаемого" до "глубоко сомнамбулического"). Подобные шкалы, возможно, имеют научную ценность (еще раз подчеркнем, *возможно*). Но ценность для экзистенциального гипнотерапевта их клиническая ценность ничтожно мала. На практике мы обнаружили, что концепция "глубины транса" является вредной: слишком много начинающих терапевтов бывают сами "загипнотизированы" этой идеей и тратят много клинического времени, стараясь углубить транс пациента, уже вполне достаточный для работы. Нужно ценить клиническое время, и, кроме того, у пациента создается ложное впечатление, что он все еще не готов для необходимой клинической работы, потому что терапевт борется за углубление транса вопреки естественному состоянию пациента. Мы же пытаемся внушить нашим пациентам совершенно противоположные представления. Напомним, что нашей главной задачей изменение системы взглядов - от тупика к переменам.

Мы сделали три ценных наблюдения относительно глубины транса и клинической работы. Во-первых, каждый пациент, по-видимому, имеет "естественную" глубину транса, которой он достигает чаще и легче. Эта естественная глубина, вероятно, связана с когнитивным стилем человека и его личностными характеристиками, которые, в свою очередь, взаимодействуют со стилем гипнотерапевта и уровнем доверия пациента к данному процессу. Степени естественной глубины транса слишком сложны, чтобы их можно было предсказать заранее, однако, после того как вы несколько раз поработали с пациентом, находящимся в трансе, вы можете предсказать, какая глубина для него предпочтительна.

Во-вторых, состояние транса имеет свои приливы и отливы. Транс - это процесс, а не статическое состояние, и глубина его у пациента в ходе терапевтического сеанса то

ослабевает, то усиливается. Вот еще одна причина, по которой измерение глубины транса бессмысленно, потому что к тому времени, когда это измерение будет зафиксировано, глубина может измениться. Некоторые из этих изменений глубины транса имеют клинические последствия, поэтому терапевт должен быть внимательным. Например, когда пациенты пугаются каких-то своих внутренних впечатлений, возникающих во время сеанса, степень глубины их транса либо ослабевает, либо, наоборот, усиливается, причем хорошо подготовленный наблюдатель может это заметить. В некоторые дни пациенты просто не готовы ко вхождению в транс и не позволяют себе расслабиться и испытать нормальное состояние транса. С другой стороны, во многих случаях изменение глубины транса в течение сеанса или изменение переживаемой пациентом глубины от сеанса к сеансу происходит как будто бы без всяких причин. Если пациент спрашивает об этом феномене и мы вместе не можем найти к нему ключа, то просто говорим ему: "Так и должно быть." Экзистенциальные моменты нашей жизни не всегда могут быть объяснены, они просто существуют. Принятие этого "факта" является основной целью всей экзистенциально ориентированной психотерапии.

Третье и, соответственно, наиболее важное наблюдение об уровне транса - это то, что он редко имеет значение для клинической работы. Все методы, которые представлены в этой книге, одинаково хороши для всех пациентов, независимо от того, какой глубины транса они могут достигнуть¹. На наших профессиональных семинарах по гипнотерапии часто присутствовало много медиков, и поэтому мы обычно включали в программу занятия по гипнотическому воздействию на боль и кровотечения. Мы продемонстрировали опыт с протыканием вены на тыльной стороне руки иглой 20-го номера. (Это чувствительный участок: только ущипните его и почувствуете, а игла довольно толстая, так что эта демонстрация может быть впечатляющей). Обычно приглашаются три-четыре человека для каждой демонстрации. Некоторые люди не позволяли нам даже приближаться к ним с иглой, несмотря на глубокий сомнамбулический транс. Другие субъекты находились в таком легком трансе, что только хорошо подготовленный наблюдатель мог бы заметить это состояние. Тем не менее, после того, как мы вынимали иглу, каждый из них, в равной степени достигал обезболивания и остановки кровотечения.

Цель гипнотерапии состоит не в достижении глубины транса, а в устранении имеющихся симптомов. Терапевтам необходимо перестать беспокоиться так сильно о том, "насколько глубоко пациент погружается в транс" и с уважением относиться к естественному состоянию каждого пациента. Необходимо постоянно давать знать пациентам, что теперь, когда они испытали состояние транса, они могут надеяться на личностный рост, который они хотели получить от гипнотерапии.

Как загипнотизировать

Если вы можете эффективно применить три принципа, которые мы сейчас обсудим, навести транс будет довольно легко. Трудности с осуществлением клинической

¹ Существует два исключения. Первое: пациенты, которые ранее в своей жизни перенесли травму - сексуальное или физическое насилие - и использующие гипнотерапию, чтобы вспомнить и проработать этот опыт. Такие пациенты часто (но не всегда) нуждаются в достижении достаточно глубокого транса для того, чтобы справиться с подобной задачей. Они часто склонны к диссоциации, глубокий транс наступает у них естественно. Если же нет, рекомендуется установить дружеские терапевтические отношения до начала работы в трансе. Это время может быть использовано для безопасного обучения трансу до начала клинической работы. Второе исключение - пациенты, которым предписывается гипноанестезия для хирургических операций (когда противопоказаны обычные анестезирующие средства). Только 10-15 процентов населения может достигнуть глубины сомнамбулического транса, необходимой для обезболивания.

работы начинаются после того, как транс наведен. По этой причине гипнотерапевт прежде всего должен быть обучен как психотерапевт. Многие профессионалы считают "самодельных" гипнотизеров опасными. Нет ничего опасного в состоянии транс. Наибольшая опасность, связанная с использованием гипноза неподготовленными людьми или неумелыми профессионалами, состоит в том, что они действуют неэффективно. Следовательно, опасность заключается в том, что клиенты, которым могла бы помочь хорошая гипнотерапия, не получают помощи и поэтому будут считать, что гипноз не для них, в то время как проблема заключается не в них самих и не в методах, а, скорее, в отсутствии у гипнотизера психотерапевтического искусства. Хорошему клиническому искусству трудно обучиться по книгам. Техники, описанные в главах с 3 по 7, главным образом предназначены для гипнотерапевтов, уже подготовленных к применению клинического гипноза. Если вы не принадлежите к этой категории, мы настоятельно рекомендуем вам пройти профессиональное обучение индивидуально или в небольшой группе учащихся у преподавателя, искусного в гипнотерапии.

Гипнотическое наведение заключается в том, чтобы обеспечить *максимальную концентрацию внимания* субъектом. Совершенно неважно, на чем человек фокусирует внимание. Фокус может варьировать от внутренних образов до внешних восприятий. Это довольно просто делать, как только вы усвоите три важных принципа. Первый: подобно традиционным формам восточной медитации, транс - состояние, связанное с концентрацией и сменой объекта внимания. Никто не может достичь этого в совершенстве, в особенности в начале своей гипнотической практики. Гипнотерапевт должен постоянно напоминать пациенту, что тот может утратить концентрацию внимания по различным причинам (пациента могут отвлечь мысли, в кабинете может зазвонить телефон и т.д.) Итак, если пациенты потеряют концентрацию, все, что нужно, это вновь сконцентрировать их внимание. Без таких напоминаний пациенты часто говорят себе, что не могут войти в транс, и это переключает с необходимой концентрации внимания на оценочное мышление, приводя их тем самым к другому негативному самореализующемуся пророчеству.

Второе требование, которое необходимо усвоить, чтобы научиться вводить в состояние транс, - гибкость. Некоторые люди могут концентрироваться на чем угодно, к чему гипнотизер привлечет их внимание, а другие более ограничены в своих реакциях. Это не проблема, если вы помните, что не существует правильного или неправильного способа концентрировать внимание пациента, есть только эффективные и неэффективные методы. Нет провалов, есть лишь обратная связь. Предположим, что после того, как человек сделал несколько глубоких вдохов, вы просите его зрительно представить школьную доску, потому что планируете использовать стандартное наведение с использованием цифр на доске. Если через минуту становится ясно, что у пациента возникают трудности с внутренней визуализацией, гипнотизер должен сообщить пациенту (как словами, так и через свое отношение): "Хорошо, неважно, просто откройте глаза и найдите пятно на стене за моим плечом. Внимательно смотрите на него, пока я разговариваю с вами". Это может показаться слишком простым, но тем не менее слишком многие терапевты продолжают настаивать на том, что не работает до тех пор, пока у пациентов не начинает формироваться мысль: "Я потерпел неудачу". После этого с терапией может произойти самое худшее.

Третий принцип наведения заключается в использовании того, что Бэндлер и Гриндер (1979) называют "подстройкой". Подстройка означает, что гипнотерапевт включается в мир пациента, отзеркаливая его словами и ритмом. С пациентами, у которых дыхание учащено, терапевту нужно говорить в течение некоторого времени несколько быстрее, чем обычно, а затем вести их, постепенно замедляя темп речи. Таким же образом, работая с пациентами, которые выглядят заторможенными, терапевт дол-

жен сначала замедлить темп. Если мы просим пациента сконцентрировать внимание на своем теле и следить за его определенными частями тела во время вдоха и выдоха нужно повторять слова "вдох" и "выдох" именно в тот момент, когда пациенты на самом деле делают это. Если субъектам предлагается сконцентрировать внимание, а они делают глотательные движения или двигают рукой, нужно сказать: "В то время, как вы глотаете (или двигаете рукой), можете продолжать замечать...." Основная идея заключается в том, чтобы использовать исходящие от пациента сигналы, а затем возвращать их ему.

Делая все это, мы берем то, что пациенты внутренне интерпретируют как помехи, как признаки, "доказывающие" их неспособность входить в транс, и превращаем такое поведение в часть наведения. Через некоторое время большинству пациентов начинает казаться, что они делают то, что им говорят (а не наоборот). Происходит как бы сотрудничество гипнотерапевта и пациента.

Как мы уже говорили, искусство гипнотерапии заключается в установлении доверительных взаимоотношений между субъектом и терапевтом. Разрешая пациенту утратить концентрацию и вновь сконцентрироваться, сохраняя гибкость и подстраиваясь к ритму и поведению пациента с помощью подходящих слов, терапевт не только добивается наведения трансa, но и создает наилучшую обстановку для продуктивной психотерапевтической работы.

Подстройка как принцип наведения может также включать в себя и другие элементы. Например, если установлено, что ведущая репрезентативная система пациента - визуальная, то использование в начале гипнотического наведения визуализации (например, разглядывание пятна или представление школьной доски с цифрами), облегчит наведение и начало терапии в большей степени, чем кинетический тип наведения - представление себя находящимся расслабленным в ванне с теплой водой, или простая левитация руки, которые не включают зрительных образов. Пациенту, проходящему 12-шаговую программу выздоровления¹, например, анонимному алкоголику, можно помочь войти в состояние трансa, предложив ему представить подъем по 12-ступенчатой лестнице, после чего тот попадает в свое самое любимое место. Такой тип наведения соответствует миру пациента и, следовательно, способствует общению и благоприятствует переменам.

Какова терапевтическая ценность подобной концентрации внимания во время состояния трансa? Во-первых, человек учится замедлять темп своей жизни. В нашей жизни с ее быстрым ритмом, когда дети растут в домах, где родители смотрят телевизор, читают газеты и в одно и то же время разговаривают с ними, умение остановиться и сконцентрировать внимание само по себе полезно. Чувство тревоги уменьшается вследствие физических изменений, связанных с процессом релаксации. У многих пациентов оно также уменьшается, если они овладевают умением концентрировать внимание на настоящем. Тревога во многом связана с предвосхищением. Когда человек полностью сконцентрирован на настоящем, для него не существует будущего и, следовательно, нет предвосхищающих реакций. Второе значение фокусирования внимания заключается в том, что субъект учится концентрироваться на своих текущих переживаниях. Такая концентрация способствует выявлению деталей, часто полезных для решения проблем. Как отмечал Сэм Кин (1991), "Бог проявляется в деталях".

Третий терапевтический выигрыш от состояния трансa состоит в том, что пациент обучается избавляться от осуждающего внутреннего голоса, обычно не умолкающего в его голове. Эта оценка - нечто вроде образа "Я", который мы обсуждали в предыдущей главе. Она проблематична, даже когда позитивна, и может быть разрушитель-

¹ Программа "12 шагов" используется для лечения различного рода зависимостей. - Прим. научного редактора.

ной, когда критична, и это обычно для наших пациентов. Как только человек начинает полностью концентрироваться на конкретном событии и осознавать его, ментальное "пространство" для оценивающего голоса сразу сокращается.

Последним важным для гипнотерапии аспектом состояния транса является увеличение способности субъекта чувствовать и использовать зрительные образы. Наша экзистенциальная гипнотерапия применяет визуализацию как важный диагностический и терапевтический инструмент (мы обсуждали это в главе 4). Хотя в главе 1 мы утверждали, что любой гипноз двойственен (диалог "терапевт-пациент"), существует тип опыта, определяемый для пациентов как самогипноз. Он имеет важное клиническое значение и будет подробно обсуждаться в главе 6.

3. ОСВОБОДИСЬ И ПУТЕШЕСТВУЙ НАЛЕГКЕ

Человек подобен верблюду, который опускается на колени и позволяет нагрузить самого себя; он несет с собой слишком много тяжелых и чуждых ему слов и ценностей, и после этого жизнь кажется ему пустыней.

Заратустра

Я знаю только, что бы я сделал, если бы мог повернуть время вспять; но в настоящем я бессилен.

Вилли Нельсон

Подверженность бессилию

Несомненно, ощущение своей личностной силы - главное свойство здоровой личности и, следовательно, лучший результат психотерапии. Почему же тогда эта мысль встречает такое сопротивление? Почему бихевиористы - приверженцы наиболее популярной психологической школы на Западе - уверены, что мы не свободные и могущественные создания, а серии реакций на стимулы, усиленные подкреплением? Существует три главных причины или подкрепления популярности теории "стимул-реакция", каждая из которых имеет последствия для психотерапии. (Последняя из них - самые значительные).

Первая и наиболее очевидная причина популярности теории "стимул-реакция" состоит в следующем: если наше нынешнее поведение можно предсказать, основываясь на прошлых паттернах подкрепления, то мы, конечно не можем отвечать за свои неприятности. Что бы ни случилось с нами и где бы мы ни находились, это все равно "Их вина" - блестящий самодостаточный термин Хейдеггера. "У меня было бы все прекрасно, если бы не мои родители, моя супруга, моя школа, наследие моей культуры" и так далее. Ответственность - это дитя свободы. Утверждение "Я сам ответственен за свою жизнь, будь она хорошей или плохой" - наиболее здоровая психологическая установка. Такая позиция предоставляет наибольшие возможности для роста и изменений. Но это положение пугает множество людей, представителей нашей культуры. Гораздо легче обвинить в своем саморазрушительном поведении табачные компании, чем принять на

себя ответственность за привычку к курению и поклясться бросить курить раз и навсегда. Главная задача терапевта - проповедовать евангелие свободы и ответственности, потому что подобная линия действительно отделяет людей от червей, голубей и крыс, и все те психологические теории, которые не принимают этой фундаментальной истины, порочны. Люди от животных отличаются существенным образом: у людей есть сила воли и возможность изменить себя.

Вторая причина успеха теории "стимул-реакция" - широко распространенный страх своего несовершенства, совпадающий со страхом перед патологией. Многие психологи-теоретики наблюдали, как люди видят себя такими, какие они на самом деле и реагируют на это со страхом, пытаясь уйти от подобного образа. Фрейд (1949) назвал это явление Океаническим комплексом. Маслоу (1971) - комплексом Джошуа, а Джеймс Хилман, юнгианский аналитик, в своей блестящей книге "Ревизия психологии" (1975, стр.55), пишет:

"...Наш страх быть тем, чем мы на самом деле являемся, частично обусловлен психопатологическими аспектами индивидуальности. Так как каждый из нас имеет свои особенности, свои болезни, мы терпим неудачи и не можем понять, почему мы все делаем неправильно даже тогда, когда у нас большие надежды и благие начинания... Наши порывы к совершенству бессильны или не проявляются вообще. Наши чувства растворяются в апатии. Мы беспокоимся и в то же время нам все безразлично... Мы не можем преодолеть прошлых привязанностей, надежд, любви".

Перед всеми терапевтами стоит задача помочь пациентам понять, что быть полностью человеческим - значит быть несовершенным человеком, переживать как успех, так и неудачу. Даже наиболее психологически сильные и здоровые люди далеко не всегда получают то, к чему стремятся. Это, однако, никак не может быть служить оправданием отказа от попыток.

Третий пункт, объясняющий популярность теории "стимул-реакция" и в свою очередь блокирующий актуализацию личностной силы, поэтически описан Ницше в его классической работе: "Так говорил Заратустра" (1954b, стр.25):

"Имя свободы и радости - Воля, но настало время понять: сама Воля все еще узник. Воля освобождает. Но что же могло заковать самого освободителя? "Было" - вот название зубного скрежета Воли и главного секрета меланхолии. Бессильная против того, что было сделано, она с горечью созерцает прошлое. Воля не может быть обращена в прошлое, она не может преодолеть время... "Так было" написано на камне, который воля не в силах сдвинуть. Она мстит тому, кто не чувствует гнева и неудовольствия. Следовательно, освобожденная Воля приносит боль. Это единственное, что может дать нам мечь. *Воля бессильна перед временем и его "так было"*. (курсив наш - М.К. и Ч.Ц.)

В нашей клинической практике мы подтвердили наблюдение Ницше. Когда пациенты хорошо входят в контакт со своей личностной силой, они обычно сталкиваются с чувствами, связанными с их прошлым - с болью, печалью, страхом или гневом. Вероятно, новое ощущение силы помогает пациентам почувствовать себя безопаснее и более подготовленными к встрече с этими неприятными эмоциями из прошлого и показывает, какими бессильными они были или, по крайней мере, чувствовали себя в прошлом. Ницше отмечал: часто существует злость и гнев на прошлое. Поддаваясь гневу, пациент испытывает сильную фрустрацию, потому что даже новое чувство силы не может помочь изменить личную историю. Гнев и фрустрация часто приводят к психо-

логической агрессии, пугающей пациентов, часто даже отталкивает их от только что обретенного чувства силы и контроля.

Освобождение от прошлого и “Я-концепция”

После цитаты из Заратустры, приведенной выше, Ницше продолжает развивать его мысль о том, что в конце концов Воля к власти должна искать что-то помимо мщения, может быть, даже примирения. Этим "что то", по нашему мнению, является способность освободиться от прошлого. Освобождение - это более чем прощение и забвение, это глубокое сознательное и бессознательное понимание того, что сказано в эпиграфе из Вила Нельсона, приведенного в начале этой главы: *"В настоящем я бессилён"*. Это должно приниматься как факт, без ассоциирования с ним какого-то определенного чувства - счастья или печали.

Способность *освободиться от прошлого* - настолько важная часть обучения личностной силе, что мы посвящаем ей первую главу об использовании гипноза и гипнотерапевтических упражнений. Мы применяем эти методы в какой-то мере ко всем нашим пациентам.

В главе 1 мы обсуждали, что освобождение означает медленное обучение избавлению от *всех* представлений человека о себе. Такую совокупность представлений называют образом “Я”. Степень личностной силы и самоактуализации, которой человек достигает, прямо связана с его способностью освободиться от ярлыков. Живые существа преходящи, все сущее проходит. Попытайтесь схватить что-нибудь. Будда учил, что все страдания происходят от привязанностей. Герман Гессе в своем романе "Сиддхартха" показал, что освобождение от самоопределения означает освобождение даже от таких определений, которые при поверхностном взгляде кажутся позитивными. Гессе (1951, стр.33) писал: когда Сиддхартха обнаружил, что он больше не является высокопоставленным брамином и аристократом, не аскетом из рода Саманос, что он никто, просто Сиддхартха, он почувствовал себя одиноко, как отшельник. Он испытывал леденящее отчаяние, *но чувствовал себя более крепким, чем когда либо* (курсив наш), и ступил на путь истинного просветления.

Мы начинаем это обсуждение с объяснения использования гипнотического транса для того, чтобы помочь пациентам освободиться от прошлого и других болезненных реальностей, по мере того как они будут создавать для себя новую здоровую реальность.

Гипнотические техники

Милтон Эриксон был первым практиком, понявшим, что гипнотический транс - это опыт, изменяющий реальность человека. Эриксон (1980, т.1, стр.38) утверждает: "Наведение и поддержание транса служит целям создания особого состояния, в котором пациент может перестроить и реорганизовать свои внутренние психологические сложности и использовать свои возможности в соответствии со своим собственным опытом". Такая точка зрения противоречит традиционным взглядам на гипноз, использующим транс для обусловливания или программирования пациента с помощью внушений. Эриксон считает транс плодородной почвой для нового здорового опыта и новой, порождаемой самим пациентом реальности, позволяющей освободиться от прежней, нездоровой. Гипнотизер не принуждает пациента принимать ту реальность, которую он предлагает. Нет, гипнотизер просто облегчает пациенту поиски собственной

реальности, которая ему близка и понятна. Такое понимание транса и объяснение подобной точки зрения более эффективно. Пациент чувствует себя гораздо лучше, когда понимает, что новая реальность возникает вследствие его работы, а не работы гипнотизера. Всем пациентам необходимо знать, что их восприятие мира определяется сочетанием личной истории и нынешними побудительными мотивами. Они также должны узнать, что всегда и на все можно взглянуть с иной точки зрения. Фактически большинство проблем во взаимоотношениях возникает потому, что двое людей имеют различные взгляды на одно и то же. Чтобы проиллюстрировать наши взгляды на значение транса и наши методы его использования, мы предлагаем образец типичного гипнотического диалога, применяемого в начале лечения, во время первого формального сеанса гипноза, сразу после того, как пациент погрузился в состояние транса.

" Джон, каждый, кто приходит в этот кабинет, приносит в него собственную реальность и восприятие своей жизни - своего прошлого, настоящего и будущего, восприятие окружающего мира, и реагирует на все так, как будто это истина. Однако ты, возможно, согласишься со мной, что во Вселенной существует несколько истин, хотя другие будут доказывать, что в ней вообще нет никакой истины. Джон, целый бесконечный ряд реальностей доступен нам. Например, если миллион людей проживет жизнь, подобную твоей, они будут иметь миллион разных впечатлений и ее оценок, отличающихся по крайней мере по нескольким пунктам. Без сомнения, найдутся такие, которые будут думать, что твоя жизнь является более позитивной, чем это чувствуешь ты. Будет и тот, кто согласится с твоим восприятием, но встретятся и те, кто оценит твою жизнь как совсем никудышную. Как же отыскать правду? Мне приятно сказать тебе, Джон, что в состоянии транса приостанавливается обычная реальность, восприятие и система отсчета, на которые ты реагировал как на истину. Создается мост к бессознательному. Этот мост - транс, и там, в твоём бессознательном, Джон, надёжно хранится опыт всей твоей жизни. У тебя имеются огромные ресурсы, и с помощью транса они откроются, возникнут новые реальности, которые ты можешь пережить. Новые способы видеть, думать, слушать и переживать жизнь окажутся более здоровыми. Эти новые реальности, которые ты ощутишь, не будут более истинными, чем другие, они просто более здоровы и удобны, Джон. Каждый раз, когда мы будем заниматься гипнозом (или ты - самогипнозом), в тебе будет возникать процесс создания новых реальностей, которые станут твоими новыми истинами".

Всем нашим пациентам мы даем установку на гипнотический транс как на освобождение и говорим, что с помощью транса старые нездоровые паттерны реальности исчезнут или будут заменены более удобными и здоровыми реальностями. Такое положение само по себе часто освобождает пациента, как бы дает ему "разрешение" или основание взглянуть на свой мир по-другому.

Высвобождение и переосмысление прошлого опыта с помощью транса

Гипноз широко используется для восстановления травматически диссоциированных забытых воспоминаний. Негативная энергия, ассоциируемая с этими воспоминаниями, часто направляется на более здоровое функционирование. Однако, из-за травматической амнезии, пациент может даже не знать, что нынешние симптомы связаны с прошлой травмой, или, пользуясь языком наших предыдущих рассуждений, прошлое не отпускает его. Например, сексуальные проблемы могут быть связаны с давно забытой детской травмой, вызванной сексуальным насилием.

Техники регрессии хорошо известны и часто очень полезны, несмотря на то, что точность данных, извлекаемых из забытого прошлого пациента, является спорной (Шефлин и Шапиро, <Schefflin & Shapiro> 1989). Гипнотическая регрессия может быть применена просто в качестве предложения вернуться назад, прошлое, и вспомнить травму, связанную с текущими симптомами. Конечно, клиницист должен быть готов столкнуться с возможностью катарсиса или абреакции, вызванными болезненными воспоминаниями.

Использование образов "внутреннего ребенка" или "ребенка, живущего в пациенте" и связанных с ними стратегий "родительства по отношению к самому себе", становится все более популярным (см.: Бредшоу, <Bradshaw> 1990; Капакчионе, <Capaccione> 1991; Кинг, Голден, Кинг и Цитренбаум, <King, Golden, King & Citrenbaum> 1989 и Уитфилд, 1987). Эти методы полезно использовать как механизм регрессии, исследования прошлого и любой травмы, которая могла произойти, а также для преодоления обид, связанных с прошлым. Такая техника может быть с успехом применена, чтобы подтолкнуть пациента к "освобождению". Как и с любыми образами, работа с "внутренним ребенком" и "родительством" наиболее эффективна, когда пациент находится в гипнотическом трансе. Насколько нам известно, первым человеком, применившим такую стратегию, был Милтон Эриксон в случае с "Февральским Человеком" (Эриксон и Росси, <Erickson & Rossi> 1979, гл. 10). Среди других, кто применял эти понятия, были Кьюг Миссилдайл, написавший прекрасную книгу "Ваш внутренний ребенок из прошлого" (Missildine, 1982), Эрик Берн (Berne, 1961) и другие практики транзактного анализа, а также Элис Миллер (Miller, 1984).

Далее мы приводим запись типичной беседы с загипнотизированной пациенткой для того, чтобы познакомить ее с "внутренним ребенком" и начать ассоциативную работу в рамках лечения:

"Мэри, представь себе, что ты идешь по тропинке, которая расстилается перед тобой. Пожалуйста, представь, что ты можешь видеть все, что лежит на этой тропинке, слышать звук своих шагов и чувствовать землю у себя под ногами. Представь тропинку перед собой, пожалуйста, представь, что на некотором расстоянии ты вдруг заметила маленького человека, который медленно идет по направлению к тебе. Теперь, пожалуйста, представь, что это - маленькая девочка. А теперь девочка подходит все ближе и ближе к тебе, и выглядит она в точности как ты, Мэри, в своем детстве. Мэри, это твой внутренний ребенок, или ребенок, живущий в тебе. Маленькая девочка всегда жила в твоей голове, в твоём сердце или животе или в другом месте, она твоя внутренняя часть и во многом ответственна за твою восприимчивость, чувства и прочие твои качества. Представь, что вы приближаетесь друг к другу и, пожалуйста, кивни головой, когда она будет рядом. /Пациентка кивает. И в этот момент можно попросить пациентку рассказать, сколько лет девочке, во что она одета, имеет ли какое-то уменьшительное имя или имя, отличное от имени пациентки./ Если с тобой все нормально, Мэри, можешь спросить эту маленькую девочку, не хотела ли бы она обняться с тобой. А затем представь, что вы крепко-крепко обнимаетесь. Теперь ты можешь провести с ней какое-то время и сказать, что хотела бы помочь ей. Ты также можешь сказать, что наверняка знаешь все ее трудности вынесла, и что теперь у нее есть ты со всем твоим опытом и силой, чтобы помочь ей. Возможно, есть нечто, что ты хотела бы сказать ей и что, как ты знаешь, ей было бы полезно услышать. Мэри, например, ты могла бы сказать, что она любимый и ценный ребенок, и что она хороша такая, какая есть".

В этот момент пациента можно привлечь к оказанию помощи этому ребенку, через активное позитивное общение с ним, с помощью стратегий заботливого родитель-

ства. Пациент может пойти с ребенком на прогулку и поиграть. Пациента также можно подвести к воображаемой встрече с идеалом хорошего родителя. Эти образы могут быть связаны с образами собственных родителей пациента, которые ведут себя позитивно, или с образами других людей, которых пациент хотел бы представить своими родителями.

Работу с давней травмой можно осуществить, позволив пациенту представить образ внутреннего ребенка, переживающего эту травму. Такой метод часто вызывает катарсис болезненного аффекта. Можно подтолкнуть пациента вообразить себя спасающим своего внутреннего ребенка, так, чтобы он представил начало ситуации, приведшей к травме, а затем неожиданного вмешался и спас его (ребенка) от насилия. Можно использовать другую подобную стратегию, в том числе создание нового сценария ситуации или, соответственно, новой истории для пациента (Квигли, <Quilgley> 1989). Необходимо помнить, что некоторых пациентов с психической травмой нужно держать "на дистанции", когда травматическое событие из прошлого вспоминается ими в первый раз. Часто бывает полезно применить диссоциативную стратегию. Например, предложить пациентам представить себя, сидящими в кинотеатре и смотрящими фильм о самих себе. Можно обеспечить пациенту чувство безопасности, предложив ему представить дистанционное управление, которым он контролирует скорость, четкость и размер образов этого кино. Подобные методы позволяют пациенту взглянуть на прошлое, обладая полнотой знаний и силы взрослого человека. Чтобы терапия была эффективной, совершенно не требуется переживать психическую травму еще раз!

Образ внутреннего ребенка является своего рода метафорой. В главе 7 мы обсудим значение использования метафор для изменения экзистенциальной реальности пациента. Если бы мир не был так глуп, нам бы не пришлось объяснять, что внутренний ребенок является для нас лишь полезным образом, а не реальностью. Однако в настоящее время существует много писателей "нового времени", которые описывают внутреннего ребенка как реальное существо, своего рода существо в существе, и хотелось бы отмежеваться от их представлений, не выплеснув вместе с водой ребенка. Такая метафора внутреннего ребенка соответствует реальности многих наших клиентов и терапевтически полезна.

Методы гештальт-терапии

С точки зрения гештальт-терапии, пациенты держатся за прошлое и чувствуют тревогу, вину или депрессию, когда их опыт не "завершен", или с этой частью их прошлого не сформирован соответственный гештальт. Обычно это означает, что человек не смог выразить себя необходимым способом и заикнулся на негативном чувстве, которое мешает ощущению личной силы в его нынешней жизни. Соответственно, техники гештальт-терапии представляют собой стратегии помощи людям при восполнении своего опыта с целью освобождения от чего-либо, что удерживает их, например, гнева, боли, чувства вины или страха. Пациенту помогают превратить "фон" в "фигуру". Если некто испытывает чувство тревоги или депрессии, но не знает почему - довольно обычная ситуация, гештальт-терапевт предполагает, что пациент приобрел чувства или опыт, которые не были пережиты или выражены до конца, потому что были слишком тяжелыми, чтобы пережить их. Методы гештальта заключаются в перемещении этого опыта из тьмы в сознание пациента. Фон должен стать фигурой, должен быть пересмотрен, изучен и честно пережит, чтобы можно было избавиться от него. Для гештальт-терапевта единственный способ избавиться от чувства тревоги и дискомфорта

- пережить их до конца. Методы гештальта состоят в упражнениях на осознание и экспрессивных техниках, с помощью которых можно завершить недоделанные дела.

Гештальт-терапия всегда использует гипнотические переживания, хотя многие авторы, пишущие о гештальт-терапии, обычно не называют гипноз гипнозом. Насколько мы понимаем техники гештальта, они требуют концентрации внимания, приводящей к естественному трансу. Терапевтическая ценность методов гештальта возрастает, когда мы называем эти методы гипнозом и начинаем их использовать после формального наведения транса. Использование определения "гипноз" и формальное наведение транса усиливает процессы воздействия за счет "эффекта плацебо". Например, такое применение подобных методов может предоставить пациентам необходимое разрешение поговорить "с пустым стулом". Это техника, которую мы обсудим позже.

Рассмотрим четыре техники гештальта, которые считаем особенно полезными с точки зрения экзистенциальной терапии.

Телесность или осознание и усиление ощущений

Предложите пациенту закрыть глаза и обратить внимание на собственное тело, сообщая о любых проявлениях скованности, напряжения или дискомфорта. Когда пациент указывает на такое чувство, говорит, например, "у меня комок в горле", терапевт должен посоветовать пациенту уделить больше внимания этому ощущению и усилить его. Когда пациент усиливает негативные ощущения вместо того, чтобы ограничивать или подавлять их (предполагаемый привычный стиль поведения пациента), и позволит самому себе испытать их, часто эти переживания или чувства получают завершение. Когда переживание завершено, пациент может расстаться с ним. В приведенном примере пациент может неожиданно начать плакать, может разозлиться или даже осознать другие ассоциации, связанные с этим чувством - может так, боль или гнев, ассоциируемые с каким-то прошлым событием или какой-то значительной фигурой в жизни пациента, могут быть вызваны и пережиты по ассоциации с чувством "комка в горле".

Вариант техники усиления телесных переживаний или чувств заключается в том, чтобы предложить пациенту, используя свое воображение, стать ощущением той части своего тела, на которой сконцентрировано его внимание. Например, терапевт может указать пациенту на то, что когда тот говорил о своей матери, его рука была сжата в кулак. Терапевт может попросить пациента показать кулак, представить себе, что стал этим кулаком и описать, что он чувствует. Превращение в переживание, в чувство или в часть тела может увеличить осознание пациентом вытесненных, подавленных или "незавершенных" чувств или переживаний, и с ними становится возможным работать. К примеру, одна пациентка по просьбе терапевта представила себя своей рукой и совершенно неожиданно заговорила о том, что хочет врезать своей матери под дых. Когда "кулак" (или пациентка) представил себе, что он сделал это, рука расслабилась - свидетельство того, что чувство гнева получило свое завершение и пациентка может от него освободиться.

Метод "пустого стула"

Классический и наиболее популярный метод гештальт-терапии заключается в том, чтобы поставить перед пациентом стул, на котором он представляет себе человека, с которым у него "не закончены дела". Один пациент был зол на своего умершего отца. По просьбе терапевта он представил отца сидящим на пустом стуле. После чего паци-

ент при поддержке терапевта сказал отцу, что давно должен был сказать, и полностью выразил себя. Теория гештальта (Перлз, Хефферлайн и Гудмен, <Perls, HefferLine & Goodman> 1951; Перлз, <Perls> 1969) утверждает, что пациенты приходят к осознанию чувств и переживаний, уделяют внимание этим чувствам и выражают себя. Тогда автоматически происходит освобождение от этих переживаний. Тем не менее важно донести до пациента значение его освобождения. Мы говорим ему что-нибудь наподобие: "Джон, ты сделал все правильно и закончил это дело. Теперь ты можешь избавиться от гнева и почувствовать себя более спокойным и сильным".

Упражнения в осознании себя "здесь и сейчас"

Гештальт-терапевты ценят полное переживание момента "здесь и сейчас", с тем чтобы достигнуть его завершения и затем перейти к следующему переживанию. Множество гештальт-упражнений усиливают полноту переживания "здесь и сейчас". Все они похожи на гипноз, фактически каждое из них может рассматриваться как гипнотическое наведение. Вот пример стратегии, часто помогающей пациенту. Попросите пациента громко сказать "Здесь и сейчас я осознаю ..." и затем закончить это утверждение чем-нибудь, что пациент осознает в данный момент. Эта фраза должна быть вновь повторена и дополнена тем, что является переживанием пациента в данный момент, и так снова и снова. Рекомендуем терапевтам использовать подобную технику и также применять максимально возможное число сенсорных модальностей. Например: "здесь и сейчас я осознаю, что делаю выдох. Здесь и сейчас я осознаю, что вижу улыбку на вашем лице. Здесь и сейчас я чувствую прикосновение кожи подлокотника кресла к моей руке. Здесь и сейчас я слышу телефонный звонок в соседнем кабинете, и т. д." Регулярное использование этой стратегии приучает пациента чувствовать себя "здесь и сейчас", вместо того, чтобы жить в прошлом или пребывать в будущем.

Мнимые похороны

Эта довольно драматическая терапевтическая техника позволяет пациенту похоронить что-то или кого-то, что удерживает его, стоит на его пути к более наполненной и продуктивной жизни. Пациент может похоронить вредную привычку - табакокурение или алкоголизм, старые отношения, человека, который умер в буквальном смысле, но все еще живет внутри пациента, или что-нибудь еще.

Мнимые похороны используют силу ритуалов, некоторую часть социализации, имеющуюся в каждом из нас, помогают нам совершить переход, освободиться от прошлого и двинуться вперед. Чем больше ритуализованы или "реальны" терапевтические похороны, тем больше они помогают пациенту освободиться от того, что ему не нужно. Мы устраивали мнимые похороны в терапевтических группах, когда каждый член группы становился участником похоронной процессии и помогал хоронить гроб, наполненный объектами, символизирующими то, от чего пациенты освобождались. Мы также использовали терапевтические похороны и в индивидуальной терапии, убеждали пациента принять участие в похоронах, чтобы освободиться от того, от чего пациенту необходимо избавиться, например, от чувства боли или гнева, вызванного его старой подругой. Мы предлагали пациенту прийти на следующий сеанс одетым подходящим образом для похорон и принести с собой предметы, ассоциирующиеся со старой подругой - старые любовные письма или фотографии, словом, то, что будет похоронено. Мы также просили его приготовить речь, сконцентрированную на освобождении от

чувств, связанных с этим человеком; спрашивали разрешения у пациента позволить нашему секретарю, хорошо знакомому пациенту благодаря частым сеансам, присутствовать на похоронах в качестве свидетеля. К следующему сеансу посреди кабинета устанавливался на столе, окруженном свечами, картонный ящик, задрапированный черным, и терапевт с секретарем, одетые в черное, уже ждали, глядя на этот "гроб". В течение похорон пациент зачитывал свою речь, а терапевт говорил несколько подходящих слов. Затем пациенту давали команду похоронить "гроб". Последнее указание обычно сопровождалось выкапыванием пациентом могилы. После такого рода работы, которую некоторые терапевты вроде Джея Хейли (Haley, 1984) могли бы назвать "суровой терапией", пациент еще более вовлекался в процесс освобождения от чувств, которые похоронил. Мы предлагаем некоторым пациентам ежедневно возвращаться к "могиле" в течение определенного периода "траура". Терапевты, которые никогда не применяли таких драматических методов, будут в значительной мере удивлены, насколько серьезно большинство пациентов воспринимает эту процедуру, особенно если она была предложена пациенту серьезно, и насколько сильна такая стратегия при оказании помощи пациенту в освобождении от прошлого.

Гипнотическая медитация

Мы часто успешно применяем метод, сочетающий гипнотическое внушение с классической медитацией - метод сосредоточения на своем дыхании. Он особенно эффективен, когда пациенту необходимо научиться освобождаться от навязчивых мыслей или чувств - гнева и тревоги. Когда пациентка находится в трансе, мы внушаем ей: если она перестанет хотя бы на минутку делать то, чем занята, и сосредоточится на своем дыхании в течение трех вдохов и выдохов, она почувствует себя более сконцентрированной и способной освободиться от гнева (или чего-то еще). Пациентка должна следить за вдыхаемым воздухом на всем пути его прохождения вниз в подложечную ямку, затем вверх и наружу, трижды при этом слова повторяя "вдох-выдох". Тем самым формируется классическая установка "когда - тогда" (очень существенная для гипнотического внушения). Мы говорим пациентке: *когда* она будет следить за своим дыханием подобным образом, *тогда* она освободится от нежелательных чувств. Если с пациенткой у нас установились отношения доверия, метод работает, потому что пациентка верит, что этот метод должен работать.

Чтобы повысить эффективность данного метода, мы предлагаем пациентам, находящимся в состоянии транса, представить типичную ситуацию, в которой у них возникают проблемы. Например, одна пациентка пришла к терапевту, потому что постоянно злилась на других людей. Во время сеанса ей предложили представить себя на своей кухне, куда входит ее дочь-подросток и ведет себя таким образом, который обычно вызывает у пациентки взрыв неудержимой ярости. Затем пациентка должна была на мгновение остановить все поведенческие реакции и сконцентрироваться на своем дыхании. После этого ее попросили (в воображении) отреагировать на свою дочь более подходящим образом, который позволял бы ей контролировать свои эмоции. Как нам кажется такие внушения в сочетании с "практикой" в нашем кабинете, имеют терапевтический эффект для значительного процента наших пациентов.

Встроенные внушения

Эту стратегию передачи сообщений, известную также под названием "аналогового маркирования", впервые предложил Милтон Эриксон (Эриксон, <Erickson> 1966; Эриксон и Росси, <Erickson & Rossi> 1976a), который называл ее "методом рассеяния". Она была популяризирована Джоном Гриндером и Ричардом Бэндлером (Grinder & Bandler, 1981). Встроенное внушение - это форма сообщения, недоступного уму пациента или его сознательному восприятию, но которое запечатлевается в подсознании пациента. Оно может быть сделано в рамках формального транса, но также может с легкостью быть применено в ходе любого клинического общения ("малый гипноз").

Как мы уже обсуждали в более ранних работах (Кинг и др., 1983; Цитренбаум и др., 1985), встроенные внушения обходят сознательный анализ и сопротивление, препятствующие изменениям. Такая техника, применяемая даже без формального гипнотического наведения, адресована правому полушарию мозга - "обители бессознательно-го". Встроенные внушения могут оказывать здесь существенное воздействие. Во многих исследованиях (см. Спрингер и Дейч, <Springer & Deutsch> 1981) подтверждена сила воздействия сообщений, направленных в правое полушарие мозга, а также отсутствие у людей осознания этого влияния. Во многих исследованиях (Смит, Чу, Эдмонстон <Smith, Chu & Edmonston> (1977); Даймонд и Бомонт <Diamond & Beaumont> (1974); Кинсборн и Смит <Kinsbourne & Smith> (1974)) делается вывод: когда доминирующее полушарие мозга сконцентрировано на каком-то задании, другое полушарие свободно для получения и обработки иной информации. Эриксон и Росси (1969, стр.261) утверждают, что "это может быть нейропсихологической основой использования [Эриксоном] рассеянных внушений на символическом языке бессознательного".

Легкое увеличение громкости голоса во время произнесения встроенного внушения представляет собой наиболее простой путь использования данного метода в большинстве клинических ситуаций. Установление небольших пауз перед внушением и после него (в нашем примере это показано с помощью курсива и тире) и упоминание имени пациента может еще больше усилить воздействие встроенного внушения. Например: "Изучение прошлого может быть полезно, но помимо этого важно для здоровья - *освободиться от прошлого, Том - давай начнем*".

Кинестетические ощущения также могут быть использованы для осуществления встроенных внушений. Например, клиницист может приблизиться к пациенту и положить руку на его плечо, произнося встроенное внушение. Такое прикосновение помогает подчеркнуть сообщение для бессознательного.

Может быть также применено визуальное встроенное внушение, которое, однако возможно только при открытых глазах пациента, когда он смотрит на клинициста. Клиницист может поднять руку в указующем жесте, произнося ключевые слова, заключающие в себе внушение. Реклама и объявления обычно используют визуальное встроенное запечатленное внушение с помощью выделения его жирным шрифтом, курсивом или другими визуальными знаками. Поясняя дальнейшее, надеемся, что вы, читатели, *освободитесь* от неэффективной стратегии общения, но мы знаем, что это происходит, только когда *вы готовы к этому*.

Мы часто рассказываем истории или используем метафоры, чтобы донести психотерапевтическое послание (подробно обсудим этот способ в главе 7). Сейчас мы предлагаем его краткое описание. Начиная формальный транс, мы обычно рассказываем одну или две истории исключительно с целью повторить в них несколько раз установку на освобождение в форме встроенного внушения. Такие сообщения, делающиеся в ходе наведения транса, достигают двойную цель: во-первых, пациент получает установку освободиться от повседневного опыта и войти в транс, во-вторых, эти сообщения служат также внушением освободиться от симптомов.

Вот пример такого рода истории, которую мы рассказываем с целью использовать встроенное внушение, направленное на освобождение.

"Мне здорово повезло, что я смог путешествовать по этой стране, обучая профессионалов гипнозу. Куда бы я ни приехал, участники семинаров уже имели парочку моих последних книжек. На обложке одной из них есть картинка, изображающая американские горки. Люди спрашивают, какая связь существует между ней и трансом, помощью людям с их проблемами. Я отвечаю, что секрет погружения в транс и помощи людям, таким как вы, с такого же рода проблемами, и секрет катания на американских горках один и тот же - научиться держаться и, когда нужно, *освободиться, Фред*. У меня есть семнадцатилетняя дочь. Когда она была еще совсем маленькой - всего 9-ти или 10-ти лет, то уже знала этот секрет и могла спокойно кататься на любых американских горках в мире. Когда машинка мчится вниз или делает крутой поворот, она должна крепко держаться, потому что это безопасно и удобно для человека ее размера и возраста. Но даже в свои юные годы моя дочь заметила, что есть люди, которые всегда держатся, и к финишу у этих людей затекают руки или локти, болят спина, шея и даже голова. Она знала: когда машинка поднимается на первый холм и вы слышите клацанье цепи, тянущей ее наверх, в это время вы можете откинуться и - *освободиться, Фред*, - или когда машинка находится у вершины первой горки, и вы наслаждаетесь видом на парк, в это время вы тоже можете - *освободиться, Фред*, - потому что и ваше сознание, и то, что я называю бессознательным, а моя дочь - просто женской интуицией, подскажут вам, когда нужно держаться".

После того как мы рассказали эту историю, продолжаем наш обычный гипнотический сеанс и делаем то, что наметили. Мы сознательно никогда не обсуждаем эту историю; очевидно, что единственная причина рассказывать ее - возможность повторять слово "освободиться" так часто, как только можно. Нас не перестает удивлять что около 25 процентов наших пациентов в течение двух недель возвращаются и говорят: "Вы знаете, (д-р Кинг или д-р Цитренбаум), на прошлой неделе я прогуливался по магазинам, и вдруг у меня начало появляться старое чувство паники, которое я испытывал раньше, но затем тихий голос в моей голове произнес: "Почему ты просто не освободишься от этого?" И я смог перевести дыхание. Я до сих пор недоумеваю, как это со мной случилось?" Конечно же, мы просто-напросто улыбаемся. Поразительно, как мало наших пациентов помнит, что им мы рассказывали историю про американские горки или делали другое подобное внушение. Такова наивысшая форма терапевтического успеха: пациенты получили полную возможность измениться, они даже не помнят, что мы что-то предпринимали для этого.

Следующий пример показывает, как мы используем истории в начале терапевтической работы, когда пациент учится испытывать транс. У Джона был повышенный интерес к самолетам и полетам. Он пришел на лечение, страдая от высокого кровяного давления и других симптомов, связанных со стрессами. Казалось, что Джон принимает жизнь чересчур серьезно. Он был взрослым ребенком алкоголика, и ему всегда нужно было чувствовать себя совершенным во всем. Терапевтическая история, примененная в его лечении, демонстрирует, как мы использовали интерес пациента и его личность для развития наших метафор. Мы вновь попытались донести до него единственное, но эффективное послание "Освободись".

"Ты знаешь Джон, есть одна вещь, которая характерна и для тебя, и для меня, и для всех твоих друзей - мы все хотим контролировать себя. Это вполне естественно. Каждый из нас часто делал ошибку думая, что контролировать себя - значит постоянно

сдерживаться, в то время как часто бывает наоборот. Рано или поздно каждый из нас должен научиться этому. Я сам научился лет 7 назад. Я тогда учился летать на одномоторном самолете. Как ты, может быть, знаешь, а может нет, летать на самолете довольно просто, зато приземляться трудно. Вероятно, ты слышал старую присказку: кто угодно может вести самолет, но чтобы приземлиться, нужно быть пилотом. Ты можешь понять, что мне всегда хотелось выполнять посадку самолета безукоризненно, поэтому я крепко держался за штурвал, называемый элероном, а мой учитель всегда орал мне: "*освободись, освободись*". Но я хотел контролировать ситуацию и поэтому крепко держался за него. Я научился летать достаточно безопасно, так что мог летать сам, и однажды, когда я практиковался в приземлениях, просто садясь, взлетая и делая круг над аэродромом, я совершил исключительно плохое приземление - просто-напросто запрыгал по полосе, как кенгуру. Я был так расстроен, что в следующий раз, сделав круг и снижаясь, вдруг услышал голос моего инструктора внутри меня, кричащего - *освободись, освободись, Джон*, - и я подумал: ну что я теряю? Тогда я глубоко вдохнул и - *освободился*, - вообще управляя одной рукой. При этом другую руку я держал свободно, чтобы мне было удобно, так, как будто бы я управлял автомобилем. И ты знаешь, когда я научился - *освобождаться* -, я стал намного лучше контролировать себя, стал способен приземлять самолет прямо в десятку, как мы это называли. Так что это был урок, который научил меня освобождать и контролировать себя".

Каждый раз слово "освободись", обычно с добавлением имени пациента, произносится с легким изменением тона, более громким или более глубоким голосом, и с небольшими паузами перед и после. Подобные приемы помогают запечатлеть слово "освободись" в бессознательном.

Образность

Как будет подробно обсуждено в главе 4, образы - это язык бессознательного. Следовательно, образность может быть чрезвычайно могущественным фактором помощи людям в освобождении от прошлого. Просто сказать пациенту: "Освободись от кого-то или чего-то" - неэффективная терапия; он слышал такой совет много раз от семьи и друзей, слишком много раз, чтобы это имело для него значение. Но помочь пациенту *почувствовать* или *представить* освобождение - нечто совершенно иное, и, следовательно, потенциально более продуктивное.

Один из методов использования образов, для помощи в освобождении человека от прошлого состоит в том, что надо просто попросить пациента представить или увидеть в виде какого-то символического образа то, с чем он ассоциирует прошлое, и затем применить этот образ в терапии. Например, одного пациента, который постоянно жаловался на чувства скованности и подавленности, вызванные чувствами к своей бывшей жене, мы попросили закрыть глаза и представить, на что похожи его чувства. Он описал их как "большой серый валун, загораживающий мой путь". Когда терапевт спросил пациента, что бы помогло ему убрать этот валун, пациент представил образ бригады рабочих с отбойными молотками, пришедших, чтобы разбить валун на маленькие кусочки, которые можно выбросить. Тогда пациенту было предписано проводить 3-4 минуты каждый день, закрыв глаза и представляя рабочих, дробящих валун. Когда через неделю пациент вернулся, он отмечал, что чувствует себя лучше, и сказал, что опять в состоянии назначать свидания другим женщинам.

Следующее упражнение с привлечением образа "лишнего багажа" пациента мы обычно используем как задание на самогипноз. Пациента с закрытыми глазами просят

представить себя поднимающимся на "чердак" своего сознания и находящим там свой "лишний багаж", а затем избавляющимся от этого лишнего багажа прошлого. Терапевт может использовать такой образ различными способами. Вот один из примеров применения его в форме вербального описания терапевтического указания, даваемого пациенту:

"Джим, на этой неделе, когда ты будешь находиться в трансе, занимаясь своим самогипнозом, я бы хотел, чтобы ты представил себя поднимающимся на чердак своего сознания. Тыходишь туда и находишь там свой лишний багаж. Джим, это барахло из твоего прошлого ты таскаешь повсюду за собой, и оно давит на тебя и использует твою энергию совершенно бесполезно, так что больше оно тебе совершенно не нужно. Возможно, это барахло было когда-то полезно тебе, но сейчас оно просто загромождаёт тебе дорогу. К несчастью, это довольно обычно - привязываться к таким вещам, Джим. Все, что я хочу от тебя - найти ненужный багаж, посмотреть на ящики и рассмотреть их, Джим. Посмотри, большие они или маленькие, каковы размер и форма этих ящиков, даже, может быть, из какого материала они сделаны, но тебя абсолютно не должно волновать, что в них находится. У тебя, возможно, будут какие-то догадки о том, что там внутри, но это лишь твое бессознательное, и только твое бессознательное будет знать наверняка. Какой бы лишний багаж ты ни нашел на чердаке своего мозга, я хотел бы, чтобы ты представил, что ты приносишь его сюда с тем, чтобы иметь возможность освободиться от него".

Когда пациент приходит на следующий сеанс, мы просим его представить, что он "выкидывает" или "освобождается" от своего ненужного багажа в нашем кабинете или где-нибудь еще. Можно также попросить пациента принести лишний багаж из "подвала" своего мозга. Вот пример гипнотического диалога, который может быть применен, чтобы освободить пациента от ненужного багажа.

"Джим, перед тем, как погрузиться в транс, ты упоминал, что притащил с собой лишний багаж, как я тебя об этом и просил. А теперь я хочу предоставить тебе возможность - *освободиться от этого багажа, Джим*. Будь так любезен потратить несколько минут и представить, что ты собрал весь свой лишний багаж, а затем просто кладешь все это барахло здесь на пол. Если тебе нужно побольше места для этого, можешь использовать и коридор, только смотри, чтобы остался небольшой проход для людей. Временами, Джим, людям кажется, что они просто не могут выбросить одну или две вещи из своего лишнего багажа. Как правило, это означает, что твое бессознательное еще не чувствует себя в достаточной безопасности, чтобы выкинуть эти сумки, Джим. Так что о`кей. Если с тобой дело обстоит именно так, парочку вещей из своего лишнего багажа заberi с собой до того времени, пока не будешь готов *освободиться и от этого багажа тоже, Джим*. Поскольку ты все еще приходишь сюда, ты можешь сделать это в любое время, когда находишься в моем кабинете. Но ты всегда можешь и сам представить, что избавляешься от него. Я знаю, ты очень сознательный человек, Джим, но не беспокойся, что ты захламил мое место, сложив здесь свой ненужный багаж. Ничего, у меня есть соглашение с уборщиками. Они уберут любой ненужный багаж, который оставляют здесь мои пациенты. Ты будешь счастлив, что освободился от этого барахла, которое тебе больше не нужно, Джим. Рано или поздно, в один из дней ты почувствуешь, что тебе стало легко и свободно. Пожалуйста, кивни головой, чтобы дать мне знать, что ты выкинул свой лишний багаж".

Другой метод, который мы любим, основан на использовании образа "часов прошлого и будущего". У одного из нас (Кинга) есть в кабинете двое часов, одни установлены на 11 часов в прошлом, а другие на 14 часов в будущем. Образ этих часов может быть использован, чтобы помочь пациентам выздороветь. Вот пример внушения, сделанного пациентке по имени Мэри:

"Мэри, у моего друга в его кабинете в Питтсбурге есть двое настенных часов, и они сидят между этими часами. Одни их этих часов установлены на время западного побережья, где все еще вчера. Часы на другой стороне комнаты показывают время в Англии, где уже завтра. Мой друг говорит пациентам, что эти часы находятся здесь для того, чтобы напоминать тебе и другим: *живи в настоящем, здесь и сейчас, Мэри*. Он говорит им, что, к сожалению, слишком много людей обворовывают свое настоящее, так как все еще живут в прошлом. Это люди, которые все еще не могут отказаться от кого-то или чего-то в прошлом, или которые все еще чувствуют боль и вину по поводу прошлого. Другие люди заикливаются на будущем и обкрадывают настоящее. Они всегда планируют будущее, постоянно тревожатся о нем и не испытывают тех приятных моментов, которые у них есть сейчас. Немножко поучиться у прошлого и построить свои планы на будущее - иногда полезно, но вместе с тем очень важно *прочувствовать настоящий момент так полно, как только возможно, Мэри*. Просто помни, что каждый день, когда ты просыпаешься - это сегодня".

Такого рода внушения можно делать пациентам в состоянии формального транса или без него. Читатель может модифицировать применение таких внушений в соответствии со своими творческими способностями. Предназначение упражнения с "часами" состоит в том, чтобы помочь пациенту освободиться от мучений по поводу прошлого или будущего. Сам по себе один такой образ еще не избавит пациента от недуга, но каждый из образов - это оружие в битве за выздоровление.

Истории "освобождения"

Мы хотим закончить эту главу двумя нашими любимыми историями "освобождения". Первая посвящена двум монахам:

"Два монаха совершали паломничество из города в храм. Три дня пути они проделали в молчании. На третий день утром они проходили мимо прекрасной женщины в шелковом кимоно, стоявшей на краю грязной лужи. Один из монахов поднял эту женщину, перенес через лужу и опустил на землю. Монахи продолжили свой путь в молчании, но через несколько часов, когда они находились в футах от храма, второй монах обернулся и сказал первому: "То, что я скажу, тебе уже не поможет, но раз мы монахи, то не должны дотрагиваться до женщин - это опасно". Первый монах отвечал: "Я опустил ее около грязной лужи полдня назад. Неужели ты все это время несешь ее с собой?"

Другая история "освобождения" - вариация на тему прекрасной, часто рассказываемой поучительной суфийской сказки.

Жил-был однажды ручей, который стекал с горы и вытекал на равнину. Миля за милей, день за днем этот ручей тек в одном направлении. Иногда на его пути вставала преграда, но ручью удавалось преодолеть любое препятствие, которое лежало перед ним. Но как только он попал в пустыню, очень быстро иссяк, впитавшись в песок. Этот

ручей проделал длинный путь в течение долгого времени, так как просто следовал в одном направлении, но песок очень быстро впитал его. Затем раздался тревожный шепот песка: "Ветер путешествует через пустыню, почему бы так не сделать и ручью?". Ручей отвечал: "Да, но ведь ветер может летать, а ручьи не летают". "Ты можешь *позволить* ветру *освободить себя*, - прошептал песок, - и он подхватит тебя и перенесет на ту сторону пустыни". Тогда ручью стало страшно, он никогда не испытывал ничего подобного и боялся *освободиться*. Ему было страшно потерять свою индивидуальность и, возможно, никогда не вернуть ее. "Послушай, - прошептал песок, - ты все равно изменишься тем или иным способом. Отправишься ли с ветром или же останешься здесь и будешь пытаться течь через пустыню, ты все равно изменишься. Если унесешься с ветром, это будет твоя удача, очень большая удача, потому что ветер нежно возьмет тебя в свои руки и перенесет на другую сторону, и там ты будешь опять самим собой, хоть и измененным. Если же продолжишь течь сквозь песок, он легко впитает тебя, и, скорее всего, ты просто станешь болотцем. Но в любом случае ты изменишься, - говорил песок, - выбор за тобой". Ручью все еще было страшно, но каким-то образом он *смог набрать достаточно смелости*, чтобы унести с ветром. Ветер нежно подхватил его и перенес на многие мили и многие дни вперед, через огромную пустыню... И когда, наконец, ветер коснулся вершин гор на той стороне пустыни, пролился ласковый дождь, и ручей снова заструился, такой же как и был, но в то же время изменившийся, научившийся верить в свою истинную индивидуальность еще сильнее. Ручей устремился вниз, пока не достиг равнины, а затем продолжил свой путь. Может, поэтому иногда говорят, что течение реки жизни нашептывается песком пустыни".

4. СТРЕМЛЕНИЕ К СИЛЕ

В главе 1 мы установили, что с точки зрения экзистенциализма наиболее желательным завершением психотерапии для пациента является чувство возросшей личной силы. Все наши гипнотерапевтические методы прямо или косвенно направлены на достижение этой цели. Читатель, возможно, заметил, что большая часть нашей работы кажется направленной на изменение поведения. Действительно, мы считаем, что наиболее быстрый путь изменить самоощущение - изменение определенных видов поведения. Однако специфические изменения в поведении не являются мерилем успешной терапии: ее истинное мерило - появление ощущения "я могу это сделать". Так как гипнотерапия помогает пациентам, чувствовавшим ранее себя бессильными, научиться ощущать свою силу, она может оказаться чрезвычайно эффективным способом лечения.

Экзистенциальные мыслители не верят, что мир (или людей) можно правильно понять с точки зрения линейной логики прямых причинно-следственных связей. Такой взгляд - результат ограниченности представлений, его можно сравнить со взглядом на мир сквозь просветы между кольями ограды. Допустим, вы видите животных, проходящих мимо. Поскольку у каждого животного голова расположена впереди хвоста, то, если стоять достаточно долго за этим забором, вероятно, можно создать теорию, что голова является причиной хвоста. История нашей жизни - это наш рассказ о ней. Как указывал Сэм Кин (Кин и Фокс, <Keen & Fox> 1973), у каждого из нас существует потребность рассказать свой рассказ, и в этом состоит одна из основ психотерапии. Одна-

ко, из этого не следует, что историю, которую мы рассказываем, является как бы причиной нас самих.

Сегодня наиболее популярная психологическая концепция, как ее преподносят литература, телевидение, радио и, к несчастью, множество профессиональных психологов выражается в том, что наше нынешнее состояние вызвано нашим детством, и, следовательно, мы являемся его жертвами. Сегодня слишком много людей ведут нездоровый образ жизни, говоря при этом: "Я ничего не могу поделать, мой внутренний ребенок изголодался по любви". Такая психологическая концепция выводит на передний план сострадание к тем, у кого, возможно, было более тяжелое детство, чем у тех, кому повезло больше. Но отрицательная сторона сострадания заключается в том, что огромное количество людей играет роль пассивной жертвы, позволяющей избежать ответственности за свою личную жизнь, перевалив ее на "Них".

Хиллман и Вентура (Hillman & Ventura, 1992) предположили, что сегодняшняя психология вновь акцентируется на поисках обратной связи с "детским архетипом" (по Юнгу). По своей природе детский архетип одновременно и аполитичен, и бессилён. Авторы доказывают, что это политическое бедствие, потому что демократия поддерживается активными гражданами, а не взрослыми детьми. Мы можем добавить к их мыслям, что личностный рост, которому должна способствовать хорошая психотерапия, также требует активных, ответственных взрослых, а отнюдь не детей. Как сформулировал Отец Лео Бут (Booth, 1992), "выздоровление требует, чтобы вы видели себя не просто детьми Господа, но *сильными* детьми Господа". Терапевты, применяющие сегодняшний научный жаргон, должны понимать всю важность представлений пациентов о себе не как о "взрослых детях алкоголиков", но как о "сильных взрослых - детях алкоголиков".

Терапевтам очень легко потеряться в своей доброте и перестать осознавать, какой урон они наносят субъектам, на которых эта доброта направлена, вызывая у них устойчивую инфантилизацию. Недавно мы видели телевизионную программу, посвященную порнографии и вопросу о том, приносит ли она вред. Экспертам был показан эпизод из порнографического фильма: молодая женщина в нижнем белье окружена гурьбой парней, разглядывающих и трогающих ее. Все участники передачи испытали сильную жалость к женщине и согласились считать ее жертвой сексуальных домогательств. Более того, участники передачи доказывали: если даже она добровольно выбрала такую работу, все это произошло только из-за ее экономического неблагополучия (принято называть "работой" деятельность, которая вам не нравится, но вам за нее платят). С точки зрения наших экзистенциальных взглядов, "заботливые" эксперты оскорбили женщину больше, чем парни из порнофильма. Ни один из участников передачи не мог даже допустить мысли о возможности того, что у нее есть свободный выбор - поработать одну ночь в постели или за те же деньги простоять 40 часов в неделю за прилавком супермаркета. Ни один из них не допустил, что ее достоинство состоит в ответственности за свой выбор.

Если бы эта женщина из фильма появилась у нас в кабинете, потому что стала сомневаться в своей жизни и, следовательно, страдать умеренным чувством тревоги и депрессией, мы бы сочли вредным в целях лечения показывать сочувствие к ее страданиям и тем самым поддерживать представление о себе как о жертве. Существуют другие пути проявить заботу. Пациентка должна прийти к пониманию экзистенциальной правды: если и были какие-то внешние причины, сформировавшие ее нынешнюю жизнь, то решение женщины принимала сама и ее реакция была добровольной. Следовательно, она сама - главная причина. Хотя экзистенциальная гипнотерапия - нечто значительно большее, чем просто изменение восприятия пациента, тем не менее пациент должен прийти к иному пониманию взаимоотношений между ним и живым миром

(Lebenswelt - нем.). Женщине нужна помощь терапевта, чтобы понять, что такая жизнь - это ее выбор. Она должна знать, что любой выбор имеет свои преимущества, и что он неслучаен и небезумен, но сделав его, она может быть наказана. Вот для чего ей нужна наша помощь. Альтернативный выбор тоже имеет свои преимущества и недостатки. Очень редко можно выбрать черное или белое, а из серых полутонов рождается чувство тревоги. В конце концов эта женщина может продолжать заниматься тем же самым, получив при этом другие представления о самой себе и своих занятиях. Ее конкретный выбор не должен определяться терапевтом или экспертами телевидения. Лечение может считаться успешным, если у пациента появляется ощущение личной силы.

Как правило, необходимо использовать большое разнообразие гипнотерапевтических методов, чтобы помочь пациенту преодолеть годы социализации (обычно называемой "ранней детской загипнотизированностью"), подталкивающей его к тому, чтобы поверить, что он жертва обстоятельств. Многие люди предпочитают комфорт отсутствия ответственности. Действительно, некоторые люди являются жертвами злой воли других людей, психической болезни или обстоятельств. Жертвы детского насилия, изнасилования, преступного нападения и тому подобных действий на самом деле являются жертвами. Однако каждая из них будет реагировать по-разному на несчастье, ее постигшее. Один человек способен оправиться от нападения, а другой может всю жизнь оставаться жертвой. Взрослые несут ответственность за свои реакции на любое событие происшедшее в их жизни. Чтобы выздороветь, необходимо затратить силы. Жертвы обстоятельств до тех пор будут чувствовать себя жалкими, пока не приложат усилия, чтобы измениться. Далее в этой главе мы обсудим гипнотерапевтические методы, применяемые с целью увеличения личной силы пациентов.

Мы всегда находим какой-нибудь предлог, чтобы показать нашим пациентам во время их первого или второго визита портрет Милтона Эриксона, висящий в нашем кабинете, и обычно говорим:

“Это портрет доктора Эриксона, одного из наших учителей. Много лет назад он рассказал одну очень интересную историю. Сразу после Пирл-Харбора он работал врачом в призывной комиссии города Нью-Йорка. В то время, как вы помните, люди стояли в очередях, чтобы вступить в армию добровольцами. Доктор Эриксон рассказал, что как-то раз в армию попытался записаться человек с одной рукой. Эриксон написал заключение: "Отказать - калека", и весь медицинский персонал одобряюще закивал. Через неделю пришел другой человек, тоже без руки. Доктор Эриксон он почувствовал, что отличало его от предыдущего. Он попросил однорукого человека завязать шнурок на ботинке. Тот запросто проделал это одной рукой. Эриксон дал ему еще несколько различных заданий, с которыми тот легко справился, и в конце концов спросил: "Есть ли какая-нибудь причина, по которой вы не могли бы служить в армии?". На что получил ответ: "Да, конечно. Я не могу отдавать честь правой рукой".

Смысл этой истории заключается в том, что факт рождения человека с физическими недостатками (включая и наследственные) еще не делает его калекой. Только сам человек делает себя таким!

В главе 7 будет обсуждена необходимость применения рассказов и метафор в экзистенциальной терапии. Терапевтическое назначение многих из них состоит в увеличении личной силы. Два таких метафорических рассказа мы включили в эту главу рассказ об одноруком человеке, и притча, которую приведем чуть ниже. Первую исто-

рию мы рассказываем практически всем пациентам в начале лечения, а ту, что изложена ниже, ближе к окончанию лечения. Вторая из них - старая суфийская сказка¹.

"Давным-давно в Персии жил мулла Насреддин. Как-то раз, когда он шел по городу, сопровождаемый своими учениками, какая-то женщина /или мужчина, если пациент мужчина / приблизилась к нему, держа ладони сложенными наподобие чаши. Она сказала:

- Если ты столь мудр, как о тебе рассказывают, ответь. Птица, которую я держу в руках, живая или мертвая? Женщина хотела прослыть очень умной, посрамив самого Насреддина. Если бы тот сказал "живая", она, сжав птицу руками, показала, что она мертва. А если бы он сказал мертвая, выпустила бы птицу на свободу живой. Насреддин помолчал с минуту и, глядя ей в глаза, произнес:

Сейчас все в твоих руках, - и пошел прочь".

Для достижения более драматического эффекта терапевт может даже выйти из комнаты, чтобы предоставить пациенту возможность очнуться от транса в одиночестве.

Личная сила терапевта

В нашей культуре у силы плохая репутация. Упоминание о ней у многих вызывает в памяти образы диктаторов и хулиганов. Тем не менее мы все желаем быть сильными. Когда вы думаете о Ганди, Черчилле или Матери Терезе, разве фраза "Дайте им больше власти" не находит отклика в вашей душе? При мысли же о многих других лидерах, чьи представления о хорошей жизни не разделяем, мы радуемся, что у них нет большей политической власти, чем они имеют. Подобно политической силе, личная сила может быть хорошей или плохой в зависимости от того, как она используется. Гипнотерапевты, проявляющие чувство личной силы в своих сеансах и применяющие его в работе с пациентами, получают более весомый результат, терапевты, не обладающие такими чувствами. Но если терапевт имеет обыкновение воздействовать личной силой, чтобы потешить свое Эго или продемонстрировать преимущество над пациентом, очевидно, что пациенту было бы лучше, если бы такой терапевт чувствовал себя бессильным. Слабые, неуверенные в себе люди обычно не становятся хорошими экзистенциальными терапевтами. На определенном интуитивном уровне пациенты не верят такому терапевту, рассуждающему о смелости и ответственности за свою жизнь. Водопроводчик не должен чинить сантехнику в чужом доме, пока у него самого забита канализация.

Экзистенциальные клиницисты считают наиболее важной переменной терапевтического процесса диалог терапевта с пациентом. Это, конечно, не означает, что терапевт должен делиться с пациентом своей личной жизнью. Терапевт находится на работе для того, чтобы слушать пациента, а не затем, чтобы обсуждать с ним свои переживания. Насколько терапевту следует быть откровенным с пациентом, зависит от его собственного решения. Степень откровенности терапевтов и у каждой пары "терапевт-пациент". Не существует "оптимальной" степени откровенности, но очень важно, чтобы, рассказывая о свободе, ответственности, смелости и переменах, терапевт опирался на свой личный опыт.

Терапевта могут подстерегать три распространенные ловушки. Первая - это широко распространенная идея, что люди - особенно пациенты - очень хрупкие создания,

¹ Мы слышали эту суфийскую сказку только в устном изложении, поэтому не можем сослаться на письменный источник - обычно ее рассказывают, когда пациент находится в состоянии транса.

и, подобно изделиям из тонкого китайского стекла, легко могут разбиться вдребезги. Ничто не может находиться дальше от истины, чем такое предположение. Подавляющее большинство людей (в том числе и пациентов) наделены весьма прочными системами защиты. Методы, которые мы применяем, не настолько сильны, чтобы одна ошибка с нашей стороны могла отправить их в больницу. Вторая ловушка состоит в том, что часто многие специалисты (психологи, психиатры, социальные работники, медицинские сестры и другие целители) стремятся понравиться своим клиентам. Иногда, когда профессионал действует с четкостью, определенностью и личной силой, на первый взгляд, он отнюдь не кажется эдаким "добрым малым". Но мы уверены, что для пациентов с самого начала лучше почувствовать, что терапевт является сильным и напористым, а не просто симпатичным человеком, с которым приятно провести время. Это нечто такое, что с трудом поддается описанию; влияние силы терапевта - дело тонкое, даже сложное. Поэтому потребность терапевта нравиться каждому пациенту работает против возможности применять силу.

Третье. По-нашему мнению, терапевт добивается небольших результатов, когда приходит к отрицанию положения, которое мы как экзистенциалисты, напротив, высоко ценим принятие на себя терапевтического риска. Мы знаем терапевтов, которые в обычной жизни могут быть парашютистами, жокеями на барьерных скачках, автогонщиками или азартными игроками, но когда эти люди начинают заниматься психотерапией, они часто становятся очень банальными и предсказуемыми. Большинство терапевтов слишком негибки и ограничены в общении, чтобы воспринять все то многообразие реальностей, которое несут в себе их пациенты. Терапевты стремятся произносить одни и те же слова, делать одни и те же вещи и предлагать ту же самую привычную реальность слишком многим пациентам и слишком часто. Очевидно, такое повторение не способствует терапевтическому успеху.

Гипноз и гипнотерапия привлекли нас своей гибкостью, предоставляемой терапевту в работе с трансом. Мы часто говорим пациенту: "Ваше воображение и ваши способности ограничены только теми пределами, которые вы установили для себя сами". Как подметил Япко (Уарко, 1990, стр.266), если "воображение не в состоянии представить новых горизонтов, ему некуда направить свои стремления, и они движутся по кругу снова и снова". Эту истину можно применить как к пациентам, так и к терапевтам. Когда мы занимались подготовкой гипнотерапевтов, то установили, что терапевт недостаточно готов идти на риск и недостаточно силен, если по крайней мере раз в неделю он не покидает врачебный кабинет с чувством тревоги по поводу того, что сильно рискнул, проделав нечто новое и необычное с пациентом и результат чего ему станет известен лишь через какое-то время. Противозаконность действий определяется законом, поэтому профессионалы стараются перестраховаться от возможных злоупотреблений. Многие лучшие психотерапевты, сталкивались с этим положением как с ценой, которую нужно заплатить, чтобы быть лучшим. Слишком много пациентов подвержены пагубной привычке к безопасности, но терапевт, оберегающий подобным образом себя, не может оказать помощь.

Гипноз и самогипноз как инструменты для увеличения личной силы

Чтобы помочь пациентам развить чувство личной силы, при проведении гипнотического лечения мы применяем ряд специальных методов. В особенности используем визуальные образы. Однако, даже без применения прочих методов, гипноз и самогипноз сами по себе являются эффективными инструментами для достижения терапевтических целей. Гипноз - это тренировка концентрации внимания. Его требует

любое проявление силы. В боевых искусствах концентрация внимания сосредоточивает силу, позволяющую миниатюрной женщине разбивать кирпичи ребром ладони или локтем. Как установил Ролло Мэй (May, 1960, стр. 220), "Когда мы анализируем волю... в основе воли мы обнаруживаем уровень внимания или намерения. Усилие, которое необходимо для реализации воли, на самом деле является усилением внимания. Напряжение воли - это увеличение ясности сознания, то есть усиление концентрации внимания".

Когда мы даем пациентам указание ежедневно практиковаться в самогипнозе, это является указанием тренироваться в искусстве расслаблять и концентрировать внимание. Как утверждал Мэй, такие усилия - на самом деле тренировка силы воли. Одно из самых очевидных наблюдений, которое мы сделали в итоге многих лет работы с тысячами людьми заключается в том, что умение концентрировать внимание переносится из одних сфер в другие. После того, как пациенты научились концентрироваться в самогипнозе, они обычно обучаются делать то же самое в тех областях жизни, ради успеха в которых обратились за помощью. Мы вновь убеждаемся, что гипноз терапевтичен сам по себе, в дополнение к другим специфическим методам, применяемым в состоянии транса.

Другое преимущество регулярных занятий самогипнозом: они ежедневно требуют от пациента усилий выделять на это время. Некоторые люди любят заниматься самогипнозом, это их лучшее времяпрепровождение, но большинство пациентов через какое-то время обнаруживает, что такая каждодневная процедура скучна. Как известно ему каждому психотерапевту, рост требует усилий. Следовать привычке легко, изменить ее тяжело. В нашем кабинете висит плакат с надписью: "Практика - вот лучший путь лечения, а привычка сделает его легким". В "Нехоженных путях", одной из нескольких профессиональных книг, которые мы рекомендуем пациентам, М. Скотт Пек говорит (Peck, 1978, стр. 85): "Расширение границ требует усилий. Можно расширить эти границы, только выйдя за них, а выход за границы требует усилий". Таким образом, практика, требующая усилий - поскольку она не всегда интересна и положительные результаты от нее проявляются не сразу - это практика в здоровом образе жизни. Подобные усилия и самодисциплина заставляют пациента определенным образом изменить свое поведение. Как и в случае с концентрацией внимания, эти навыки переносятся со специфического задания прилагать каждодневные усилия для занятий самогипнозом на жизнь пациента в целом. Пациент становится более сильной личностью, когда стремится совершить необходимые усилия для достижения своих целей.

Существуют и другие причины, по которым гипноз и самогипноз помогают увеличению личной силы. Язык гипноза может быть сведен к простым посланиям типа "когда - тогда". *Когда* пациенты изменяют свою экзистенциальную реальность, получая послания "когда - тогда", передаваемые терапевтом, *тогда* они могут достигнуть успешного выздоровления. Например: "*Когда* вы позанимаетесь самогипнозом, *тогда*, выйдя из него, вы будете чувствовать себя более уверенно, будете в состоянии стать кем-то большим для своих детей, сможете раздвинуть разумные пределы". Такие послания не ограничиваются самогипнозом. Однако самогипноз - хороший пример их использования, потому что каждый пациент, если он стремится приложить некоторые усилия для выздоровления. Указание применять самогипноз также может быть диагностическим тестом. Когда самогипноз становится привычным делом, заниматься им довольно легко. Это потребует всего 15 минут в день, он выполним в любой обстановке и в любое время суток. Если пациент не следует такой наиболее простой и не требующей хлопот директиве, которую мы даем, успешный исход лечения пациента сомнителен.

Несколько лет назад главный инженер одной из крупнейших корпораций в стране обратился к нам за помощью. Он хотел бросить курить. Мы добились успеха всего лишь за один сеанс. Этот успех подтолкнул пациента (будем называть его Боб) летать

каждые две недели на своем собственном самолете из Нью-Йорка в Питтсбург на двухчасовой сеанс, чтобы решить кое-какие свои межличностные проблемы. Но после третьего двухчасового сеанса мы прервали лечение, потому что пациент отказался следовать указанию заниматься самогипнозом каждый день. Во время третьего сеанса он сказал: "Послушайте, я знаю, что вы не можете этого понять, но мой день и ваш день - не одно и то же". И попытался объяснить, насколько занят. В конце сеанса, когда он выходил из кабинета, терапевт сказал: "Еще одна последняя вещь, Боб. Ты был кое в чем не прав. У нас обоих абсолютно одинаковый день, он начинается в полночь и длится 24 часа, и каждый из нас решает, что ему делать с этим временем". Двумя неделями позже Боб позвонил, чтобы снова записаться на прием, согласившись, что будет заниматься самогипнозом каждый день. Без таких усилий с его стороны терапевтическая работа вряд ли могла бы принести положительный результат.

Визуальные образы

Кажется вполне очевидным, что любой практикующий гипнотерапевт с экзистенциальной ориентацией в своей работе стремится использовать множество визуальных образов. Зрительные образы позволяют пациенту испробовать свое новое поведение более безопасным и удобным способом по сравнению с тем, если бы он попытался сделать это в реальном мире. Каждый, кто изучал психологию, знает, что применение зрительных образов и мысленное повторение имеет большое значение для пациентов, но никто на самом деле не знает, почему и как они действуют. Объяснение, вероятно, лежит в рамках относительно нового направления исследований мозга, в области изучения которого, как сказал одному из нас в частной беседе несколько лет назад известный исследователь из Массачусетского технологического института Марвин Мински, "мы только выходим из средневековья, и большинство наших идей, скорее всего, неверно".

Хотя мы также не можем выдвинуть теорию, объясняющую, почему зрительные образы работают в клинической гипнотерапии, нам кажется, что пациенты реагируют лучше, если думают, что мы (да и они сами) понимаем, почему и как это работает. Наша задача заключается в изменении экзистенциальной реальности пациента любым способом, который может быть полезен и поэтому мы действуем подобно отцу, который, отвечая на вопрос ребенка: "Который из этих кроликов мой?", показывал на первого попавшегося кролика. Это, однако, не значит, что наши объяснения действия визуальных образов являются неправдой. Просто мы не эксперты в исследованиях мозга, и недостаточно хорошо владем данными в этой быстро меняющейся области знаний. Наше нынешнее понимание основывается на работах Беннетта (Bennet, 1989) и Румельхарда (Rumelhard, 1989). Они говорят, что память представляет собой узор электрических импульсов в мозгу, меняющихся от одного нейрона к другому. Так как существуют миллионы нейронов на поверхности мозга, существует и бесконечное количество возможных узоров, каждый из которых представляет собой мысль или воспоминание. Когда мы создаем воображаемый образ события, (как если бы оно произошло в действительности), то строим такой же электрический узор в мозгу, какой возник бы, если бы это событие произошло на самом деле. В этом случае мозг не может заметить разницы¹. Когда мы занимаемся мысленными повторениями события, то создаем по-

¹ Вот почему человеку необходимо погрузиться в событие, как если бы оно произошло с ним на самом деле, а не так, как если бы он видел себя со стороны по телевизору.

стоянную нейронную цепочку, которая начинает почти автоматически повторяться, как привычка¹.

Мы не знаем, насколько верна эта теория, и даже не знаем, подтверждается ли она или ставится под сомнение современными исследованиями. Но такое объяснение, пожалуй, может удовлетворять запросы наших пациентов. Оно достаточно нетривиально, чтобы выглядеть логическим, и вместе с тем достаточно просто, чтобы его можно было понять. Некоторые пациенты не нуждаются в таких объяснениях, просто делают то, что надо. Другие пациенты имеют обыкновение ограничивать собственный рост, защищаясь своей сверхинтеллектуальностью. С такими пациентами мы предпочитаем работать, минуя подобную защиту обходными путями, вместо того, чтобы давать объяснения по поводу нашей работы. Но встречаются пациенты, которые со здоровым любопытством спрашивают: "Как действуют применяемые вами гипнотические методы?". И нам кажется невежливым не предложить им какого-либо объяснения. Фраза "Мы сами толком не знаем" для них не будет служить ответом. Для этих пациентов мы используем объяснение, которое только что изложили.

Все люди, которые могут вызывать у себя зрительные образы, проделывают это и в состоянии транса. Можно не сомневаться, что пациенты находятся в состоянии транса, если вы наблюдаете его физические свидетельства: напряжение тела или изменение дыхания; или же вы можете узнать их впечатления о ходе времени. Визуальные образы появляются (и часто именно так и делается), если просто попросить пациента представить себе определенный образ. Профессиональная литература переполнена дискуссиями об использовании визуальных образов, и часто гипноз или транс вообще не упоминается. Нам кажется, что формальное наведение транса перед началом клинического применения образов делает впечатления большинства пациентов "более реальными" и, следовательно, приносит лучшие клинические результаты. Мы настоятельно рекомендуем проводить формальное гипнотическое наведение перед началом клинической работы с применением визуальных образов. Более того, определенный процент населения (по нашей оценке, около 30 процентов) испытывает сложности со зрительными образами. Наведение транса обычно увеличивает способность создавать визуальные образы; поэтому когда субъект находится в транс, он видит образы, которые прежде были для него недоступны.

Самый лучший повысить чувство личной силы у пациентов - дать им возможность сделать что-нибудь такое, что раньше было невозможным. Милтон Эриксон всегда говорил: если заставить пациента сделать шаг, хотя бы маленький и хотя бы в любом направлении, это будет началом терапевтических перемен. Процесс будет в значительной мере ускорен, если пациент зрительно представит успешное выздоровление или свое новое поведение. Первый раз это делается в атмосфере безопасности, которую создает транс, в нашем кабинете, под нашим руководством и с нашего одобрения. Позже такое мысленное повторение становится частью "домашнего задания" пациентов или указаний на самогипноз. Использование зрительных образов для подкрепления нового поведения является частью нашей экзистенциальной гипнотерапии, применяемой практически ко всем пациентам.

Визуальные образы используются также в диагностических целях. Если пациент не может вообразить себя самого с новым для него поведением, значит, вы, вероятно, попросили его сделать слишком большой для первого раза шаг. Но иногда отсутствие прогресса у пациента может быть связано с сильной вторичной выгодой - к этой теме мы вернемся в главе 6.

¹ Согласно Беннету (1989), это справедливо также и тогда, когда вы говорите о событии или пишете о нем.

Якорение силы

Представление пациентом образа желанного выздоровления увеличивает вероятность того, что он сможет его добиться (так обычно и происходит). Поэтому необходимо связать чувство силы с этим визуальным образом, можно сравнив по своей притягательности с сахарной глазурью на пирожном. Наилучший способ добиться этого - использовать "якорение", методику, разработанную Бэндлером и Гриндером (1979). Из всей работы, проделанной этой парой, данный метод наиболее важен для гипнотерапевтов экзистенциальной ориентации. Любой практик, не знакомый с работой Бэндлера и Гриндера, но которому известны основные исследования в теории обучения, а также термин "парные ассоциации", получит удовольствие от знакомства с якорением.

В начале нашей гипнотической работы с пациентом, в то время, когда тот находится в состоянии транса, а мы передаем ему некоторые из наших обычных посланий. Говорим примерно следующее:

"Фрэнк, у тебя много впечатлений. Это должно помочь тебе выполнить необходимую работу, для чего ты и пришел сюда. Кое-что мы уже обсудили. Из всех впечатлений, вероятно, наиболее важными являются те случаи, когда ты пытался что-нибудь сделать и все получалось именно так, как планировал, и даже, к твоему удивлению, лучше, чем надеялся. Ты ощущал свою силу, компетентность, чувствовал себя на вершине мира, и тебе казалось, что нет ничего такого, чего бы ты не мог сделать. Изредка и сейчас у тебя тоже наступают такие моменты, но они длятся очень короткое время, пока кто-нибудь не появится и не сделает чего-то такого, что разрушит это чувство. Но все о`кей, раз ты еще ловишь такие моменты. Иногда люди думают о таких моментах, вспоминают свой детский опыт и говорят себе: "Все это неважно", но те детские чувства тоже важны. Теперь мне бы хотелось, чтобы ты вспомнил один из таких моментов. Не обязательно, чтобы это был самый лучший из них; просто какой-нибудь один случай, когда ты на мгновение почувствовал, что нет ничего такого, чего бы ты не смог сделать. Когда ты вспомнишь один из таких случаев, пожалуйста, дай мне знать об этом кивком головы".

Когда пациент даст вам знать при помощи знаков или действий (в данном конкретном случае - кивком головы), что он визуализировал такой позитивный момент, и вы убедитесь в возникновении чувства силы, наблюдая изменение физического состояния пациента (прямая посадка с широко расправленными плечами, грудь вперед, глубокое ровное дыхание), можете попросить пациента углубить это переживание. При этом включить все органы чувств: увидеть вновь те предметы, которые видел ранее, необходимо (даже если эти впечатления будут не очень ясными), услышать то, что слышал и, самое главное, вспомнить, что чувствовал в то время. Когда вы убедитесь, что пациент вновь переживает (и особенно - чувствует) момент своей наибольшей личной силы, вы должны создать ассоциацию с этим моментом, используя стимулы, которые впоследствии сможете воспроизвести. Обычно мы трогаем или крепко сжимаем плечо пациента (прежде чем начать с ним работу, мы всегда получаем разрешение дотрагиваться до пациента). Если вы не хотите прикасаться к пациенту, подойдут звуковые стимулы - щелчок пальцами или хлопок в ладоши. Примерно через минуту внушаем пациенту забыть чувство силы и занимаемся дальнейшей работой. Мы повторяем совмещение стимула с чувством силы пациента два раза за сеанс в течение нескольких первых недель работы, при этом обычно просим пациента, если это возможно каждый раз вспоминать иной случай. После нескольких недель применения подобной процеду-

ры устанавливается связь (или ассоциация) между чувством силы пациента и стимулом, воспроизводимым терапевтом. Следующее, что мы делаем, вызываем у пациента мысленное повторение визуальных образов. В то время как пациент представляет себя действующим по-новому, желанным для него образом, мы можем запустить соответствующий стимул. Теперь пациент не только представляет себя действующим по-новому (что уже само по себе полезно), но при этом испытывает еще и чувство силы. Такой метод значительно увеличивает вероятность того, что пациент будет в состоянии вести себя положительным образом вне нашего кабинета, в окружающем его мире.

Гипнотерапевт, помогая пациенту вспомнить моменты силы ощущения, должен просить его об этом соответствующим образом. Нужно повысить голос и ускорить темп произнесения слов, чтобы они гармонировали с просьбой. Бесплезно просить пациента вспомнить впечатления такого рода, используя самый спокойный, тихий, расслабляющий голос, который большинство из нас применяют во время гипнотического наведения. Если пациент не может припомнить ни одного момента из своей жизни, когда бы он чувствовал себя сильным, вероятно, ему следует лечиться от клинической депрессии. Практически все пациенты могут оживить в памяти такие позитивные моменты. Но некоторым из них нужно время, чтобы подумать о своих случаях переживания силы. Часто мы предлагаем этим людям пересмотреть альбомы с фотографиями, чтобы припомнить свой положительный жизненный опыт.

Данный метод настолько эффективно помогает пациентам вспомнить моменты силы из истории своей жизни и использовать позитивные чувства для своего терапевтического роста, что мы устанавливаем ассоциацию чувства личной силы и повторяемых нами стимулов для каждого пациента как обязательную часть нашей экзистенциальной терапии. Метод также эффективен и в тех редких случаях, когда мы работаем с пациентами вне нашего кабинета. Например, один из нас был приглашен на работу футбольной командой колледжа. Нападающий, зазнавшаяся школьная звезда, в ответственных играх чувствовал себя неуверенно. Это стоило команде нескольких побед - он упустил голевые ситуации в последних играх. Гипнотерапевтическая работа с игроком состояла из создания визуальных образов и якорения возникающего при этом чувства силы, которое производилось посредством прикосновения к его локтю определенным образом. Прямо перед тем, как нападающий собирался выйти на поле, чтобы попытаться забить гол в решающий момент игры, терапевт, стоящий у линии поля вместе с игроками, заговаривал с ним, напоминая, что нужно сделать глубокий вдох. Незаметно для игрока терапевт брал его за локоть, вызывая заякоренное чувство силы, чтобы увеличить уверенность игрока в критический момент игры. (Тренеры всегда похлопывают игроков, когда разговаривают с ними, так что это казалось вполне естественным поведением¹.)

Существуют пациенты, которые не могут идентифицировать ощущение силы, и им требуется помощь гипнотерапевта, чтобы испытать это чувство. Некоторые пациенты, пребывая в состоянии депрессии, совершенно не представляют, что такое чувство силы и власти. В таких случаях терапевт и пациент должны работать вместе бок о бок, творчески рождая чувство силы, которое могло бы быть использовано как прочный якорь. Иногда бывает полезно просто попросить пациентку, находящуюся в трансе, представить себя сильной в конкретной, важной для нее обстановке. Как только она создаст образ своей силы, ее можно попросить обратить внимание на свой вид - позу

¹ Студентов обычно расстраивает, что в книгах всегда приводятся случаи с успешным результатом. Мы рады сообщить, что этот случай потерпел драматическую неудачу. В конце концов этот нападающий был переведен во второй, а затем и в третий состав, и провел следующие два года на скамейке запасных. Один из наиболее важных уроков, который авторы почерпнули из этого опыта, заключается в том, что не следовало вообще браться за этот случай: с самого начала было ясно, что игрок при виде психотерапевта впадал в ярость, а обратился за помощью только по приказу тренера. Он редко занимался самогипнозом и мысленными повторениями, как это было ему предписано.

тела и выражение лица, дыхание, манеру поведения и разговора. Часто бывает полезно дать пациентке команду изучать этот образ каждый раз в течение нескольких минут во время самогипноза. По существу, такое изучение становится процессом мысленного повторения созданного эталона переживания или поведения. От некоторых пациентов можно потребовать объяснения, что значит для них быть сильным, так как терапевту может понадобиться смоделировать подобный эталон для пациента или предоставить ему возможность выбрать модель силы, настоящую или придуманную, и затем создать ее. Бэндлер и Гриндер (1970) называют такую стратегию применением "смены эталонного индекса".

Иногда мы просим пациентов, стесняющихся почувствовать свою силу, встать, приложить свои ладони к ладоням терапевта и начать толкать друг друга. Пациент должен быстро кричать "нет", когда терапевт кричит "да". Допустимо использовать другие слова или фразы, например, пациент может произнести экзистенциальную формулу "я буду", в то время как терапевт возражает: "ты не будешь". В тот момент, когда пациент испытывает чувство силы, терапевт должен создать ассоциативный якорь для этого чувства.

Можно помочь пассивному и беспомощному в своей силе пациенту, используя представление гештальтистской теории о том, что всякое чувство существует в континууме между противоположностями: печаль - радость, пассивность - агрессивность, зависимость - независимость, скромность - самоуверенность. Многих пациентов с клиническими проблемами можно представить как бы застрявшими на крайних полюсах или вблизи них. Например, некоторые больные, подверженные депрессии, чрезвычайно пассивны и чрезмерно зависимы. Гештальт-терапевт считает, что человек, живущий здоровой и полноценной жизнью, имеет доступ к обоим полюсам различных континуумов человеческого опыта, гибко перемещается вдоль них и может находиться на них. Такой подход используется для оказания помощи людям, у которых отсутствует естественный опыт чувства силы. Даже если человек застрял на одном конце континуума переживаний (например, на пассивности), он все же находится в континууме и, следовательно, потенциально имеет возможность испытать чувство на его противоположном полюсе, (также как и промежуточные чувства). Является ли эта концепция гештальта верной, неважно. Большинство пациентов верит в нее, если объяснить ее простым и логическим образом. Если это сделать, пациенты начинают допускать реальность того, что у них существует потенциал силы, и могут войти в эту реальность.

Как только пациент начинает понимать идею гештальта о непрерывности, она может быть использована гипнотерапевтическим образом для увеличения его личной силы. У нас был пациент по имени Стив, очень застенчивый и пассивный и, казалось, совершенно не способный самоутвердиться. Следующее извлечение из гипнотического сеанса со Стивом иллюстрирует использование представлений гештальта для увеличения его силы:

"Стив, перед тем как ты погрузился в гипнотический транс, мы обсуждали и, казалось, ты понял, что застрял на скромности и пассивности, на полюсах континуумов "скромность - самоуверенность" и "пассивность - агрессивность". Это означает, что у тебя есть потенциальный выбор - быть напористым и агрессивным. Я хочу, чтобы ты, Стив, представил картинку или свой собственный образ, находящийся на одном конце мозга, где ты выглядишь скромным и пассивным. Кивни головой, когда увидишь этот образ".

Когда пациент покажет, что нашел или создал подходящий образ, спросите его, с какой стороны своего мозга он его видит. Затем попросите пациента воплотиться в

этот образ. Этот первый образ мы создаем для описания "нежелательного", или проблемного состояния или поведения. Когда пациент выглядит даже испытанным чувства, ассоциирующиеся с таким образом, создайте якорь. В случае со Стивом, чтобы закорить его скромность и пассивность, мы использовали легкое прикосновение к правому плечу (он видел себя скромным и пассивным с правой стороны мозга).

Мы использовали легкое прикосновение потому, что это соответствовало типу чувств, с которыми мы имели дело. После этого терапевт сказал: "Стив, теперь с левой стороны своего мозга представь, пожалуйста, себя в образе самоуверенного и агрессивного типа и кивни головой, когда увидишь эту картинку".

Мы установили, что следование этим шагам - объяснение полярности гештальта и модели континуума, и затем команда создать образ привычных неприятных впечатлений, облегчает способность пациента принять желаемый образ или образ, наделенный большей силой. Однако некоторым пациентам надо помогать. Может быть использована стратегия, которую мы обсуждали ранее (смена эталонных индексов). После того как Стив кивнул головой и его попросили сыграть роль более сильного человека, терапевт крепко сжал его левое плечо. В такой момент бывает очень полезно разрешить пациенту проиграть в ролях диалог между собственными двумя "частями" или потенциалами. Подобный диалог может прояснить представления пациента о существовании во внешнем мире такими разными способами. Терапевт помог Стиву почувствовать свой потенциал, используя в ходе диалога различные якоря для разных чувств. Хотя может показаться, что описанная процедура подкрепляет привычные неприятные чувства и поведение, структура, концентрация внимания и разделение, осуществляемые при этом, помогают пациентам провести желаемый опыт, увеличивающий их личную силу. Чтобы устранить сопротивление изменению и донести до пациента его собственную ценность, мы обычно объясняем пациенту, что все части или потенциалы личности могут быть полезными и здоровыми в зависимости от ситуации и обстоятельств, в которых эта личность находится.

После проведения описанного гипнотического сеанса для того, чтобы помочь Стиву самоутвердиться в окружающем его мире, было применено якорение представленных им чувств самоуверенности и агрессивности.

Самоякорение силы

Помимо тех якорей, применяющихся гипнотерапевтами для того, чтобы вызвать у пациентов ощущение силы, существуют также якоря, которые пациенты могут использовать сами.

Одна из категорий таких якорей - это поведение или ритуалы, которые пациенты могут легко воспроизвести - глубокий вдох, потирание большим пальцем среднего пальца, или сочетание обоих приемов вместе. Стратегия глубоких вдохов и потирания двух пальцев - стратегия концентрации внимания, применяемая для того, чтобы помочь пациентам, страдающим беспричинными страхами, почувствовать больший контроль над ситуацией при начале приступа. Когда подобная стратегия сочетается или ассоциируется с воспоминаниями о личной силе, образуются якоря, которые могут быть вполне воспроизведены пациентами. Во время транса мы часто просим пациента глубоко вдохнуть, когда он припоминает моменты проявления своей силы, и тем самым создаем якоря. Затем говорим пациенту, что тот может добиться увеличения своей силы в любой момент, всего лишь сделав глубокий вдох. Похожим образом могут использоваться сигналы или стимулы, такие как слово "Сила!", которые пациент может произносить мысленно или вслух. Другая категория подобных якорей - образы объектов, которые у

пациентов ассоциируются с силой. Конкретные образы можно взять из жизни пациента, но их можно и усилить, если терапевт свяжет эти образы с ощущением силы во время транса. Например, один пациент, которому нравились железнодорожные поезда, спонтанно использовал метафорический образ дизельного локомотива, когда говорил с терапевтом о силе. Позже, когда пациент вспоминал моменты проявления силы, терапевт предложил ему разглядеть этот образ в одном из уголков своего мозга. После чего у пациента появилась способность испытывать чувство силы, представляя локомотив в том же самом уголке своего мозга или просто в поле своего зрения.

Сходную технику можно почерпнуть из антропологических и мифологических источников (см. Фейнштейн и Криппнер, <Feinstein & Krippner> 1988; Харнер, <Harner> 1990). Она связана с использованием образов животных, наделенных силой. В этом случае образ определенного животного, ассоциирующийся у пациента с силой, может, когда это необходимо, помочь ему вызывать и у себя подобные ощущения.

Наконец, с большой пользой могут быть применены осязаемые объекты, наделенные силой тотемы и амулеты. Подобное явление уже описывалось в обширной антропологической литературе и в одной из наших более ранних работ "Смелость выздоровления" (Кинг и другие, 1989). Мы часто даем указание пациентам выбрать и принести на сеанс небольшие предметы, уже принадлежащие им или где-нибудь взятые, которые они обычно не носят с собой. Эти предметы либо должны уже ассоциироваться у них с силой, либо представляются ими как объекты, наделенные силой. Небольшое украшение, камень и даже сосновая шишка могут служить примерами таких объектов. Во время транса терапевт устанавливает связь между предметом и чувством силы. Часто мы просим человека продолжать приносить этот предмет на лечение, иметь его при себе во время самостоятельных занятий гипнозом и, конечно же, носить его с собой тогда, когда ему нужно быть сильным.

"Садись в самолет и лети"

Однажды к нам пришел тридцатипятилетний мужчина, страдающий от депрессии средней тяжести, жалующийся на застой в жизни и чувствующий себя несчастным. Будучи хорошим специалистом, он считал себя недооцененным своим шефом и семьей, человеком не получившим по заслугам. Он хотел, чтобы ему помогли сбросить лишний вес. На первом приеме пациент сказал, что всегда хотел научиться управлять самолетом, но ничего даже не пытался сделать для того, чтобы получить права на вождение. После трех недель работы с ним дальнейшее его лечение было отложено на месяц, потому что терапевт уходил в летний отпуск. На это время пациенту было предложено обратиться к инструктору по вождению самолетов и проводить по крайней мере два часа в неделю, посещая занятия. Когда терапевт вернулся из отпуска, выяснилось, что пациент провел так много времени за теоретическими и практическими занятиями, что был готов к самостоятельным полетам. Фактически, двумя неделями позже, когда он выполнил свой первый самостоятельный полет, он почувствовал, что это момент наибольшего проявления его личной силы за всю жизнь. Впоследствии он закрепил это чувство якорением. Примерно через четыре месяца психотерапевтическое лечение было прекращено в связи с появлением положительных изменений во всей его жизни, включая и те стороны, которые беспокоили его первоначально.

На семинарах, где мы преподаем гипнотерапию, рассказы о подобных случаях часто вызывают вопросы и критику со стороны участников этих семинаров. Нас часто спрашивают: "Какую цель мы преследовали, давая пациенту указание по поводу его занятий в свободное время, особенно в том случае, когда выполнение этого задания было

для пациента дорогостоящим и даже слегка опасным?" Мы парируем такие замечания следующим ответом: "Важно отметить, что пациент добровольно поделился с нами информацией о том, что всегда хотел брать такие уроки. То, что он не брал их до сих пор, было одним из показателей его застоя в жизни или отсутствия движения вперед к желанной цели. Более важно другое: мы, будучи экзистенциалистами, понимаем окружающий человека мир как гештальт, или как полностью взаимосвязанную целостность. Работа, семья, секс, здоровье, отдых и так далее, - все это влияет друг на друга. Чувство, что ты достиг чего-то или проявил силу в одной из областей жизни, в какой-то степени всегда переносится и на другие области жизни. Удачная гипнотерапия может еще более увеличить эффект переноса личной силы".

Как подметил Ролло Мэй (1969), "Сила воли - это желание плюс действие". Каждому хочется жить хорошо. Некоторые люди стараются работать для этого, но другие ограничиваются одним желанием. Слишком часто процесс психотерапии останавливается на словах. Фактически, психотерапия дает пациенту возможность не рисковать или не прикладывать лишних усилий, потому что в конце концов он верит в то, что работает над разрешением своих проблем, просто обсуждая их во время лечения, друзья должны быть терпеливы к его нервному поведению. Напротив, экзистенциальный гипнотерапевт должен подталкивать пациента и требовать от него двигаться вперед уже сейчас. "Нет успеха без успеха". Возможно, просто и банально выражение, но это правда.

Самостоятельные задания очень важны в гипнотерапии, потому что обычно мы видимся с пациентами всего лишь раз в неделю (иногда раз в две недели). Когда между сеансами пациент выполняет задания терапевта, этим достигается экзистенциальный контакт терапевта с пациентом, что драматически интенсифицирует работу. Более того, если задания отнимают у пациента достаточно много времени или не являются легкими, они могут вызвать такую степень клинического успеха, что пациент оказывается в состоянии сам может закончить свое лечение (Хейли, 1984).

Наиболее распространенное указание, используемое практически применительно к каждому пациенту, задание проводить самогипноз. Ранее мы обсуждали, что, согласно нашим терапевтическим представлениям, в сеансе любого гипноза участвуют два человека и этот процесс является частью диалога "терапевт-пациент". Однако мы для простоты называем такой процесс самогипнозом. У этого указания есть пять терапевтических применений. Первое. Оно углубляет взаимоотношения между терапевтом и пациентом и повышает их ценность. Такому указанию легко следовать; его выполнение занимает 15 минут в день, и каждый раз, занимаясь этим, пациент доказывает себе, как он стремится работать над собой - мощное самостоятельное поощрение! Второе. Практика транса углубляет способность его использовать. Подобно любому искусству, самогипноз совершенствуется с практикой. Третье. Самогипноз сам по себе является своеобразным гипнотическим посланием "когда - тогда": "Когда вы занимаетесь самогипнозом, тогда вы чувствуете побуждение ограничить переживание /или что-нибудь еще/". Четвертое преимущество занятий пациента самогипнозом заключается в том, что позже вам будет легче добавить к этому заданию мысленные повторения или другую работу по визуализации. Например: "На этой неделе, когда вы будете заниматься самогипнозом, устроившись в своем самом любимом месте, я бы хотел, чтобы вы /добавьте то, что нужно/". И пятое, последнее и главное значение этого указания состоит в том, что оно несет в себе важную диагностическую функцию относительно прогноза успешности терапии. Когда пациенту даются какие-то указания насчет его поведения, особенно в начале терапевтического процесса, терапевту легко ошибиться при заключении, что именно пациент в состоянии сделать. Занятия самогипнозом может проводить любой пациент, если найдет время и приложит некоторые усилия. Если пациент не вы-

полняет это задание регулярно, он, соответственно, не стремится работать достаточно усердно, чтобы получить шансы на успешное выздоровление. Терапевт должен оценить, с каким из этих двух явлений он имеет дело; в первом случае необходимо прервать терапию, а во втором - работать с амбивалентностью пациента. Помимо указания заниматься самогипнозом, в нашей гипнотерапевтической практике мы часто применяем другие поведенческие директивы. Часто очень трудно бывает сдвинуть пациента с мертвой точки, когда в действие вступают сложные психодинамические факторы, такие как существенные вторичные выгоды, которые могут быть связаны с симптомами. Вот почему мы часто начинаем с поведенческих директив, которые приемлемы для пациента, но прямо не связаны с причиной, по которой тот обратился к гипнотерапевту. Проявлением именно такого случая является пример, когда пациенту было предложено научиться управлять самолетом. Другие обычные примеры подобных директив - задания похудеть, бросить курить или начать заниматься спортом (опять-таки в тех случаях, если это не является основными проблемами). Мы сообщаем пациентам, как им повезло, что у них есть вредные привычки. Они смотрят на нас и думают, что мы слегка тронулись. Но таким образом мы завладеваем их вниманием. Затем рассказываем, что для повышения самооценки и для того, чтобы почувствовать себя более сильным, человеку необходима психотерапия, проводимая в течение длительного периода времени. Между тем избавление от вредной привычки может способствовать достижению указанной цели практически в один день. Так как очень часто пациенты мечтают начать регулярно заниматься спортом и сбросить 15 фунтов, такое указание, данное терапевтом, позволит им не только убрать лишний вес, но и ускорит терапевтический процесс.

Мы советуем пациентам проявить смелость во взаимоотношениях со своими начальниками или членами семьи, предпринять путешествие в одиночку, если они не делали этого прежде, почитать книжку на ночь вместо того, чтобы смотреть телевизор, записаться на занятия в художественный класс и окончить его, и так далее. Все эти небольшие изменения не являются ожидаемым завершением нашей клинической работы, они - лишь важная часть этого процесса. Мы помогаем пациентам начать новую жизнь, используя визуализацию и мысленные повторения в сочетании с якорением. Подходящим образом мы сообщаем: знаем, что они могут это сделать, и ожидаем, что они это сделают. Очень важно направлять гипнотические послания "когда - тогда": когда они сделают это, тогда в большей степени, чем ранее, осознают свою способность быть хозяином своей жизни (житейское определение чувства силы).

5. КОНТРОЛЬ НАД ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Как мы уже установили в главе 1, экзистенциализм считает тревожность фундаментальным условием человеческого существования. Принятие данного условия, в противоположность его отрицания или борьбы с ним, является необходимым аспектом здоровой жизни. Люди на своем жизненном пути обычно сталкиваются с выбором - придерживаться избранного пути или рискнуть свернуть на новую дорогу. Обыденность, даже скучная или неприятная, по крайней мере, дает чувство безопасности в противоположность неизвестности. В одной из наших предыдущих книг "Смелость выздоровления" (Кинг и др., 1989) делается заключение: большинство клиентов, обратившихся за консультацией и страдающих от боли, депрессии, скуки или гнева, ассоциирующихся у них с нынешней жизнью, *уже знают*, какие изменения они должны

были бы осуществить, но испытывают слишком сильное состояние тревожности, которое парализует их стремление к переменам или хотя бы попытку исследования этих перемен. В той ранней книге делается вывод: часто все, в чем нуждается человек - это *смелость* осуществления необходимых изменений. Обычно бывает полезно объяснить клиентам, что они *сами выбирают* участвовать или нет в определенном, неприятном для них образе жизни - в работе, браке либо в чем-то другом - и тревожность, которую они испытывают при мысли о возможных переменам является необходимым аспектом процесса роста, и не надо рассматривать ее как сигнал к возвращению назад, в застой или бессилие.

Для большинства людей слово "тревожность" обозначает напряжение, неудобство или вообще что-то жуткое. Тревога - это нечто такое, чего нужно избегать или обходить. Неважно, каких усилий это может потребовать. Многие люди поддерживают отношения, не меняют работу, не обсуждают свое состояние с супругом, боссом или коллегами только потому, что не хотят "раскачивать" лодку. Они будут делать все, что угодно, лишь бы избежать пугающей их тревожности. Иногда такие люди продолжают посещать сеанс психотерапии только потому, что их тревожность возрастает, как только появляется возможность окончания лечения. Они предпочитают жить с валиумом, ксанаксом, прозаком, литиумом или чем-нибудь еще, но какой ценой? Большинство из нас знает живущих рядом с нами людей, буквально "продавших свои души", чтобы избежать какого бы то ни было дискомфорта.

Известно, что тяжелая и интенсивная тревожность может стать непереносимой. В некоторых случаях измеряется такое значительное фиксирование состояния тревоги, которое указывает на полную неспособность пациента чувствовать себя достаточно уверенным для того, чтобы исследовать свою реальность и осознать возможность выбора. Некоторым пациентам необходимо помочь уменьшить их чрезмерную тревожность, прежде чем они почувствуют себя в безопасности и станут достаточно внимательными для того, чтобы сесть и прислушаться к мысли, что у них есть выбор и они обладают свободой сделать его. Экзистенциалистам известно, что выбор всегда доступен человеческим существам. *Выбор есть всегда*, хотя он может и не быть желаемым. Экзистенциалисты вместо того, чтобы рассматривать тревожность как деструктивное и угрожающее чувство, считают его сигналом, предвещающим потенциально возможное возрастание личностной силы и осознание ответственности за выбор своего пути. Некоторые пациенты переполнены ощущением тревожности, потому что с самого начала своей жизни им редко приходилось делать какой-либо выбор, поэтому и другие никогда не считали, что они в силах сделать его. Эти пациенты так и не научились находить силу в самих себе, поэтому чувствуют свое полное бессилие и находятся во власти сил внешнего мира. Находясь в таком положении, они, конечно же, проявляют тревожность. А вы не почувствовали бы то же самое на их месте? Возможно, в юности они подверглись физическому или сексуальному насилию, или их чрезмерно опекали, или они были вовлечены в симбиотические взаимоотношения в период формирования своего характера. Такие люди - которым никогда не предоставлялась возможность выбора, или у которых не было поддержки для проявления своей силы - часто даже и не подозревают, что у них есть свобода выбора. Иногда им необходимо оказать помощь лекарствами или путем создания безопасной обстановки например, в больнице) только лишь для того, чтобы они в течение долгого времени достаточно сконцентрироваться и услышать кого-то, кто скажет им: "У вас есть возможность и сила сделать выбор".

Часто терапевт может помочь своим клиентам, просто объясняя подлинную сущность состояния тревожности с точки зрения экзистенциализма. Переопределение тревожности, придающее ей более позитивное и менее деструктивное значение, изменяет представления клиента и помогает ему принять на себя риск желаемых перемен.

Мы открыли, что экзистенциальный взгляд на тревожность представляет собой радостную и продуктивную точку зрения как для пациента, так и для клинициста. Однако слишком часто клиницист хотя и понимает умом эту концепцию, не может до конца осознать ее. Клиницисту необходимо самому полностью принять реальности и опыт, чтобы адекватно передать это положение пациенту и эффективно применить его на практике. Иными словами, ему необходимо *переопределить* свое собственное состояние тревожности продуктивным образом и позволить ему питать собственные исследования возможностей и силы своей личности. Например, спросите себя: когда вы в последний раз консультировали пациента с уникальным и странным набором симптомов, испытывали тревогу, были расстроены и ругали справочную литературу? Или же чувствовали себя *взволнованным* возможностью узнать что-то новое, заняться творчеством, узнать больше о самом себе в ходе лечения вашего пациента? В какой-то степени вся психотерапия является образовательным процессом, а все терапевты - учителями. Один из наиболее важных уроков, который необходимо преподать пациенту заключается в том, что взаимоотношения между состоянием тревожности и здоровым образом жизни являются потенциально позитивными. Поскольку гипнотический транс вызывает тонкие изменения в работе сознания и увеличивает открытость к восприятию новой реальности, в начале транса мы обычно отправляем пациенту послание о его потенциале новых и приятных переживаний и реальностей. Мы часто напоминаем нашим пациентам мудрые слова Кьеркегора: "Кто познал тревожность, тот познал и возможности" и "Тревожность нужно понимать как стремление к свободе".

Экзистенциальная тревожность как объяснение клинических проблем

В главе 1 было указано, что все экзистенциальные мыслители и клиницисты считают реальность свободы, выбора и ответственности основой человеческого существования. Указывалось, что клиническая работа помогает клиентам осознать, что они оказались в определенных жизненных обстоятельствах добровольно, а не в качестве жертв. *Люди ответственны за это*, и у них есть выбор. Обычно тревожность возрастает, когда люди начинают овладевать своей свободой. По мере того, как дети взрослеют, они сталкиваются с перспективой собственного выбора и принятием ответственности за самих себя. Все мы знаем, что тревожность ассоциируется с юностью и ранним началом взрослой жизни, когда люди сталкиваются лицом к лицу с возрастающей ответственностью. Высокий процент алкоголизма, наркомании, депрессий и самоубийств связан со значительным уровнем тревожности, испытываемой в течение этой фазы жизненного цикла. Темой развития в юношеском возрасте является кризис идентичности (Эриксон, 1968), связанный с тревожностью, возникающей при решении вопросов "Какой я?" и "Как мне приспособиться к этой жизни?", которые, конечно, пересекаются с новым экзистенциальным чувством свободы, выбора и ответственности. Консультирование молодых людей, часто заключается в обучении их более приятному пониманию состояния тревожности. Это обучение связано с новой свободой так, чтобы их усилия не были парализованы. Фактически терапевту нужно учить подростков использовать тревожность как энергию, стимулирующую принять на себя здоровый риск и исследовать собственные возможности и выбор. Личностная сила сопутствует процессу таких здоровых решений и исследований.

Многие клиницисты обнаружили, что личностный рост, который экзистенциалисты могли бы определить как возрастающую ответственность за самих себя и за ситуацию, в которой мы находимся, это непрекращающийся процесс. Многие молодые люди вполне нормально, лишь с небольшими трудностями проходят через этот крити-

ческий и вызывающий тревожность период во взрослую жизнь. Однако для некоторых этот переход замедляется или даже полностью блокируется. Эти люди стремятся к относительно однообразной жизни, продолжая находиться рядом со своими родителями до преклонных лет или же заменяя родственников неким суррогатом, к примеру, четко структурированной и безопасной военной карьерой, или браком с заботливым партнером, напоминающим родителя. Две потенциальные проблемы связаны с подобной неспособностью посмотреть в лицо тревоге, обусловленной свободой, которая обычно ассоциируется с независимостью. Первая: безопасные структуры часто коллапсируют; родители умирают или становятся инвалидами, заботливый партнер уходит, решив, что он устал быть суррогатом родителей, работа исчезает. Вторая проблема заключается в том, что обыденность часто вызывает скуку и подавляет дух человека. Тревожность ассоциируется со свободой, выбором и ответственностью, и вместе с тем с возрастающим ощущением силы и волнением, когда мы совершаем выбор в нашей жизни и принимаем ответственность на самих себя. Пациенты должны взглянуть в лицо факту, что неспособность сделать такой выбор приводит к ощущению бессилия и депрессии. Терапевты могут рассказать множество историй болезней людей, страдающих от депрессии. Они застряли в ситуациях, в которых могли бы чувствовать себя уверенно и безопасно, а вместо этого ощущают упадок сил и безрадостность. Когда терапевт указывает таким клиентам на доступный им выбор, обычно ссылаются на свое состояние тревожности или страха перед какими-либо изменениями в жизни.

Экзистенциально ориентированные терапевты всегда рассматривают жизнь как предоставление волнующего выбора, как возможность исследовать и раскрыть потенциал пациента. Экзистенциально ориентированный человек будет чувствовать неудовлетворенность от обыденности или от слишком удобного образа жизни (Фаген и Шефферт, <Fagen, & Shepherd> 1970).

В главе 3 было описано применение разнообразных методов гештальт-терапии в рамках гипнотической работы. Мы обсуждали близкое сходство гипнотической и гештальт-стратегии, потому что последняя представляет собой естественный опыт транса. И рассмотрели, как формальное наведение транса увеличивает терапевтические результаты подобных методов. Гештальт-терапевты являются экзистенциалистами (Ван Дузен, <Van Duzen> 1970) и рассматривают состояние тревожности не как нежелательное чувство, от которого нужно избавляться, а как индикатор потенциала человека, который нужно выявлять.

Нам нравится теоретический взгляд Симкина на личность (Simkin, 1976, стр. 17). Симкин доказывает неверность той точки зрения, что структуру личности можно уподобить строению луковицы: снимая последовательно слои сознательного поведения, мы достигаем внутреннего слоя бессознательного, о котором даже не догадываемся. Напротив, личность подобна резиновому мячу с толстой оболочкой и пустой серединой, который плавает, обнажая небольшую часть своей поверхности, в то время как все остальное скрыто под водой. То, что находится ниже поверхности воды - это бессознательное человека, но оно тем не менее содержит потенциал, который может быть ему полезен в зависимости от ситуации. Тревожность возникает, когда такой потенциал чувств или паттернов поведения стремится выйти на поверхность. Терапию можно представить как экспериментирование с этими потенциалами и их исследование с целью сделать легко доступными.

В главе 3 мы обсуждали разнообразные методы "освобождения" от излишней тревожности и от других негативных чувств. В оставшейся части этой главы мы представим другие гипнотические стратегии. Все эти методы основаны на экзистенциальной точке зрения, что тревога - необходимый ингредиент нормальной жизни и роста. Тревожность - это "телефонная карта" скрытых потенциалов, и определенная степень

тревоги в действительности стимулирует человека и повышает ценность его жизни. Понятно, что *излишняя* тревожность может истощить и парализовать личность, и в этом случае ее нужно уменьшать или сдерживать.

Начнем с самогипноза как инструмента для уменьшения тревожности и контроля над ней, а затем рассмотрим другие случаи применения экзистенциальной стратегии.

Самогипноз

Как было установлено в главе 4, терапевтические указания работать с трансом вне нашего кабинета даются практически всем пациентам. За редким исключением, каждый пациент получает указания ежедневно или с иной периодичностью заниматься самогипнозом. В форме "*контингентного я*" (см. Эриксон и Росси, 1976 а) мы внушаем: *когда* пациент будет заниматься самогипнозом, *тогда* у него появится приятное чувство. Мы делаем также и другие внушения о здоровых и более приемлемых реальностях, которые могут быть порождены бессознательным в результате транса. В случаях излишней тревожности пациентам предлагается заниматься самогипнозом несколько раз в день. Обычно мы говорим, что лучшее время для самогипноза - раннее утро, польза от него будет чувствоваться в течение всего оставшегося дня. Другое благоприятное время - конец дня или ранний вечер, когда самогипноз помогает пациентам "освободиться" от излишней тревожности или нервозности, накопившихся за день (так что время, проведенное дома или с семьей, будет более комфортным). Пациентам, страдающим бессонницей, мы предлагаем заниматься самогипнозом в постели перед сном; самогипноз успокоит пациента, создаст комфорт и облегчит постепенный переход от транса ко сну.

Обнаружено: если пациенты регулярно занимаются самогипнозом, обычно сам по себе он вызывает снижение стресса и тревожности и связанных с ними симптомов.

В следующей выдержке предлагаем пример такого рода указаний и внушений, которые даем пациенту относительно самогипноза сначала когда пациент находится в трансе, а после выхода из него обычно повторяем их, потому что у некоторых пациентов развивается постгипнотическая амнезия, а у других возникают вопросы о том, как заниматься самогипнозом.

"Мэри, начиная с этого вечера или, самое позднее, с завтрашнего утра, сразу после того, как проснешься, я бы хотел, чтобы ты занималась самогипнозом. Это делается так же, Мэри, и сегодня, здесь. Сделай несколько глубоких вдохов¹. Закрой глаза и представь школьную доску.../коротко повторите инструкции структурированного наведения/. Я бы хотел, чтобы ты занималась самогипнозом каждое утро и каждый день после того, как вернешься с работы и поздороваешься со своей семьей, и находилась в трансе каждый раз в течение 15 минут. Если ты будешь заниматься самогипнозом, чувство комфорта будет сохраняться у тебя до конца дня. Во время самогипноза твое подсознание создает новую, здоровую и более приятную для тебя реальность".

Существуют две главные причины применения самогипноза для пациентов, страдающих повышенной тревожностью. Во-первых, мы сочетаем указание заниматься

¹ Практически любую работу с трансом мы начинаем с просьбы сделать несколько глубоких вдохов. Наши указания по самогипнозу тоже начинаются с этой просьбы. После нескольких занятий гипнозом в кабинете в сочетании с несколькими неделями ежедневного самогипноза глубокие вдохи постепенно ассоциируются с состоянием транса и происходит якорение. Когда у пациента появляется чувство тревоги, он инстинктивно делает несколько глубоких вдохов и бессознательно вызывает транс, уменьшающий уровень его тревожности. Иногда мы просим пациентов делать глубокие вдохи в случае необходимости; другие пациенты обнаруживают действие этого механизма сами.

самогипнозом с контингентным внушением "когда - тогда": "Когда вы занимаетесь самогипнозом, тогда вы чувствуете себя спокойнее и увереннее". "Когда - тогда" - это основная лингвистическая конструкция гипнотических внушений.

Второе терапевтическое преимущество длительных регулярных занятий самогипнозом по регулярному графику в течение длительного времени (обычно долгое время спустя после того, как психотерапия с нами закончилась) заключается в том, что самогипноз тренирует концентрацию на настоящем моменте. Он обеспечивает появление того же самого здорового познавательного опыта, который человек получает от регулярных занятий медитацией. Тревожность и всякие прочие беспокойства являются предчувствиями, они вызываются чем-то, чего мы боимся *в будущем*. В настоящем, в конкретный короткий миг, мы чувствуем себя спокойно. Концентрируясь на настоящем конкретном моменте, а затем на следующем настоящем конкретном моменте и т. д., большинство пациентов избавляются от негативных предчувствий и мыслей. Не существует магического переноса умения концентрировать внимание на всю остальную жизнь, но возможно прогрессирующее обучение искусству фокусирования на настоящем моменте. Человек всегда может научиться отвлекаться от стресса, если сконцентрируется на чем-нибудь в настоящем.

Тревожные расстройства и фобии

Фобии и другие иррациональные страхи, не связанные с поведением избегания, являются обычными клиническими проблемами. Гипноз - мощный инструмент, который может быть полезен в этом отношении. Многие распространенные традиционные методики снижения страха применяют образы и визуализацию (см. у Крогера и Фезлера, <Kroger & Fezler> 1986; Лазаруса, <Lazarus> 1984, Райта и Райта, <Wright & Wright> 1987), а транс может значительно улучшить протекание этого процесса. Простое разрешение пациенту, находящемуся в состоянии трансa, попрактиковаться в повторении возможной ситуации (которой он боится или из-за которой тревожится) и представление ее развивающейся позитивным образом, может снизить тревожность. Райт и Райт (1987) назвали этот метод терапии "безопасной практикой" и установили, что "он полезен людям, способным практиковаться в новом способе разрешения прогнозируемых в будущем ситуаций, когда все самые сложные неожиданности могут быть спокойно изучены и преодолены с помощью повторений" (стр. 94). Практически во всех случаях, когда пациент страдает от тревожности, испытываемой в конкретной ситуации, мы предоставляем ему возможность пережить эту ситуацию при помощи образов, находясь в безопасности нашего врачебного кабинета, и применяем якорение. Во время самогипноза мы также даем указание заниматься "повторением", воссоздавая собственные образы в ситуациях, вызывающих тревожности.

Когда у пациента имеется множество страхов, обычно мы работаем над каждой отдельной фобией, начиная с той, которую пациенту легче всего преодолеть. Ничто так не ускоряет терапевтический процесс, как опыт успешных перемен, даже самых мелких, даже в самой незначительной для пациента области.

Очень важной особенностью излечения является следующее: как только начинаются наши гипнотические "повторения", мы подталкиваем и даже заставляем пациента встретиться лицом к лицу со своим страхом в реальной жизни. При этом когда люди встречаются со своим страхом лицом к лицу, оказывается, что он едва ли так страшен, как казался. Плохо, что когда люди пытаются воплотить в жизнь свои позитивные фантазии, они обычно обнаруживают, что реальность хуже той, которую они себе представляли. Терапия мало что значит, если обучение не переходит в реальную

жизнь. Часто терапия может даже служить оправданием, чтобы не сталкиваться со своим демоном. Пациент говорит: "Я работаю над своей проблемой, чего вы еще от меня ждете?" Важно, чтобы терапевт не поддавался на такие уловки, особенно в случае с пациентом, испытывающим страхи и тревожность.

Полезно, давая пациенту задание, встретиться лицом к лицу с человеком или ситуацией, вызывающим тревожность, включить в него предостережение о возможном появлении этого чувства. Было бы в высшей степени необычным, если бы гипнотерапия оказалась настолько эффективна, что пациент смог быстро перейти от потребности в помощи терапевта ситуации к чувству полной релаксации. Часто пациенты умаляют, дискредитируют или забывают опыт своего успешного лечения, как только начинают испытывать первый приступ тревожности. Нужно пояснить, чтобы они обращали внимание на *относительное* снижение тревожности, а не настраивались на его полное исчезновение. Это "переадресование" или изменение фокуса представлений является основным инструментом экзистенциальной гипнотерапии.

Применение образов, особенно когда оно усиливается гипнотическим трансом, часто может помочь разрешить проблемы, которые в случае применения обычных методов остались бы загадочными и неразрешенными. Например, Лазарус (1984) объясняет свою "пошаговую технику", обсуждая случай с молодой женщиной, жаловавшейся на непонятное чувство тревоги, возникшее у нее после того, как она получила поощрение и продвижение по службе. Лазарус предложил ей расслабиться и представить последствия ее продвижения "на шаг вперед". Тогда она поняла: ее чувство тревоги происходит от страха, что она будет полностью захвачена и преследуема своей работой, своим большим жалованьем и престижем и потеряет другие удовольствия, которых желала. Лазарус пришел к выводу, что благодаря подобному осознанию, произошло логическое обсуждение этой ситуации и они пришли к конкретному решению. Хотя Лазарус не объяснял свой успех с точки зрения экзистенциальной ориентации, мы допускаем, что он помог пациентке переопределить свою тревожность и открыл глаза на волнующий выбор, который стал отныне ей доступен.

Лазарус также использовал "пошаговую технику" для лечения больных, находящихся в состоянии тревожности, предлагая им представить пугающую ситуацию, развившуюся на один шаг дальше, или представить то, что можно было бы назвать "наихудшим сценарием". Поскольку пациенты обнаруживали, что все еще могут выживать подобной ситуации, их чувство тревоги уменьшалось. В чем-то сходной с этой техникой является метод лечения "затоплением" или "извержением" (см. Хоган и Кирчнер, <Hogan & Kirchner> 1967, 1968; Стампфл и Левис, <Stampfl & Levis> 1967), при использовании которого пациенты переживают или представляют сильно преувеличенную версию своего страха для того, чтобы достичь десенсибилизации. Например, пациент, испытывающий иррациональный страх перед пауками, может представить себя покрытым тысячами безвредных садовых пауков. Мы редко применяем данную технику, но тем, кто занимается ей, должно быть ясно, что эту процедуру обычно облегчает применение транса.

Приступы паники

Для лечения пациентов, страдающих жестокими приступами паники или тревожности, требуются добавочные гипнотические методы. Им необходимо сообщить: мы конечно же, *когда* они будут заниматься самогипнозом и усердно продолжать работать на психотерапевтических сеансах, *тогда* у них наступит значительное сокращение числа и тяжести таких приступов. Однако терапевт должен дать знать пациенту, что в

течение некоторого времени эти приступы время от времени будут возникать. При наступлении приступов в качестве части клинического гипнотического лечения гипнотерапевт должен сделать следующее постгипнотическое внушение: когда пациент произведет действие X, приступ пойдет на убыль.

Это X может быть любым быстрым фокусирующим внимание действием. Часто мы просим пациента сделать глубокий вдох и задержать дыхание, а в это время сомкнуть вместе большой и средний пальцы руки и на две секунды сконцентрировать внимание на возникшем физическом напряжении (в груди, пальцах, предплечье и т. д.), затем освободиться от этого ощущения в то время, как терапевт произносит слово "Освободись". Такое упражнение помогает пациентам переключить внимание с начинающегося приступа на последовательную смену состояний напряжения-расслабления в их теле. Если пациент верит в гипнотическое внушение "когда - тогда", обычно все так и получается. Мы применяем для такой техники и мысленные повторения. Пациенты, находясь в кабинете, представляют себе приступ паники, который вот-вот должен произойти с ними, выполняют действие X и замечают, что в течение сеанса чувствуют себя комфортно. Мы не даем пациентам указаний представлять приближение приступа в течение самогипнотических сеансов. Эти повторения выполняются только в кабинете врача.

Существуют два противопоказания для применения вышеупомянутого метода напряжения-расслабления. Не давайте заданий, связанных с физическим напряжением тела, пациентам, страдающим болями в груди, или когда-либо имевшим проблемы с сердцем, пожилым людям. Второе противопоказание: в начале приближающегося приступа некоторые пациенты испытывают проблемы с дыханием; таким людям часто трудно сделать глубокий вдох или задержать дыхание. Мы рекомендуем им сконцентрироваться на том, что не требует изменения дыхания. Например, таким пациентам можно дать указание закрыть глаза и мысленно перенестись в свое любимое место.

В работе с некоторыми пациентами, страдающими приступами паники, применяются указания, заключающиеся в том, что в начале лечения пациентов просят *попытаться* испытать средние или умеренные приступы паники три или четыре раза в день. Мы говорим им, чтобы с началом приступа они попытались расширить и усилить любые телесные ощущения или чувства, связанные с приступом. Как выяснилось, такое парадоксальное и типично эриксоновское указание дает пациентам возможность испытать возрастающее чувство силы и контроля над приступами паники. Слово "попытаться" употреблено здесь специально, так как оно подразумевает, что пациент может "попытаться" вызвать приступ, но не обязательно, что это у него получится. Иногда мы просим пациента попытаться вызвать приступ паники, когда он находится у нас в кабинете. Если ему это удастся, предлагаем ему попытаться усилить телесные ощущения, которые он в данный момент испытывает. Закономерно: когда пациент усиливает свои ощущения, они начинают исчезать. Полагаем, что приступы паники возникают, когда пациенты начинают узнавать ощущения, предвещающие их начало, особенно физические ощущения, и, следовательно, становятся нервными и тревожными из-за страха перед угрожающим приступом, а это и вызывает приступ, которого они так боятся. Таким образом, приступы паники обладают значительным эффектом самоусиления. Напротив, указание вызвать приступ или усилить ощущение подступающего приступа, подталкивают пациента к тому, чтобы развивать чувство силы и контроль над приступом, и таким образом, проблема постепенно исчезает.

Очень полезно выяснить, существовала ли какая-нибудь идентифицируемая причина возникновения первого панического приступа у пациента. Она может заключаться в несъеденном завтраке, (что вызвало гипогликемию) - все пациенты с паническими приступами должны быть проверены на гипогликемию - или в отравлении пара-

ми бензина в гараже. Первый приступ для множества пациентов часто оказывается абсолютно жутким опытом и может сопровождаться потерей физических функций. Подобное состояние часто вызывает одномоментную фиксацию, при которой определенные физические ощущения, возникшие во время приступа, ассоциируются со страхом приближающегося приступа. После первого опыта сходные проявления, такие как легкое головокружение во время подъема по лестнице, вызывают страх или тревожность, способные усилить это чувство и спровоцировать приступ в полную силу. Когда причины возникновения первого приступа будут определены, а вышеописанный процесс объяснен пациенту, это обеспечит возрастание контроля пациента над ситуацией и сильно продвинет вперед решение проблемы.

Прежде чем закончить обсуждение панических приступов, мы хотели бы выразить тревогу по поводу увеличения числа клиник для лечения пациентов с приступами паники и агорафобии, а также сочувствие к сотням тысяч пациентов, к которым применялись снижающие тревожность препараты наподобие ксанакса и валиума. Когда мы узнали, к какому огромному количеству пациентов применялись эти парализующие тревогу медикаменты, то подумали, сколько же людей было лишено своей силы и потенциала преодолевать препятствия из-за негативного эффекта ярлыка "агорафобии" или ради успокоительного эффекта таблетки, засунутой в рот.

Субмодальности опыта

Большой интерес в отношении гипнотической работы по уменьшению тревожности и контролю над ней представляют современные разработки "субмодальности" в области нейро-лингвистического программирования, осуществленные Бэндлером (Bandler, 1985) и некоторыми из его сотрудников (Андреас и Андреас, <Andreas & Andreas> 1987). Бэндлер и Гриндер (1979) способствовали популяризации концепции репрезентативных систем ощущений и указали на то, что ощущения регистрируются *визуальной, аудиальной* или *кинестетической* системами; животные виды используют обонятельные и вкусовые системы, в значительно большей степени, чем человек. Более того, большинство людей полагаются главным образом на одну систему, которая является для человека "ведущей репрезентативной системой". У людей различия в ведущих системах могут выражаться в употреблении ими определенных слов. Например, человек, предпочитающий употреблять слова и фразы наподобие "созвучно", "звучит, как", "слышно" в качестве ведущей использует аудиальную систему, и в таком случае ее применение в общении с ним может оказаться очень полезным.

Субмодальности представляют собой элементы опыта, которые могут быть использованы для изменения субъективной реальности человека и повышения чувства комфорта. Субмодальности - это элементы, которые изменяются в рамках любой репрезентативной системы. Например, зрительные образы могут быть неясными или яркими, близкими или далекими, большими или маленькими и т. д. Разъяснения, предоставляемые пациентам относительно субмодальностей опыта и обучение контролю этих переменных, полезно для снижения уровня тревожности. Например, мы бы хотели предложить читателю подумать о чем-то жутком. Теперь, когда вы представили этот жуткий образ, вы видите, что он ассоциируется с вашим страхом. Насколько близко к вам или далеко от вас находится этот воображаемый образ? Определите. Постепенно отодвигайте образ все дальше и дальше от себя, и в то время как вы будете делать это, ваш образ, вероятно, станет уменьшаться. Осознавайте свои ощущения полученной картины, пока ваш мозг занят этой работой. Обычно страх и тревожность снижаются

по мере отодвигания картины и уменьшения созданного образа. Помимо субмодальностей дистанции и размера, другим элементом визуальной системы является яркость. Вновь посмотрите на свою жуткую картинку и постепенно увеличивайте ее яркость, следя за собственными чувствами. Обычно усиление яркости пугающей вас картинке вплоть до исчезновения деталей, вызывает уменьшение страха.

Будет очень продуктивным помочь пациенту, находящемуся в состоянии тревожности, идентифицировать ключевой образ, который ассоциируется у него со страхом, и предложить ему упражнения вроде только что описанных, сопровождая их трансом. Например, у одного из нас недавно консультировался человек, продолжительное время страдающий тревожностью, вызванной тем, что он стал свидетелем смерти пешехода, попавшего под машину. Этот пациент, Том, утверждал: "Картина аварии все время стоит у меня перед глазами". После того как Тома ввели в состояние транса, его попросили вызвать картину гибели пешехода и двигать ее - дальше, ближе, из стороны в сторону. Когда ему было предложено отодвинуть картину подальше от себя, он признался, что почувствовал себя лучше. Наконец Тому было предложено поместить эту картину "позади самого себя, в прошлом, которому она и принадлежит". Дальше последовало следующее внушение:

"Том, теперь ты узнал то, что, в общем-то, и раньше было известно. Это твой мозг, твои образы, твои ощущения, и *ты можешь контролировать себя, Том /встроенное внушение/. Ты можешь контролировать свои впечатления* в любое время, когда это будет тебе нужно, и после того, как ты проделал это здесь, ты сможешь обнаруживать в себе все большую способность *контролировать свои ощущения*".

Распространенной причиной, вызывающей состояние тревожности и замешательства, является ситуация, когда пациент должен принять важное решение в пользу одного из двух или более возможных выборов. Воссоздание образов этих выборов и затем моделирование их субмодальностей, может вызвать у пациента возрастание чувства контроля и облегчить принятие решения. Например, пациент, который был ограничен во времени для принятия решения - какую из трех предложенных работ ему выбрать, находясь в состоянии транса ознакомился с визуальными субмодальностями. Затем во время сеанса самогипноза ему предложили изменять элементы образов или картин, отражающих каждый возможный вариант. Ему предложили увидеть все три образа в одно и то же время, но каждый по-разному близки они или далеки, какова их степень яркости, положение в поле зрения и т. д. - и попробовать изменять все эти ощущения. Когда пациент вернулся через неделю, он сказал, что такой опыт был очень полезен для него - выбор был сделан.

Сходная работа с субмодальностями может быть проделана и со звуковыми и кинестетическими ощущениями. Например, когда в следующий раз пациент будет жаловаться на чувство тревоги и сообщит, что "мысль вихрем пронеслась у него в голове, произведя много шума", скажите ему во время транса: "Не теряй контроль и уменьшай звук и темп своего внутреннего голоса, делай его мягче". Если пациент пожалуется, что это трудно сделать, просто скажите ему: "Найди в своем мозгу ручки, которые отвечают за скорость и громкость, и покрути их". Транс выявляет способности пациентов к самоконтролю и помогает открыть доступ к своему собственному творчеству, к тому, что помогает дойти до необходимого.

Экзистенциальные терапевты считают, что задача терапии заключается в ограничении, а не в устранении чувства тревоги. Пациенту необходимо помочь понять, что наличие некоторой тревожности - это норма жизни. Часто люди, считающие себя пугливыми, ошибочно полагают, что другие, кого они представляют более здоровыми и

смелыми, никогда не испытывают тревоги. Мы уже установили ранее, что частью психотерапии является передача знаний, особенно знаний о том, что является нормой жизни. Необходимо научить пациентов следующему: каждый человек испытывает тревогу, но здоровые люди идут вперед, не обращая на нее внимания, в то время как нездоровые пасуют перед ситуацией, это может вызвать возникновение еще более сильного чувства тревоги.

Нормальная тревога

Предлагаем вам рассмотреть еще одно, последнее замечание по поводу существования в жизни нормальной тревоги. Жизнь вызывает тревогу, потому что почти все важные вещи, которые случаются с нами, имеют неопределенный, неоднозначный и неясный исход. В жизни нет никаких гарантий. Даже человека, которого вы любите, завтра может переехать автобус. Множество людей для контроля над тревожностью используют механизм отрицания. Любимые уходят, и когда мы сталкиваемся с реальным поведением личностей, которых считали самыми-самыми лучшими - друзей, священников, политиков и т. д., - и они оказываются далеко не самыми лучшими (и вообще не самыми), мы часто отрицаем это. Пациенты должны научиться понимать и принимать отсутствие в жизни ясности и присутствие в ней чувства тревоги, и не использовать отрицание в качестве средства борьбы с тревогой.

6. ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ СИМПТОМОВ

Некоторые проблемы или симптомы могут быть устранены быстро и полностью. Самогипноз может уменьшить тревожность и при помощи якорения помочь пациентам избавиться от обычной фобии, однако многие проблемы настолько укореняются, что не поддаются изменению. В частности, это относится к тем случаям, которые клиницисты понимают неправильно, составляя тщательно разработанные планы борьбы с ними и считая эти симптомы патологией или расстройством, требующими искоренения. Напротив, экзистенциалисты полагают, что в конкретном феноменологическом мире пациента симптомы осмысленны. Экзистенциально ориентированные клиницисты таким образом прилагают усилия к тому, чтобы понять личностный смысл симптомов и учитывают этот смысл при общении и обследовании пациента. Чтобы добиться изменений или освобождения от симптомов, экзистенциально ориентированный терапевт помогает пациенту исследовать и реализовать его потенциалы, необходимые для более здоровых альтернативных паттернов, которые будут осмысленны в рамках собственного мира пациента. Общение по поводу симптомов и процесс исследования здорового альтернативного поведения обычно облегчается при использовании гипноза.

Переопределение симптомов

Взгляд на симптомы как на значимые и важные факторы обуславливает необходимость переопределения симптомов. Этот принцип обычно кажется новым и свежим

не только для клиницистов, которые прежде не использовали его в своей практике, но и для пациентов, которым говорили, что их симптомы безумны и бессмысленны.

Для того, чтобы проиллюстрировать важность обращения к личностному смыслу проблемы в целях содействия здоровым переменам, можно привести в пример аспирантов, выполнивших все необходимое для получения докторской степени, но которые не могут заставить себя закончить диссертацию. Удивительно большой процент аспирантов, работающих над докторской степенью, приходят к этой дилемме (известной под названием "все, кроме диссертации", или ВКД), и многие из них ищут клинического воздействия, которое помогло бы им выйти из тупика. Было бы хорошо, если бы люди могли реагировать просто на призывы к здравому смыслу, к стратегии жесткого распорядка времени, к изменению поведения или на самопобудительные методы, но обычно это не срабатывает. Структурированные и запрограммированные приемы работы, не учитывающие экзистенциальной реальности человека, обречены на провал. Но если обратиться к личностному смыслу того, что вызвало блокирование работы над диссертацией, шансы на прогресс возрастают.

Разнообразие возможных причин, из-за которых человек не закончил работу для получения докторской степени, говорит о необходимости учитывать уникальность существования человека в окружающем мире. Наш собственный опыт лечения таких случаев показывает, что неспособность написать диссертацию включает широкий спектр личностных расстройств: для одного получение степени означает расставание с веселым миром юности и вступление в трудный мир взрослых, другой смотрит на это как на капитуляцию перед авторитарными требованиями. Одна аспирантка считала, что ее диссертация должна быть совершенным произведением, и поэтому писала, переписывала и отшлифовывала каждый параграф. Она уже была близка к тому, чтобы полностью забраковать свою работу. Другой аспирант неосознанно боялся, что получение степени будет означать его разрыв с семьей, потому что никто из его большой семьи даже не посещал колледж. Мы знаем одного человека, который отказался от получения докторской степени, потому что бессознательно боялся, что случится нечто совершенно ужасное, если он в добьется успеха. Его страх был связан с детской травмой, вызванной тем, что его отца неожиданно убили сразу же после избрания на ответственный пост. Пациенты часто не осознают полностью или хотя бы туманно не представляют личностный смысл своих симптомов или проблем. Гипноз, облегчающий внутреннее осознание, является полезным инструментом, помогающим пациентам и клиницистам понять клинические проблемы в рамках мира пациента.

Споры с пациентом или противостояние ему неэффективны. Действительно, терапевту никогда не следует бороться против симптомов или спорить с ними. Напротив, он должен с уважением демонстрировать, что симптомы экзистенциально осмыслены и важны для пациента, и делать это необходимо с самого начала лечения и до конца. Поступая таким образом, терапевт становится рядом с пациентом и помогает ему перейти от борьбы к общению и дальнейшему исследованию. Такое общение приводит к немедленному устранению сопротивления.

Вместо того чтобы бороться с пациентом или его симптомами, мы вступаем в союз с его сопротивлением и таким образом устраняем его. Хотя мы иногда определяем гипноз просто как эффективный способ общения, сам факт уважительного отношения к симптомам при общении с пациентом может считаться мощным гипнотическим паттерном или примером того, что мы называем "малый гипноз" (гипноз без формального наведения транса).

Случай Салли

Недавно мы консультировали одну молодую женщину. Ей было чуть больше двадцати лет, и она впервые обратилась к нам по поводу серьезной анорексии. Ее семья, друзья, доктора и психотерапевты в течение длительного периода безуспешно пытались уговорить ее принимать пищу. Появившись в нашем кабинете, она выглядела слабой и печальной, но в глазах у нее горел дерзкий огонек.

После вежливого приветствия терапевт (Ч. М. Ц.) сказал:

"Салли, ты моришь себя голодом, и тебе это явно удастся. Я знаю, что другие люди беспокоятся по этому поводу, ты, возможно, тоже. Но я хочу, чтобы ты знала, что я не собираюсь спорить с тобой или убеждать тебя подобно остальным. Очевидно, у тебя достаточно личностной силы, чтобы проделывать с собой такое. Возможно, что у тебя для этого есть чертовски важные причины. Я не знаю, что это за причины. Может быть, ты их знаешь, может, нет, но я нахожусь здесь для того, чтобы поговорить с тобой об этом, если захочешь, и я буду делать это с уважением. Я знаю, что это твоя жизнь и твой выбор".

Салли посмотрела нам в глаза, проверяя, насколько мы серьезны, и убедилась в этом. Поэтому она согласилась поговорить. Вскоре Салли призналась, что сама не знает и не понимает, почему у нее анорексия. Она только чувствовала, что это почему-то для нее важно. Не соглашаясь попробовать как-то изменить свое поведение, Салли, однако, согласилась на гипноз, чтобы выяснить, что значит для нее анорексия, как она помогает ей существовать и какие другие более здоровые действия она могла бы предпринять, чтобы удовлетворить свои потребности.

Салли проходила гипнотерапию дважды в неделю в течение шести месяцев, а затем один раз в неделю в течение шестнадцати месяцев. Гипноз помог установить, что анорексия в начале своего развития давала Салли чувство большого контроля. Салли жила с родителями, которые в течение многих лет своего брака постоянно ссорились. Она не могла контролировать страсть своего отца к женщинам и не могла положить конец родительским ссорам, но она могла заставить себя голодать, принуждая тем самым своих родителей концентрироваться на ней и на ее болезни. По прошествии времени анорексия приобрела для Салли смысл собственной идентичности. Она просто стала образом жизни, способом существования в окружающем мире. Контроль за своим весом стал ее постоянной заботой. Психотерапия, группы поддержки, посещения врачей и другие каждодневные занятия, связанные с ее заболеванием, отнимали большую часть времени Салли. Из-за своей болезни она работала лишь часть времени, продолжая жить с родителями, пользуясь их поддержкой.

Другими словами, болезнь "помогала" Салли избежать "взросления". Она помогала избежать пугающего мира своей собственной сексуальности, принятия ответственности за свою жизнь и обязательств перед взрослым миром. В результате любовных связей ее отца и конфликтов между родителями, мир взрослых представлялся Салли местом, полным страданий.

Когда причина ее болезни стала очевидной, гипнотерапевт помог Салли родителям обратиться в консультацию по вопросам семьи и брака. Таким образом Салли избавилась от принятой на себя роли "больного" ребенка, чья "болезнь" заставляла родителей жить вместе. Терапевт помог Салли увидеть другие способы существования в окружающем мире, кроме того, как быть больной. Салли подтолкнули к принятию на себя риска, к социализации, к общению с мужчинами. Она поступила в колледж и постепенно стала все более спокойной начала выступать в других ролях, приемлемых для нее, исследовала свои потенциалы. Когда произошли здоровые позитивные изменения,

анорексия Салли как будто сама собой исчезла, и она постепенно набрала вес. Интересно, что однажды Салли начала терапевтический сеанс с заявления: "Я решила никогда больше не быть аноректиком". Когда ее попросили прокомментировать свое решение, Салли сказала: "Я не могу ничего объяснить, кроме того, что всего лишь сделала выбор быть нормальным человеком, как все остальные". Выбор Салли свидетельствовал об окончании ее болезни. Мы слышали, как другие пациенты также делали подобные заявления, занимая позитивную позицию и утверждая свой выбор существования в мире. Подобная трансформация поддерживает наш вывод: следует опираться на экзистенциальные принципы, когда работаешь с человеческим поведением и над его изменением.

Случай Джен

Дальнейшей иллюстрацией того, как важно понимать и уважать личностный смысл симптомов, служит другой подробно разбираемый нами случай, также указывающий на роль гипноза в раскрытии экзистенциального смысла проблем, в облегчении создания нового здорового паттерна пациента и увеличения его личностной силы.

Джен, 44 лет, состоящая в браке с 17 лет, хотела сбросить примерно 65 фунтов веса. При росте около 5 футов 3 дюймов она весила 185 фунтов. Вес Джен до замужества составлял 120 фунтов. Все члены семьи, из которой она происходила, имели относительно нормальный вес. Джен испробовала множество диет и программ похудения, в результате применения которых обычно сбрасывала около 25 фунтов. Однако она сообщила нам: "Как только я начинаю выглядеть лучше, тут же машу рукой и вскоре набираю прежний вес". Она утверждала, что ее брак с Томом, подобно ее весу, имеет свои спады и подъемы. Муж выражает недовольство ее лишним весом, что приводит ее в негодование. Джен работала страховым агентом, а ее муж был владельцем издательской компании.

Джен расстраивалась и чувствовала себя очень напряженно из-за своего лишнего веса. Она выбрала себе терапевта, надеясь, что гипноз сможет ей помочь.

Джен рассказала, что муж просил терапевта поставить его в известность, чем он может помочь ему. Терапевт послал Тому записку следующего содержания (предварительно обсудив ее с Джен):

"Дорогой мистер Смит! Спасибо за ваше любезное предложение помочь. Мне кажется, Джен проявляет чрезмерный энтузиазм в отношении диет, а поскольку я уверен, что вы желаете видеть ее здоровой, можно было бы проследить за тем, чтобы она не слишком увлекалась диетами и не сбрасывала вес слишком быстро. Не будете ли вы так любезны напоминать ей по крайней мере 3-4 раза в неделю не перегибать палку с диетами и не терять вес так быстро".

Такое парадоксальное указание было основано на заявлениях Джен относительно недовольства и неприятия жалоб мужа на ее вес и предположении, что она будет сопротивляться любому влиянию со стороны мужа. Это указание являлось формой метода "предписанного симптома" (Зайг, <Zeig> 1980a, 1980b; Хейли, 1984; Зельцер, <Seltzer> 1986). Поскольку Джен проявляла беспокойство, ей также было указано "не сбрасывать слишком много веса слишком быстро". Все это было сделано для того, чтобы направить энергию сопротивления в здоровое русло - в направлении ее лечения.

Во время второго сеанса терапевт загипнотизировал Джен. Ему было ясно, что простое указание соблюдать диету и делать зарядку не годится для того, чтобы она смогла сбросить вес и удержать его на нужном уровне. Когда симптомы или паттерны

трудно сдвинуть с места, необходимо обратиться к личностному смыслу симптомов, прежде чем ожидать, что появятся какие-то перемены. Вот стенограмма интересного диалога, произошедшего между терапевтом и Джен, пребывающей в состоянии транса.

Терапевт: Джен, я слишком уважаю вас, чтобы просто предложить вам сбросить 65 фунтов. Нужно понять, что этот вес значит для вас. Вы пытались сбросить его много раз, вам удавалось потерять половину, но у вас всегда хватало силы признать, что "счет не в вашу пользу". Я бы хотел предложить, Джен, затратить некоторое время для установления того, что для вас значит весить 185 фунтов и что значит потеря 65 фунтов. Располагайте необходимым временем в течение нескольких минут и, пожалуйста, кивните головой, когда выполните эту работу.

(Некоторое время спустя Джен кивнула головой).

Джен: Весить 185 фунтов - противно! Ужасно так выглядеть и очень вредно для здоровья! Сбросить 65 фунтов - значит лишиться множества вкусных вещей, которые я так люблю! А еще это означает, что придется много и усердно трудиться, чтобы добиться потери этого веса.

Терапевт: Конечно, это важно, но меня не оставляет чувство, что существует еще что-то. Подумайте немного. Погрузитесь в глубины своего сознания и постарайтесь понять, с чем еще ассоциируется у вас вес в 185 фунтов и что означает потерять лишний вес. Чем вам помогает ваш вес, что такого вы от него получаете, в чем нуждаетесь? Может быть, он помогает вам избежать того, что вы боитесь? И самое важное, Джен, что вы потеряете, сбросив вес?

Джен: Необходимость похудеть просто приводит меня в ярость. Это все Том с его нытьем по поводу того, как я выгляжу. Я не желаю идти у него на поводу.

Терапевт: Похоже, что сохранение веса помогает вам удерживать контроль и власть в вашем браке. А существуют ли другие способы быть сильной в отношениях с Томом, когда вы можете чувствовать себя достаточно свободной и сбросить вес? Думаю, что существуют более здоровые альтернативы, чем быть толстой. Что ж, затратьте еще пару минут, погрузитесь в себя и поищите другие, более здоровые паттерны или способы жизни с Томом, которые обеспечат вам необходимые контроль и силу.

(После некоторых внутренних исследований и небольшой помощи терапевта Джен решила, что начнет отстаивать свои права перед мужем в большей степени, так как знает, что терапевт поддерживает ее.)

Терапевт: Теперь, Джен, вы решили быть с Томом потверже, чтобы это помогло вам ощущать достаточную степень власти в ваших взаимоотношениях и позволило заняться диетой, не чувствуя, что вы уступаете ему. Вы приняли решение: во-первых, не будете навещать его мать каждое воскресенье, а разве что от случая к случаю. Во-вторых, следующей осенью не будете больше играть в эти ужасные шары. Приходят ли вам на ум еще что-нибудь, когда вы думаете о потере лишнего веса и о том, что будете весить 120 фунтов?

Джен: Это беспокоит меня.

Терапевт: Что именно?

Джен: Не знаю, мне просто становится тревожно, когда я вижу себя такой, какой была бы при весе 120 фунтов.

Терапевт: Ну что же, взгляните на себя такую еще разок и постарайтесь открыться всему, что может в вас возникнуть. Существует ли еще что-нибудь, заставляющее вас тревожиться? Что вы видите, слышите или чувствуете, когда представляете себя похудевшей?

Джен: Я вижу дверь.

(Затем Джен поняла, что дверь, которую она видит в своем воображении, ее собственная парадная дверь. Она пришла к пониманию, что если похудеет до своих прежних 120 фунтов, почувствует в себе достаточно смелости и уверенности, чтобы уйти от мужа, в надежде обрести более полноценные отношения. Джен пришла к осознанию того, что когда она станет более привлекательной, другие мужчины начнут заигрывать с ней. Но не это беспокоило ее, а страх, что на их заигрывания она может ответить "Да".)

Терапевт: Вполне вероятно, Джен, что потеря веса откроет перед вами много разных дверей, но у вас всегда будет выбор - входить в эти двери или нет. В действительности, большинство этих вариантов, если не все, например, возможность остаться в браке или завести нового роман, существовали у вас всегда, просто вы не думали об этом. Возможно, ваш лишний вес являлся способом избежать выбора и свободу. Выбор и свобода вызывают у многих людей тревогу, и они просто избегают их. Давайте прямо взглянем на этот факт, Джен. Вы ведь все равно не были так уж счастливы, так что, сбросив вес, вы, возможно, ничего не потеряете, кроме своего желания похудеть. Если вы потеряете вес, Джен, то выиграете в других отношениях: например, вам будет приятно хорошо выглядеть, от комплиментов, которые вам будут делать. А самым важным для вас, возможно, станет осознание того, что у вас есть все виды выбора, которые являются совершенно свободными и дают вам возможность обрести силу. Так что сейчас у вас есть выбор, Джен, заняться диетой и физическими упражнениями и сбросить вес. Сделав его, вы, может быть, будете чувствовать себя тревожно, или взволнованно, благодаря возможностям, ожидающим вас на этом пути. Или вы можете отказаться, как делали это в прошлом. Вам предстоит сделать очень важный выбор, Джен. Вот почему я хотел, чтобы на этой неделе вы продолжили заниматься самогипнозом, поскольку теперь вы знаете, что ваша цель - волевым путем сделать лучший для себя выбор.

(После этого терапевт вывел Джен из транса, и сеанс закончился.)

Описанный выше гипнотический сеанс иллюстрирует важные моменты экзистенциальной гипнотерапии. Во-первых, для того, чтобы облегчить Джен осознание экзистенциального и личного смысла лишнего веса и прежних неудач с диетами, был применен транс. Обратите внимание на уважительное отношение терапевта к симптомам пациента. В противоположность борьбе и спорам такое общение снимает сопротивление пациента, позволяя провести свободное исследование затронутых проблем. Обратите внимание, что во время диалога терапевт использует каждую возможность, чтобы представить ситуацию позитивным образом и направить Джен позитивные послания о доступности выбора, контроля и силы. Например, терапевт говорит: каждый раз, когда Джен теряла и вновь набирала свой вес, она имела силу называть это "счетом не в свою пользу"; она не поддавалась нытью мужа, и это также свидетельствует о силе. Мысль о ее способностях к контролю была усилена тем, что терапевт предоставил Джен выполнить большую часть важной работы самостоятельно. Разрешение пациенту самому выполнять работу усиливает позитивный эффект. Наконец, чтобы продемонстрировать свое уважение к реальности ее выборов, терапевт просит Джен подождать неделю, прежде чем сделать выбор: продолжать держаться за свой вес или принять другой, предположительно более здоровый паттерн. Иногда при таких обстоятельствах пациент делает выбор - продолжить сохранять статус-кво и свои симптомы. Однако, исходя из нашего опыта, даже если пациент и делает такой выбор, он чувствует себя лучше и в целом сильнее. Изменившаяся установка проявляется в других, более здоровых паттернах поведения.

Заметьте, что терапевт не принял первой реакции Джен на вопрос о том, что значит для нее вес и его потеря ("противно" столько весить, и потеря веса означает ли-

шение многих удовольствий), и не остановился на ней. В экзистенциальной гипнотерапии важно помнить: *необходимо обращаться ко всем важным сознательным или бессознательным смыслам проблем или симптомов существующих у пациента.*

Определение личностной значимости

Достаточно часто пациенты сознательно не понимают важного смысла своих проблемных паттернов. Гипноз может облегчить им это осознание, для чего также бывает необходима помощь терапевта. В случае с Джен терапевт задал серию вопросов (как вам помогает ваш вес; что он дает вам из того, чего вы желаете или в чем нуждаетесь и т. д.). Терапевт задал эти вопросы с намерением помочь Джен в поиске экзистенциального смысла ее симптомов. Ниже приводится более полный список таких исследовательских вопросов.

Вопросы, которые облегчают осознание личностного значения смысла (X)

1. Что X значит для вас?
2. Что означает для вас избавиться от X?
3. Как X помогает вам, или какие выгоды и компенсации вы получаете от X?
4. Каким образом X дает вам больше силы и контроля?
5. Как X помогает вам чувствовать себя в безопасности?
6. Что X помогает вам избежать?
7. Каким образом X предоставляет вам возможность получать больше внимания и любви?
8. Какое чувство помогает вам выразить X?
9. Каким вы были до того, как появился X?
10. Что происходило в вашей жизни, когда появился X?
11. Как все изменилось после того, как появился X?
12. Что произойдет, когда не будет X?
13. После того, как X исчезнет, какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет)?
14. У кого еще когда-нибудь был X или есть сейчас?
15. Допустим, существует ваша внутренняя часть, ответственная за X или ассоциируемая с X:
 - на что похожа эта ваша часть?
 - какого она цвета?
 - каким голосом разговаривает эта ваша часть и что бы она хотела сказать по поводу X?
 - как вы ощущаете эту часть самого себя?

Другая стратегия, которая может помочь пациенту определить личностный смысл или осознать значимость собственных симптомов заключается в предоставлении большого набора возможных смыслов, ассоциирующихся с этими симптомами. Такой набор должен включать все возможные смыслы, которые терапевт подыскивает на основе своей интуиции и представления о пациенте, а также исходя из прошлого клинического опыта своей работы с аналогичными пациентами. Когда мы применяем данный метод, то стараемся предоставить эти возможности, рассказывая о других пациентах, у которых были похожие симптомы, и о том, какой смысл своих симптомов они открыли для себя. Чтобы собрать больше информации о пациенте, наблюдайте во время сво-

его рассказа за его незначительными невербальными проявлениями. Польза будет только в том случае, если гипнотерапевт обладает опытом и знаниями о специфических симптомах пациента.

Если пациент все еще затрудняется сделать выбор из многих предлагаемых ему интерпретаций смысла своих симптомов, можно обратиться к технике идеомоторных сигналов. Например, наведите транс и делайте пальцами определенные знаки для слов "да" и "нет". Отслеживайте минимальные или бессознательные сигналы (например, легкий утвердительный кивок головой), помогающие подтвердить истинность того, о чем говорит пациент, или определить важный смысл симптомов, не осознаваемый пациентом. Когда пациенту предоставляется большой выбор возможностей, мы останавливаемся на той, на которую пациент реагирует хотя бы минимальным позитивным сигналом.

Все эти стратегии помогают пациенту и терапевту определить личностный смысл симптомов. Они с успехом могут быть применены для того, чтобы помочь пациенту создать новый, здоровый паттерн взамен прежних симптомов. Например, на рассмотрение пациенту представляется множественный набор здоровых альтернатив, и, наблюдая за идеомоторными сигналами или минимальными показателями, можно сделать вывод о сознательном или бессознательном подтверждении пригодности той или иной здоровой альтернативы для данного конкретного пациента.

Гипноз помогает пациентам осознавать бессознательный смысл их симптомов. По своей сути, гипноз (или транс) освобождает воображение и потенциалы, помогает пациенту идентифицировать и использовать новые паттерны переживаний, восприятий или реальности, а также новые паттерны поведения, являющиеся более здоровыми. Например, Джен поняла, что может утвердить себя иным, более здоровым образом в отношениях мужем, кроме того, чтобы быть излишне полной. Она осознала, что потеря веса "откроет ей двери" и даст возможность выбора - входить в эти двери или нет; изучение выбора может быть радостным и наполняющим силой.

Способ коммуникации, который терапевт применил к Джен, включал несколько интересных гипнотических паттернов. Во-первых, в течение сеанса отслеживались и использовались лингвистические конструкции пациентки. Например, когда Джен утверждала, что чувствует тревогу, наблюдая себя весящей 120 фунтов, терапевт просил "посмотреть опять" на причину ее тревожности. Терапевт использовал образ двери, которую представила себе Джен, высказав экзистенциальное мнение, что "все двери" будут открыты для нее, благодаря экзистенциальной свободе и выбору.

Стенограмма этого гипнотического сеанса иллюстрирует использование замешательства (Эриксон и Росси, 1976а, 1979), "потеряв вес, вы ничего не потеряете кроме своего желания похудеть". Такого типа вербальное замешательство снижает сознательный анализ и сопротивление и увеличивает внушаемость. Следующее утверждение, приводимое в стенограмме - "Если вы потеряете вес, Джен, то выиграете в других отношениях" - иллюстрирует применение "объединения противоположностей", описанное Эриксоном и Росси (1976а, 1979): естественное стремление людей уравновесить противоположности и достичь гомеостаза может быть использовано в терапевтических целях. Техника рассеяния (Эриксон и Росс, 1976а, 1979) или встроенные внушения (Гриндер и Бэндлер, 1981) были также использованы терапевтом, который сопровождал общение с пациенткой легким изменением тональности голоса при произнесении ключевых фраз и (или) небольшими паузами - непосредственно перед или сразу же после внушения. Например, внушение "сбрось вес" передавалось очень часто, а внушение "сделать свой лучший выбор" появилось в самом конце гипнотического сеанса. Наконец, типично экзистенциальная тенденция превращения тревожности во взволнованность была применена в тот момент, когда терапевт сказал Джен, что она может почув-

ствовать тревогу, а может быть, будет взволнована возможностями, ожидающими ее на этом пути.

Джен выбрала диету и снижение веса. На следующих гипнотических сеансах были проанализированы другие ее возможности, которых она была лишена благодаря своему лишнему весу. Во время гипнотических сеансов ей рассказали несколько метафорических историй: рассказ о лешем и это дало ей поддержку на пути увеличения личностной силы). Для помощи Джен использовались мысленные повторения и якорение. После того, как она потеряла около 30 фунтов и стала получать комплименты и пользоваться большим вниманием людей, ей (в трансе) было предложено представить, что она очень уверенно ведет себя с пытающимся соблазнить ее мужчиной. В это время было применено якорение. Такие мысленные повторения и якорение помогли Джен справиться со страхом, возникавшим у нее при мысли о похудении.

Муж Джен был в восторге от внешнего вида жены, но недоволен ее возросшей личностной силой, которую та продемонстрировала и которой он не мог принять. Джен добилась успеха в похудении и сохранении нужного веса, но в конце концов супруги оказались в консультации по семье и браку.

7. МЕТАФОРЫ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Очень часто в повседневной жизни наши пациенты выражают свои жизненные переживания языком символов и метафор. Когда кто-то говорит: "У меня камень на сердце", никто не бросается за весами, чтобы его взвесить. Когда кто-то утверждает: "Я вижу мир в черном цвете", терапевт не станет отмечать, что у него проблемы с цветоощущением. Тем не менее, слишком часто мы как профессионалы и ученые забываем о мире метафор и упрямо общаемся только на буквальном языке левого полушария. Мы обнаружили: иногда простое метафорическое утверждение типа "Мяч у вас в руках" действует гораздо эффективнее, чем длинная лекция на тему о необходимости принятия на себя личной ответственности.

Это оказывается в особенности верным по отношению к гипнотическому общению, потому что когда язык гипнотерапии соответствует символическим и метафорическим реальностям пациента, часто наступает быстрое исцеление, даже если сам терапевт не до конца понимает, как и почему получен такой терапевтический результат. Начнем обсуждение метафор с понятия бессознательного. Бессознательное - это метафора, вошедшая в понимание Lebenswelt'a (живого мира) человеческого бытия из психоаналитических басен. Мы используем ее в работе с каждым нашим пациентом. Ни один из них даже не усомнился в существовании бессознательного. Это слово дает блестящее объяснение или оправдание изменениям. Зачем людям необходимо оправдание перемен? Часто они застревают в психологической "колее" или в течение долгого времени демонстрируют негативные паттерны поведения. Неспособность сойти с колеи и положить конец негативному поведению расстраивает их самих и всех, кому они небезразличны. Если пациенты приходят на лечение и неожиданно освобождаются от этой привычки и перестраивают свое поведение слишком быстро, они могут начать беспокоиться такой стремительной своей трансформацией. Пациенты будут бояться (и вполне обоснованно), что столь быстрая реформация поставит их под угрозу обвинения: можно было бы измениться значительно раньше. С другой стороны, если они смогут аргументировать тот факт, что изменения вызваны профессиональным вмешатель-

ством в таинственный процесс их бессознательного, тогда эта трансформация будет принята без упреков в том, что прошлое поведение пациентов всегда было подвластно их контролю.

Бессознательное туманно и метафорично, но обладает экзистенциальной реальностью для большинства пациентов. Во время первого гипнотического сеанса понятие бессознательного обычно вводится следующим образом:

"Самое замечательное в трансе - то, что вам ничего не нужно делать. Даже тогда, когда я говорю с вами, потому что я говорю с вашим бессознательным и знаю, что оно будет меня слушать. Остальная часть вашего тела и сознания может отключиться. Когда я говорю нечто подобное своим пациентам людям, они часто спрашивают: "Доктор Кинг, а что вы понимаете под бессознательным?" Но вы знаете, что это, и я знаю, стало быть, все о`кей".

После такого вступления пациенты никогда не спрашивают, что означает слово, "бессознательное". У них остается иллюзия, что мы обсуждали бессознательное и пришли к согласию по поводу его значения. Нас не заботит, что в действительности думают пациенты об этой метафоре. Важно знать, что каждый пациент по-своему использует ее в гипнотической работе.

В экзистенциальной терапии используются метафоры разного рода. Чуть позже мы в деталях обсудим применение метафорических историй в терапевтических целях. Один из наиболее часто применяемых и полезных видов метафор - визуальные образы. В этой области четко проявляется различие между работой экзистенциально ориентированного гипнотерапевта и работой всех прочих гипнотерапевтов. Практически все они применяют визуализацию в своих лечебных программах. Большинство из них используют структурированную визуализацию, когда терапевт помогает пациенту создать весь образ или его целиком некоторую часть. Напротив, в экзистенциальной терапии все образы исходят от пациента, и пациенты обычно создают метафорические, а не буквальные образы.

Метафорические образы для обезболивания

Для иллюстрации наших методов приведем пример работы с пациентами, страдающими от хронических болей, а затем обсудим применение метафорических визуальных образов, используемых для оказания помощи пациентам, испытавшим сильные эмоциональные переживания. Работая со страдающими от боли пациентами, находящимися в состоянии транса, мы просим их предпринять воображаемое путешествие внутрь собственного тела к тому месту, где расположен источник дискомфорта и посмотреть, как он выглядит. Даже те пациенты, у которых поначалу возникают трудности с визуализацией, обычно после нескольких гипнотических сеансов могут ясно представить этот образ. Когда пациент говорит, что он видит образ, мы просим его подумать, что бы могло облегчить его положение. Иногда пациенты не в состоянии ничего придумать, и мы предлагаем им несколько альтернатив, при этом убеждая не беспокоиться по поводу "реальности". Мы объясняем, что нас совершенно не заботит, как выглядит их расстройство в действительности, говорим, что собираемся работать с их впечатлениями об этой действительности. То же оказывается верным в отношении выздоровления. Проиллюстрируем подобный процесс несколькими примерами.

Пятидесятипятилетний продавец обратился к нам с жалобой на жестокую боль в лодыжке, мешающую ему работать. На протяжении последних пяти лет боль усиливалась. Ни один из трех врачей, к которым он обращался, не смог помочь. Тогда его ввели в состоянии транса и попросили представить, на что похожа его боль. Он рассказал, что видит ее как стаю напавших на него пираний и даже может разглядеть их зубы, буквально разрывающие кожу. Когда мужчину спросили, что, по его мнению, могло бы помочь ему в этой ситуации, он ничего не смог предложить. Тогда терапевт, не выводя его из состояния транса, предложил пациенту вообразить группу людей, похожих на дантистов, каждый из которых несет мягкие резиновые чехольчики для зубов пираний. Затем пациента попросили представить следующую картину: как только пираньи накинутся на него, эти люди наденут на их зубы чехольчики. Упражнение было повторено три раза в кабинете терапевта, затем пациента попросили выполнять его в качестве самогипнотического домашнего задания каждый вечер в течение трех недель. К концу третьей недели пациент отмечал уже среднюю степень дискомфорта, не выдерживающую сравнения с мучившей ранее и не дававшей работать болью. На последнем сеансе его предупредили, что нужно быть осторожным при вождении машины: щекотка, вызванная чехольчиками на зубах у пираний, может отвлечь его.

Сорокалетняя женщина обратилась к нам, испытывая послеоперационную боль в височно-челюстном сочленении и спазмы, которые не удалось устранить хирургической операцией. Во время первого приема было обнаружено, что у этой женщины существует много эмоциональных проблем (в особенности проблем, связанных с неудачным браком). Она проходила терапию около 9 месяцев. В начале лечения пациентку попросили совершить воображаемое путешествие внутрь собственной челюсти и отметить все возникшие при этом ощущения. Она рассказала, что представляет образ колков на гитарном грифе. По ее мнению, струны у гитары перетянуты. В течение двух следующих месяцев пациентку просили на сеансах транса и самогипноза вновь предпринять путешествие внутрь своей челюсти и постепенно отпускать один-два колка, увеличивая длину струны каждый раз примерно на дюйм и тем самым освобождая челюсти. После многих лет боли и спазмов женщина впервые отметила почти полное их прекращение. Ремиссия сохранялась, пока пациентка занималась упражнениями с использованием этих образов 3-4 раза в неделю. Но после месячного перерыва боль вернулась, и потребовалось еще две недели занятий самогипнозом с применением визуальных образов, прежде чем вновь наступило улучшение. Она была избавлена от боли почти на 4 года, кроме кратковременных приступов, возникавших примерно каждые девять месяцев, когда пациента проявляла легкомыслие по отношению к своим занятиям самогипнозом.

Очень привлекательная тридцатилетняя деловая женщина обратилась к нам по рекомендации своего лечащего врача по поводу жестоких спазмов пищевода и связанных с ними болями. Она только что закончила восьмидневное стационарное обследование, в течение которого интенсивные диагностические исследования не обнаружили никаких физиологических отклонений. Она жаловалась на боли уже в течение двух лет, на их постепенное усиление. На первом приеме у пациентки не обнаружили никаких психологических стрессов. У этой женщины было здоровое детство, счастливая личная жизнь и карьера, развивающаяся в заранее определенном и запланированном направлении. Во время транса ее попросили предпринять воображаемое путешествие внутрь себя самой. Она рассказала, что видит в своей груди ледяной шар с торчащими из него тысячами игл. На вопрос, что могло бы ей помочь в этой ситуации, она ответила примерно следующее: если бы она могла стукнуть по ледяному шару топориком для колки

льда, он стал бы меньше. Женщина спросила, нельзя ли, чтобы ее бой-френд помог в этом деле. После шести недель самогипнотических занятий и проведенных за это время четырех гипнотических сеансов, она впервые отметила исчезновение спазмов и боли. Мы следили за пациенткой в течение первого года - боль не отмечалась. Лечение этого случая целиком состояло из работы с образами. Никакой дополнительной психотерапии не потребовалось.

Двадцатилетняя девушка поделилась с нами своими неприятностями: когда девушка нервничала, у нее немели ноги. Нервность являлась реакцией на социальную ситуацию и на высокие требования в университете. Во время транса она предприняла путешествие внутрь собственных ног и заметила, что ее нервные окончания покрыты белым пластиком. В течение четырех недель пациентку обучали при первых признаках наступления приступа и ощущении онемения совершать воображаемое путешествие с несколькими университетскими подругами и очищать свои нервы от пластика.

Как бы это ни покажется странным психотерапевтам, никогда не применявшим подобные образы, все вышеописанные пациенты и сотни других обратившихся к гипнотерапии по поводу длительных хронических болей, обнаружили значительное улучшение всего через несколько недель. Повторяем, мы пытаемся руководить пациентами так мало, как это только возможно. Однако кое-кому требуется наше подталкивание - в особенности для придумывания развязок в ситуациях, связанных с оригинальными образами, которые те себе представляют.

Работа с чувствами, беспокоящими пациента

В гипнотерапии и психотерапии существует много методов работы с чувствами. Один из наиболее быстрых и эффективных способов смягчения чувств, беспокоящих пациентов состоит в использовании созданных пациентами метафорических визуальных образов этих чувств. Часть из того, о чем мы расскажем ниже, представляет собой модификацию работы Дэвида Гроува (Grove, 1989).

Если пациент желает умерить беспокоящее его чувство, мы просим его, находящегося в состоянии транса, определить, какой точкой своего тела он ощущает его. Когда пациент определит это место, мы спрашиваем: "На что похоже ваше чувство?" Обычно такого вопроса достаточно, чтобы подтолкнуть пациента представить свое чувство как предмет. Если же нет, надо подтолкнуть пациента к созданию образа, задавая вопросы о том, каковы форма, цвет, размер этого чувства. Как только пациент зафиксировал образ в своем сознании, задаем следующие вопросы: "Что данный объект хотел бы сделать?" и "Может ли это произойти?" Затем во время сеансов гипнотерапии в кабинете и занятий самогипнозом дома подталкиваем пациентов к развитию образа. Этот процесс легче объяснить на примерах.

Двадцативосьмилетняя женщина обратилась к нам с жалобой на сильное чувство тревожности, связанное с сексуальными отношениями с мужем. Она утверждала, что любит своего мужа и имеет с ним хорошие взаимоотношения во всех областях, испытывая к нему сексуальную тягу. Женщина не могла понять причину своих симптомов. Познакомившись с историей ее семьи, терапевт узнал, что пациентка первые семь лет своей жизни жила с бабушкой - агрессивным алкоголиком. Несколько лет назад ее отец рассказал, что, вероятно, она подверглась сексуальному насилию со стороны деда. Загадочный случай, о котором пациентка ничего не могла вспомнить. В возрасте трех лет

она сломала бедро. Во время этого происшествия дома с ней находился только дед. На третьем гипнотическом сеансе, был задан вопрос: на что похожа ее тревожность. Пациентка описала ее как большой черный кегельный шар. Затем женщину спросили о местонахождении этого шара, на что она ответила "В районе паха". Потом ее спросили, что должно случиться с шаром, и тогда она объяснила, что черный кегельный шар хотел бы очутиться в красном фургоне. На вопрос: "Может ли кегельный шар закатиться в фургон?" - она ответила: "Да". Затем представила, как черный шар запрыгнул в маленький красный фургон и поехал вниз по ухабистой дороге, проходящей по краю обрыва, Фургон перевернулся, и кегельный шар свалился с обрыва. Пациентка описала, как кегельный шар упал на дно глубокой пропасти и разбился на мелкие кусочки. На следующий день женщина поведала, что она впервые занималась сексом с мужем, не испытывая при этом чувства тревоги. Пациентка припомнила множество счастливых моментов из своего детства, когда брат катал ее в красном фургоне, и она полагала, что проблема как-то связана с красным фургоном. У нее не было никаких мыслей о том, что может означать черный шар.

Сорокалетняя женщина обратилась к нам за лечением, жалуясь на тяжкую социальную изоляцию и вызванную этим депрессию. После нескольких сеансов стало ясно, что доминирующим чувством пациентки является гнев. Она признала, что сама не хотела бы дружить с человеком, столь же подверженным постоянному гневу, как она сама. Во время транса женщину попросили представить, как выглядит ее гнев. "Как нож в моем сердце". Что бы этот нож хотел сделать? Она ответила: "Нож хотел отрезать пальцы". Может ли нож отрезать пальцы? Пациентка ответила: "Да". Затем, без каких бы то ни было указаний терапевта, она представила руку (безотносительно к какому бы то ни было лицу или телу) и отрезала от нее пальцы. Прodelав это, она улыбнулась и произнесла: "Теперь они больше не смогут меня тронуть". Это было ее первое откровение о сексуальном насилии, которому она подверглась в детском возрасте. Для нее использование метафорических визуальных образов явилось также началом терапевтического улучшения.

Сорокалетний мужчина пришел на лечение. Он казался почти полностью похожим на пациентку, о которой речь шла чуть выше. Жаловался, что у него нет друзей по работе и опыта близких семейных взаимоотношений, за исключением короткого брака, окончившегося четыре года назад. Мужчина описал самого себя как очень злобного человека. Во время сеанса гипноза его попросили представить свой гнев. Он обрисовал его как большой вулкан, из которого струей бьет лава разного состава. На вопрос "Где находится вулкан" он ответил: "В самой середине моего сердца". Чего бы хотел этот вулкан? Облить лавой всех вокруг. Может ли расплавленная лава залить всех? Нет, потому что. Как выглядит его вина? Он описал, что это большая емкость с грязной водой, что-то наподобие баллона. Затем его спросили, где находится вода, и тот ответил, что у него в животе. Терапевт спросил, может ли этот вулкан залить своей горячей лавой грязную воду, и пациент ответил: "Нет". Тогда терапевт задал вопрос: "Может ли этот большой объем грязной воды переместиться к вулкану?". Пациент улыбнулся и сказал: "Да". Затем он представил образ большого, как планета, баллона с водой, который заливает вулкан и гасит его. Опыт повторялся три раза на сеансах с гипнотерапевтом и ежедневно в течение месяца во время сеансов самогипноза. Пациент отметил значительное уменьшение чувства гнева и стал способен к продвижению вперед в установлении здоровых социальных отношений.

Некая пятидесятипятилетняя женщина лечилась у нас в течение шести месяцев. Она рассказывала о своем несчастливом детстве и пыталась решить некоторые проблемы, связанные с ее родителями, а также обсуждала свои проблемы с работой и социальными взаимоотношениями. Пациентке были необходимы сеансы гипноза еще и для преодоления боли, возникшей в результате автомобильной аварии. После некоторых успехов в лечении дальнейший процесс зашел в тупик, и пациентка начала чувствовать стыд по поводу отсутствия своего продвижения вперед. Когда она находилась в состоянии транса, ей был задан вопрос: "Как выглядит эта преграда?" Она представила большой дуб. Где он находится? В ее голове, он всем мешает. Что могло бы произойти и чего бы хотел этот большой дуб? Он чувствует стыд, потому что всем мешает. Затем женщину попросили представить, как выглядит ее собственный стыд, и она увидела неясный предмет в своей правой руке. На следующем сеансе пациентка смогла представить, что объект, находящийся в ее правой руке, это топор. В течение следующих трех недель она использовала этот топор, чтобы изрубить большой дуб в мелкие кусочки. За месяц терапия очень быстро продвинулась вперед.

Структурированные метафорические образы

Как мы уже упоминали ранее, пациентам должна быть предоставлена возможность создавать свои собственные образы. Подобные образы имеют личную значимость для них, хотя мы не всегда осознаем ее, да и они сами тоже. Иногда мы используем в работе некоторые структурированные образы и стараемся допускать как можно больше неясности и неопределенности, чтобы предоставить каждому пациенту свободу для заполнения пустот своими собственными деталями и образами.

Обычно мы начинаем с формального введения, в котором просим пациентов перенестись в своем воображении в любимое место или отправиться туда, где, по их словам, они хотели бы побывать. Мы даем пациентам разрешение не оставаться в этом месте в течение всего транса, но, собственно, само указание отправиться туда является структурированным переживанием. В отличие от большинства других гипнотерапевтов, с которыми встречались или о которых читали, мы не указываем пациентам конкретного места, как, например, пляж, и даже не спрашиваем их преждевременно о том, куда они бы хотели отправиться. Для этого существует две причины. Первая из них: если мы будем знать, куда направляется пациент, это может легко привести к смешению переживаний. Допустим, известно, что пациент мысленно собирается на пляж. Если я только что вернулся с Ямайки, могу начать описывать ее пляжи с белым песком и чистой зеленой водой. Но пациент, возможно, отправился на пляж в Атлантик-сити, где нет белых пляжей и чистой воды с 1952 года. Таким образом, мои слова не будут звучать в унисон с ощущениями пациента. Вторая причина: когда пациенты входят в транс и избавляются от сознательного контроля, они часто отправляются в места, которые никогда бы не представили себе вне транса. Часто пациенты оказываются в доме своих дедушек и бабушек, или еще в каком-нибудь месте, где не были лет тридцать. Выбор места посещения сам по себе может навести на некоторые терапевтические предположения.

Время от времени мы говорим своим пациентам что-нибудь вроде: "В вашем бессознательном существуют все виды деталей и инструментов. Там есть циферблаты, выключатели, рычаги, кнопки, экраны всех видов. Если вам нужно что-нибудь увеличить или включить, или наоборот, уменьшить или выключить, все это есть в вашем бессознательном, в вашем внутреннем воображении; вы можете только удивляться, насколько эти запасы могут оказаться полезными для вас."

Точно так же, используя следующий образ можно помочь пациентам достичь увеличения контроля над своими эмоциями, ощущениями или физической болью:

"В задней части вашего мозга находится огромная диспетчерская, наподобие той, которую вы могли видеть на атомной электростанции, к примеру, в фильме "Китайский синдром". В этой диспетчерской расположено много панелей с датчиками, выключателями, рычагами и кнопками. Пожалуйста, кивните головой, когда создадите образ диспетчерской в своем воображении. Хорошо. Теперь я хочу предложить вам найти конкретный датчик, выключатель или кнопку, ответственные за ваши гневные чувства. Кивните головой, когда сделаете это." (Затем можно дать пациенту указание применить этот образ, чтобы преобразовать чувство, о котором идет речь.)

Терапевтические истории как метафоры

Истории представляют собой часть жизни каждого пациента. Фактически все культуры используют истории, чтобы распространять знания и передавать традиции, моральные ценности и законы. Поскольку экзистенциальная терапия действует лучшим образом, когда находится в гармонии с внутренним миром пациента, она придерживается мнения, что рассказывание историй должно играть важную роль в экзистенциальной гипнотерапии.

В гипнотерапии применение метафорических историй дает множество преимуществ. Во-первых, метафоры являются источником как визуальных, так и слуховых данных. Если история рассказана хорошо, пациент, находящийся в трансе, создает визуальные образы, вызванные этой историей. Детали рассказа должны оставаться в какой-то степени туманными, так, чтобы визуальные образы были продуктом личной системы представлений пациента. Другими словами, образ вызывается рассказом, но не диктуется им. Все преимущества применения визуальных образов, ранее обсуждавшиеся в этой главе, также относятся и к использованию их при рассказывании историй. Кроме того, истории несут в себе терапевтический язык, который пациент слышит от терапевта.

Второе преимущество историй заключается в том, что метафорические истории могут применяться как косвенные формы общения, имеющего терапевтические преимущества (уже обсуждавшиеся в других работах (Кинг и др., 1983; Цитренбаум и др., 1985)). Кратко изложим главное преимущество. Симптомы, с которыми пациенты приходят на терапию, чтобы избавиться от них, всегда имеют для них личностный смысл (смотри главу 6). Пациенты часто продолжают получать вторичную выгоду, связанную с ними. К примеру, сигареты, которые курит пациент, могут "связывать" его с умершим родителем, курившим тот же сорт табака, или же физическая болезнь может помочь пациенту избегать определенной ответственности. Таким образом, пациенты часто сопротивляются любым изменениям, которых они сознательно так жаждут. Каждому терапевту известно, что лечение большинства пациентов напоминает боксерский поединок: когда начинается сеанс, одеваются перчатки. Однако, если вы можете лечить (хотя, казалось бы, не делаете этого), например, рассказываете как бы случайную историю о своем друге, у пациента исчезает причина сопротивляться. После рассказанной истории терапевт практически никогда не слышит высказываний типа "Да, но ...".

Много раз нам задавали вопрос: "Проявляют ли когда-нибудь пациенты недовольство тем, что вы занимаете их время своими историями?" Никогда. Пациентам нравится, что вы принимаете их за людей, с которыми можно поделиться чем-то лич-

ным. Полагаем, что пациенты интуитивно понимают: эти истории содержат направляемые им послания.

Третье преимущество историй как гипнотерапевтического метода состоит в том, что большинству пациентов действительно нравится слушать истории. Терапевтические истории, содержащие косвенные или скрытые терапевтические послания, оказывают наибольшее влияние на пациентов, поскольку минуют сознательный анализ, сознательное и бессознательное сопротивление. Однако, когда значение истории вполне очевидно, рассказанная история может оказаться довольно мощной терапией, по сравнению с прямым повторением пациенту "тех же самых старых вещей тем же самым образом". Филипп Баркер (Barker, 1985, стр. VII) указывает, что "прямое обучение законам и принципам поведения часто встречает сопротивление со стороны обучаемого, потому что такие послания чересчур прямые, чересчур личные, чересчур шокирующие или нередко слишком сложные для понимания". Хорошая терапевтическая метафора подобна дзэнскому коану: она не просматривается, и вы не можете включить свое линейно-логическое мышление, чтобы понять это послание. Метафора становится формой экзистенциального обучения.

Гипноз и рассказывание историй

Общение с пациентами посредством метафорических историй оказывается эффективным, даже когда вы не осуществляете формального наведения транса. До того, как приступить к гипнотерапии, мы несколько раз рассказываем истории. Это не означает, что пациент не находится в состоянии транса, когда слушает рассказ. Хорошо рассказанная история сама по себе является гипнотическим наведением. Она представляет собой тип неформального или "малого гипноза", который мы обсуждали в начале нашей книги. Однако в основном мы предпочитаем давать метафору после того, как пациент загипнотизирован. Существует три причины, по которым транс увеличивает терапевтическую ценность истории. Первая: концентрированное внимание в состоянии транса повышает продуцирование всех чувственных переживаний и особенно визуальных образов. Существуют люди, имеющие трудности с восприятием визуальных образов, но они могут воспринимать образы после того, как их загипнотизируют. Второе. Субъект в трансе - менее критически настроенный слушатель, не очень беспокоящийся по поводу пропусков, неясностей, нарушений последовательности изложения, сделанных в истории с терапевтической целью. Другому слушателю неуместными они могли бы показаться.

Третья, очень важная и ценная особенность транса заключается в том, что процесс гипноза может служить хорошим предлогом для того, чтобы рассказать историю. Мы часто говорим нашим пациентам примерно следующее: "Теперь, когда вы достигли транса, важно только то, что делает ваше бессознательное. Неважно, что я буду говорить. Это "гипнотический говор". Мне нужно находиться в контакте с вами. Особенно я люблю поговорить о ..." Затем мы рассказываем одну-две метафорические истории. Термин "гипнотический говор" для нас на самом деле ничего не значит, но большинству пациентов кажется, что они уже слышали его раньше, и поэтому считают вполне уместным, и, следовательно, у нас появляется предлог говорить о чем угодно.

Элементы терапевтических историй

В историях, которые мы сочиняем для наших пациентов, присутствуют два основных элемента. Во-первых, многие из наших историй предлагают решения, стратегии или новые образцы поведения для наших пациентов. Все они выражены словами рассказа и образами, создаваемыми пациентами. Таким образом, пациент "воспринимает" послание, но часто сознательно не понимает, что оно исходит от терапевта. Ценность такого процесса заключается в том, что пациент может приписать позитивное изменение самому себе, а это очень эффективно. Припомним метафоры освобождения, которые мы обсуждали в главе 3. Часто пациенты после того, как слышали эти истории, говорили сами себе: "Почему бы не освободиться" или "Освободись". Затем они рассказывали нам, как у них появилась возможность изменить привычку или паттерн поведения. Конечно, мы никогда не напоминали им об истории, которая, собственно, и вложила эту идею в их умы.

Второй элемент многих наших историй - обращение к внутренним ресурсам пациента для решения собственных проблем. В некоторых историях не передана никакая конкретная стратегия изменения и не указаны новые паттерны. Но метафорически мы предполагаем, что некоторое неустановленное решение вполне доступно. Когда мы впервые научились этой стратегии, то восприняли ее скептически. С тех пор мы не раз имели возможность убедиться, что эта техника работает. Трудно объяснить, благодаря чему это происходит, но только известно: она работает. Обычно мы используем рассказ о ком-то старом и мудром или о ком-нибудь, кто обладает авторитетом. Это нужно, чтобы представить ту часть пациента, которая может решить его собственные проблемы. В течение множества лет мы наблюдали целый ряд пациентов, демонстрировавших замечательное улучшение после прослушивания одной из таких историй. Это улучшение нельзя объяснить ничем иным, кроме предположения, что все эти истории стимулировали внутренние личные ресурсы.

Примеры терапевтических историй

В целом ряде книг обсуждается вопрос о том, как создавать истории, и предлагаются сотни их примеров (см. Розен, <Rosen> 1982; Ланктон и Ланктон, <Lankton & Lankton> 1983; Баркер, 1985; Беттельхейм, <Bettelheim> 1977; Гордон, <Gordon> 1978; Уоллис, <Wallis> 1985; Зейг, 1980с).

Мы приведем лишь несколько примеров, потому что считаем: очень важно, чтобы каждый терапевт научился, как нужно строить истории, отражающие диалектические взаимоотношения пациента с терапевтом, индивидуальные в каждом отдельном случае. Мы консультировали слишком много профессионалов, стремившихся полагаться на имеющиеся у них в запасе истории, которые они почерпнули из учебников. После представления этих примеров мы коротко обсудим несколько принципов создания историй для экзистенциально ориентированного гипнотерапевта.

Двадцатидевятилетний мужчина афро-американского происхождения был направлен к нам из местной больницы, где проходил обследование по поводу тяжелой головной боли. Никаких физических отклонений у него обнаружено не было. На первом приеме мужчина рассказал, что для него сильнейшим стрессом в жизни является сексуальная дисфункция. Он был импотентом в большинстве случаев, когда пытался заняться сексом, или страдал преждевременной эякуляцией в тех нескольких случаях, когда не был им. Мужчина рассказал, что сексуальные проблемы возникли два года назад, сразу же после смерти его грудного ребенка. Через год после смерти ребенка он развелся с женой. Будучи одиноким, регулярно имел свидания с женщинами, но из-за своей проблемы страдал от смущения и стресса. Головная боль началась у него при-

мерно, когда он развелся, и постепенно все более усиливалась. Во время второго сеанса терапевт сказал, что может помочь пациенту, но добавил, что в течение двух недель, пока тот не научится гипнозу и самогипнозу, они не будут работать над этим. На первом гипнотическом сеансе, когда пациент находился в состоянии транса, терапевт рассказал ему следующую историю:

"Знаешь, в такой замечательный денек, как сегодня, я люблю сплавляться на надувной лодке по горной реке Югиагене в национальном парке Охиопайл. Я не знаю, известно ли тебе что-нибудь об этой реке, но я совсем недавно узнал кое-что очень интересное. Десять лет назад река была дикой и неосвоенной, полностью находилась во власти стихии. Много раз, когда весной вода мчалась слишком быстро, люди вроде меня не могли сплавиться по ней. Большую же часть времени (почти всю вторую половину лета), вода стояла слишком низко, и люди тоже не могли сплавляться. Тогда они решили выстроить дамбу, чтобы контролировать реку. Они отправились за 10 миль к северу от городка Конфлюэнс. Так как земля была там каменистой, пришлось вызвать искусного инженера из округа Вашингтон. Он осмотрелся вокруг и в конце концов выяснил, что надо делать. Очень скоро инженер выстроил дамбу, и теперь вода *стоит достаточно высоко и течет достаточно медленно*, так что нам *всегда можно поразвлекаться на реке*".

После этой истории терапевт сменил тему разговора и сделал то, что обычно делается на первом сеансе. На следующей неделе пациент рассказал, что имел два разных сексуальных контакта, и оба они оказались вполне удовлетворительными. Мужчина был удивлен таким поворотом событий и спросил терапевта, есть ли у него какие-нибудь соображения по поводу его выздоровления. Терапевт ответил: "Нет, я не знаю, но к чему спрашивать, если все и так идет хорошо". Мужчина не стал продолжать лечение, но вернулся примерно через год с другой проблемой, связанной с его работой. На этом более позднем сеансе пациент рассказал, что был вполне удовлетворен своей сексуальной жизнью весь год и упомянул, что обручен. Позже он стал отцом двух детей и прислал их фотографии терапевту на Рождество. Пациент, вероятно, догадался, что терапевт помог ему решить сексуальную проблему, но как именно - он не знал. Честно говоря, терапевт и сам не до конца это понимает.

Вы должны были заметить, что все элементы истории связаны каким-то образом с проблемой пациента. Инженер отправился на север (т. е. в направлении от гениталий к голове или мозгу)¹, где каменистая земля, так что соорудить дамбу было трудным делом, пришлось вызвать искусного инженера (метафора для бессознательного, для внутренних ресурсов пациента); а выражения "стоит достаточно высоко", "течет достаточно медленно" и "всегда можно поразвлекаться" содержат психосексуальные встроенные внушения.

Следующие две истории или их вариации мы применяли к самым разным пациентам, которые отмечали, что эти истории стимулируют очень интересные и ясные визуальные образы, вероятно, помогающие им в решении проблем.

"Знаешь ли, (имя пациента), я только что услышал интересную историю про Китай. Один больной пришел к мудрецу и сказал: "Я не знаю, что мне делать. Я чувствую, как будто одна собака ухватила меня за одну ногу и тащит на восток, а другая собака - за другую ногу тянет на запад. О мудрец, что же мне делать?" Мудрец посмотрел на него и ответил: "Накорми этих собак, если не хочешь, чтобы они тебя разорвали!"

¹ В разговорном американском языке выражение "направление на север" часто заменяется словом "вверх" - Прим. переводчика.

Я только что вернулся с запада США, где посетил один современный зоопарк, в котором у меня состоялся интересный разговор со старой служительницей зоопарка. Она рассказала, что до того, как был построен этот современный зоопарк, когда еще использовались традиционные клетки, у нее было любимое животное, чья клетка была слишком мала для него. Животное весь день ходило по клетке взад-вперед - пятнадцать ярдов от одной стороны к другой. Кроме того, служитель был недобросовестным, он время от времени бил его кнутом. Когда животное попадало в ту часть клетки, у которой обычно стоял этот служитель, оно вздрагивало, даже если служителя там не было. Старая женщина рассказала, что служитель вылетел с работы. Когда был построен новый зоопарк, ее животному первому была предоставлена естественная среда обитания. Она никогда не забудет день, когда с помощью большого крана, который пришлось вызвать из Сент-Луиса, клетка была перенесена на новое место. Рабочий отсоединил пол клетки и поспешно убежал за ров с водой, таща за собой приставную лестницу. Затем кран поднял клетку наверх. Животное осмотрелось, прошло 15 ярдов влево, остановилось там, где раньше были прутья, повернулось и прошло 15 ярдов вправо. В тот день животное ходило вправо-влево, вздрагивая каждый раз, когда подходило к тому месту, где прежде стоял тот недобросовестный служитель".

Какого животного вы представляли, читая эту историю? Мы специально использовали слово "животное", чтобы слушатель мог представить любого зверя, соответствующего его собственной личной реальности.

Следующая история может оказаться особенно полезна, если пациент жалуется на телесную "зажатость"¹ или же когда чувствует, что не может развязать узел жизненных проблем. Допустим, нашу пациентку зовут "Джейн".

"Джейн, несколько месяцев назад я встретился со своей старой подругой по имени Джоан. Мы говорили с ней о многом, а затем Джоан поведала мне интересную историю. Она вспомнила, как много лет назад, будучи еще маленькой девочкой, отправилась со своими родителями на прогулку в гавань, и симпатичный старый капитан буксира подарил ей кусок веревки. Он сказал, что эта веревка пропутешествовала с ним через семь морей, и предложил ей взять ее домой поиграть. Джоан играла со своей новой игрушкой весь день. Она развлекалась, размахивая веревкой в воздухе и щелкая, как кнутом, но вдруг нечаянно опрокинула какую-то вещь. Тогда один из ее родителей накричал на девочку, завязал веревку тугими узлами и выбросил за дверь, приказав отнести туда, где она ее взяла. Джоан печально брела по улице со своей игрушкой, которая теперь вся состояла из тугих узлов, а потом присела возле соседки, старой леди, которая много раз ходила в море. Вскоре Джоан заметила, что, разговаривая с ней, соседка *развязала первый узел, Джейн* и вернула канат Джоан. Соседка посоветовала поиграть с этой веревкой на улице, побольше узнать об узле и, вспомнив все, что было увидено *развязать следующий узел*. Итак, Джоан было предложено играть с веревкой побольше, учиться, как можно забавляться безопасно. Тогда она сможет *развязать следующий узел, Джейн*. Потом соседка посоветовала Джоан взять веревку домой, но первое время быть осторожной и научиться тому, где и когда можно играть с веревкой дома, и тогда она сможет *развязать следующий узел*. Итак, Джоан было сказано, что скоро на веревке будут развязаны все узлы и она будет играть с веревкой еще долго, в разных местах и сможет получить *массу радости, Джейн*. Затем симпатичная соседка наклонилась к Джоан и прошептала на ухо важный секрет. Джоан ушла и, поиграв немного с веревкой и припомнив все, что слышала и видела, она смогла *развязать следующий*

¹ В оригинале употреблено слово "knot", имеющее значение "узел" - Прим. переводчика.

узел. Девочка еще чуть-чуть поиграла с веревкой и *развязала следующий узел*. Потом забрала веревку домой и стала внимательно учиться, где и в каких случаях можно играть с ней, после чего удалось *развязать еще один узел*. Вскоре все узлы на веревке были развязаны. Джоан много играла с канатом и получала от этого *массу радости, Джейн*. Когда моя подруга рассказала эту историю, мне стало довольно любопытно, и я спросил, что за секрет открыла ей симпатичная старая леди. Джоан просто посмотрела на меня и улыбнулась: "Чарли, это же секрет. Я не могу сказать тебе, но спорю, что так или иначе он тебе известен". Ну, может быть, я и знаю его, а может, и ты тоже".

Эта история передала внушение Джейн развязывать узлы, находящиеся внутри себя. Обратите внимание, что имя подруги в рассказе начинается с той же самой буквы, что и имя пациентки. Также обратите внимание, что запечатленные в рассказе внушения - "развязать первый узел, Джейн", "получила массу радости, Джейн" - используют имя пациентки для действующего лица рассказа. В этом нет логического смысла, но удивительно, что пациенты никогда не замечают ошибки, когда применяются встроенные внушения вроде этого. В вышеприведенной терапевтической истории для решения проблем использована стратегия привлечения собственных бессознательных ресурсов (соседка рассказывает Джейн *секрет*).

Создание метафорических историй

Многие люди, писавшие о терапевтических метафорах, например, Ланктон и Ланктон (1983), превращают сравнительно легкий и приносящий удовольствие метод в трудное задание, предъявляя множество технических требований для создания подобных историй. Некоторые наиболее простые рассказы, наподобие истории о двух собаках, дают самые лучшие результаты. У нас есть три предложения, которые могут помочь вам научиться самим создавать истории. Первое и, вероятно, наиболее важное: помните, что сила воздействия терапевтической истории возрастает благодаря использованию в ней символов или метафор, принадлежащих пациенту. Внимательно слушайте во время первого приема, как пациент выражает самого себя. Обращайте внимание на то, что происходит в его жизни, включая интересы и хобби. Человеку, который любит бейсбол, но не интересуется садоводством, не надо рассказывать историй о цветущих садах, так как это будет ему не интересно. Если пациента беспокоят кожные проблемы или аллергии (даже если он и не сообщает об этом), придумайте рассказ о ком-нибудь, кто влез в чужую кожу и что с ним произошло. Если ваш пациент страдает от головной боли, включите в вашу историю что-нибудь о "головной боли" героя. Или же если у пациента гастроэнтерологические проблемы, используйте в рассказе выражения типа "проглотил обиду", "переварил информацию", "я не могу этого усвоить". Вероятнее всего, пациент с гастроэнтерологическими симптомами сам пользуется подобными метафорами. Старайтесь подходить к историям творчески, так, чтобы не было слишком явным, о чем вы на самом деле говорите пациенту.

Второе. Терапевт может для создания истории применять свой собственный образ, с которым у него ассоциируется данный пациент. После того, как пациент выйдет из вашего кабинета в первый раз, закройте глаза и заметьте, какой образ всплывет у вас перед глазами. Он может оказаться интересной основой сюжета. Если пациент ассоциируется у вас со скулящим щенком, включите щенка в вашу историю.

Третье. Смотрите веселей и не беспокойтесь, что пациент может увидеть скрытый смысл вашей истории. Если это случится, вы потеряете ценность косвенного об-

щения. Тем не менее, пациент все-таки может разглядеть в вашей истории параллель со своими проблемами: никакого вреда терапии от этого не будет.

8. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАВИСИМОСТИ

Для того чтобы дать читателю представление о некоторых взглядах экзистенциально ориентированных специалистов на конкретный диагностический ярлык и связанное с ним поведение пациента, в эту книгу включено детальное обсуждение некоторого диагностического понятия. Мы обратились к более детальному рассмотрению ярлыка "зависимость" по причинам, которые будут обсуждаться в конце следующего параграфа. Однако общие приводимые положения применимы к большинству типов поведения и ярлыков, с которыми имеет дело каждый терапевт.

Теория

В 70-х годах и большей части 80-х американцы рассматривали проблему зависимостей и их лечения в целом односторонне. Алкоголиков и наркоманов лечили с помощью 28-дневной стационарной детоксикации с последующей амбулаторной консультацией по одной из так называемых 12-шаговых программ. Гипнотерапия использовалась для лечения очень редко. Две современные тенденции изменили это положение. Первая - концепция "зависимого поведения", постепенно расширявшаяся до включения в нее всех типов злоупотреблений, в том числе и злоупотреблений едой, сигаретами, взаимоотношениями, сексом и даже бегом трусцой. Вторая тенденция заключается в том, что чрезвычайно высокая плата за лечение в стационаре в сочетании с весьма умеренным его успехом вынудила страховые компании требовать применения альтернативных форм лечения, наиболее распространенной из которых является амбулаторная психотерапия с дипломированными практиками. Многие клиницисты используют гипноз как часть лечебной программы, потому что некоторые клиенты рассматривают гипноз как притягательную альтернативу "разговорной психотерапии". Мы включили в нашу книгу специальную главу, посвященную данной клинической проблеме, отчасти потому, что это новая и быстро растущая группа пациентов для гипнотерапевтов, но также и потому, что новая, более широкая концепция "зависимости" поднимает особенно интересные, с точки зрения экзистенциально ориентированного клинициста, терапевтические и клинические проблемы.

Некоторое время тому назад мы проводили тренинговый семинар для профессионалов, работающих со взрослыми детьми алкоголиков. В конце нашей работы мы подверглись критике со стороны двух женщин, участниц семинара, обвинивших нас в профессиональной небрежности из-за того, что в перерывах между занятиями всем участникам была предоставлена возможность перекусить. Женщины чувствовали себя зависимыми от еды и занимались по программе анонимных обжор, которая требует полного отказа от еды между регулярными приемами пищи. Они сетовали на то, что мы как специалисты в области зависимостей обладаем недостаточными знаниями. Из-за того, что пища была легко доступна, им приходилось в перерывах между занятиями уходить в туалет и дюжину раз повторять там "Молитву о душевном покое", чтобы об-

рести силы отказаться от еды. Многие месяцы после этого инцидента мы не могли успокоиться, но не столько из-за обвинений этих женщин, сколько из-за нашего нежелания принять их всерьез. Мы всегда считали себя людьми, не лишенными сострадания, стремящимися серьезно выслушать любого, кто испытывает боль, даже если человек и не симпатичен нам. В конце концов, однажды, в очередной раз обсуждая этот инцидент, нам стало понятно, что причина, по которой эти женщины были не восприняты всерьез, заключалась в том, что те ни разу не попросили нас отнестись к ним серьезно; скорее, они требовали, чтобы мы всерьез отнеслись к навешанному ими на себя ярлыку "зависимых от пищи".

Ярлыки, навешиваемые кем-то или самим собой - проблема номер один в обычной принимаемой модели зависимости. Слишком многие тяготеют к тому, чтобы сделать ярлык своим полным определением: "я алкоголик", "я взрослый ребенок алкоголиков", "я зависимый". В особенности это оказывается верным для людей, которые участвуют в 12-шаговой программе выздоровления. Обычно на своих встречах они представляются следующим образом: "Привет! Меня зовут Марк. Я алкоголик". Или: "Привет! Меня зовут Джоан. Я страдаю зависимостью". Марк вполне может быть алкоголиком, но в то же время он может оказаться профессором колледжа, мужем, отцом, умелым рыбаком и так далее, а Джоан, страдающая зависимостью, также может быть женой, медсестрой, заботливой матерью или чемпионкой по игре в кегли. К несчастью, ярлыки типа "Я страдаю от зависимости" или "Я алкоголик" повторяются день ото дня, от встречи к встрече и становятся для человека наиболее значимым определением самого себя. Навешивание ярлыков превратилось в проблему, потому что любое из таких определений - это не только сужение и ограничение представлений, но также и патология. Ярлыки превращают людей в предметы. Предмет в точности соответствует тому, что обозначает его ярлык, он никогда не может измениться. Карандаш - всегда карандаш. Он может быть острым или тупым, с резинкой или без нее; может использоваться по назначению или просто лежать на столе - но всегда останется карандашом. А вот быть человеком означает быть разным в различной обстановке. Люди и окружающий их мир взаимообусловлены¹. Мы можем быть учителями только тогда, когда взаимодействуем с людьми, желающими стать учениками. В другое время можно быть учениками, которые помогают учителю оказаться в положении, обуславливающим нас как учеников. Когда люди присваивают себе снова и снова один и тот же ярлык, они ограничивают свою жизнь до существования в качестве вещи, и в этом смысле подобная ситуация патологична.

Третья проблема в отношении навешивания ярлыков заключается в том, что все они характеризуют в лучшем случае лишь какие-то общие категории. Существует много различных видов рака, и у двух больных раком могут оказаться совершенно разные симптомы и прогноз течения заболевания. Подобно этому, два ребенка, выросшие в семьях алкоголиков, имеют существенно различный жизненный опыт. В одной семье родитель-алкоголик может быть очень жестоким и непредсказуемо деструктивным, тогда как в другой - родитель-алкоголик лишь слегка нарушает здоровое функционирование семьи. Навешивая ярлык "ребенок алкоголика" всем детям, выросшим в семье алкоголиков, и приписывая им общие характерные черты, игнорируя индивидуальные различия, можно прийти к неверным выводам. Нередко дети алкоголиков чертами своей личности оказываются более похожими на людей, выросших в нормальных семьях, чем на других взрослых детей алкоголиков. Многие клиницисты не замечают таких реальных фактов вследствие своей "зависимости" от ярлыков и иллюзорных представлений, что людей можно понять, объединив в общие категории.

¹ См. главу 1, где приведено более детальное обсуждение проблемы взаимообусловленности человека и окружающего его мира.

Очень соблазнительно, хотя и опасно - упрощать сложные феномены, прикрепляя к ним объясняющие ярлыки. В политике мы часто выбираем никудышных лидеров, потому что стремимся обозначить политические позиции как "либеральные" или "консервативные", а затем голосуем за конкретных людей, обосновывая свой выбор тем или иным ярлыком. Подобным образом психотерапевты и другие целители часто неправильно лечат многих пациентов, применяя стандартное лечение, соответствующее подходящему, по их мнению, ярлыку, и поэтому терпят *неудачу* в лечении реального человека с присущими ему индивидуальными потребностями. Фактически, ярлыки являются причиной нашего непонимания людей в такой же мере, в какой помогают понять, что же происходит. Как сказал Зигмунд Фрейд (Freud, 1963, стр. 87), "Мы знаем, что первым шагом на пути к интеллектуальному познанию мира является открытие общих правил и законов, которые упорядочивают хаос. Такими мысленными операциями мы упрощаем мир. Но, делая это, не можем избежать ложного истолкования его, в особенности потому, что имеем дело с процессам развития и изменения". Или, как писал экзистенциальный романист Герман Гессе (Hesse, 1974, стр. 94), "ясность и истина - слова, которые мы часто слышим рядом, как будто они означают одно и то же. Но истина редко бывает ясной, и еще реже ясность оказывается истинной. Истина почти всегда сложна, неясна и неопределенна - каждое "ясное" утверждение искажает ее".

Другая проблема, связанная с навешиванием ярлыков заключается в том, что для человека с экзистенциальной ориентацией *бытие* всегда *означает бытие, направленное в будущее*. Когда мы навешиваем ярлык - кому-либо или себе - он препятствует переменам. Карл Роджерс (Rogers, 1947) продемонстрировал эту истину в своем исследовании, посвященном "Я-концепции": как только "Я-концепция" сформирована, она начинает сопротивляться изменениям, даже если те ведут к улучшению ситуации. Розенхан в своей классической работе (Rosenhan, 1973) установил то же самое в отношении диагностических ярлыков. Применительно к зависимостям эта проблема особенно актуальна, потому что базовая модель, используемая в 12-шаговой программе, включает в себя положение: "Однажды сформированная зависимость навсегда остается зависимостью". В наши дни выздоравливающие алкоголики, занимающиеся по программе "Анонимных алкоголиков", уверены, что и через 15 лет они все еще будут алкоголиками, даже если не выпьют больше ни рюмки, и окажутся в серьезной опасности, стоит им только выпить. Вдумайтесь, какое отрицание личностной силы человека вытекает из положения, что и через 15 лет одна рюмка может навредить вам! Нам кажется, что окончательное выздоровление должно приводить к открытию человеком в себе личностной силы: но как раз на этом 12-шаговая модель и обрывается. Фактически, 12-шаговая модель не более чем первый шаг на пути позитивного продвижения вперед к будущей личностной силе и духовному обогащению. Мы полагаем, что людям необходимо быть свободными *для* чего-то, а не *от* чего-то. Настоящая экзистенциальная модель зависимости требует иного понимания алкоголизма и других процессов зависимости, при котором ярлыки ассоциировались бы с необходимостью перемен. Таким образом, конечные цели экзистенциальной терапии - личностная сила и свободный выбор - должны всегда приниматься во внимание.

Такие социологи как Лемерт (Lemert, 1951), Гоффман (Goffman, 1961) и Бекер (Becker, 1963) уже давно осознали губительные последствия процесса навешивания ярлыков. Например, они писали, что человек может идентифицироваться с девиантным ярлыком ("наркоман" или "отброс общества") и употреблять наркотики все больше и больше, чтобы справиться с низкой самооценкой, чувством вины и возрастающей тревогой, обусловленными этими ярлыками. Ситуация еще более ухудшается вследствие антипатичной реакции общества на негативные ярлыки. Это лишь усиливает низкую самооценку и чувство тревожности зависимого человека, поддерживая его потреб-

ность употреблять наркотики, чтобы справиться с этими чувствами, и укрепляя уверенность в том, что он является своим только среди других страдающих от зависимости. Точно так же преступники обнаруживают, что им очень тяжело избавиться от своего криминального прошлого только потому, что общественное неприятие их ярлыка мешает им получить хорошую законную работу, и они вовлекаются в преступную деятельность еще глубже - просто чтобы как-то выжить. Очевидно, что применение девизных ярлыков часто снижает возможности человека найти место в жизни, где бы он смог проявить необходимую ответственность и, соответственно, увеличить свою личностную силу.

Другая важная проблема обсуждаемой модели зависимости заключается в том, что ее широкое распространение ограничивает определенное поведение людей и тем самым превращает их в детей. В главе 1 мы цитировали песню Вила Нельсона "Черная роза": "Первый раз меня толкнул на это дьявол, а потом я сделал это сам". С экзистенциальной точки зрения, такая модель представляется более здоровой, чем нынешняя модель зависимости, утверждающая, что "первый раз я сделал это сам (хотя на меня, конечно, повлияли друзья, реклама и т. д.), но после чего я стал зависимым". Признание своей ответственности за саморазрушительное поведение скорее приведет к переменам, чем бессилие первого шага программы Анонимных Алкоголиков¹. Позвольте четко и определенно заявить следующее. Мы понимаем, что некоторые люди не желают или не могут принять решения отстаивать собственную личностную силу. Несомненно, для них будет лучше признать свое бессилие и осознать глубину социального падения, к которому это ведет. Мы признаем, что применяемая в настоящее время модель лечения зависимостей для многих людей является очень полезным, а для некоторых, возможно, единственным стилем лечения. Но необходимо принять во внимание (1), что существуют альтернативные модели, которые для *некоторых* людей работают лучше; и что (2) традиционная модель зависимости, как бы хороша она ни была, имеет побочные негативные эффекты, особенно эффект признания пациентом собственного бессилия.

Понятно, что многие используют ярлык "зависимости", чтобы позволить себе уйти от личной ответственности. Как отмечалось в главе 1, одна из основных целей экзистенциальной психотерапии - приведение пациента к психологическому пониманию личной ответственности. Проще говоря, терапия заканчивается тогда, когда пациенты осознают себя добровольными участниками, а не жертвами ситуации, и стремятся мобилизовать свою личностную силу для изменения собственной жизни.

Сущность представлений об отсутствии личной ответственности за свое поведение можно продемонстрировать на широко распространенном положении о зависимости от никотина, якобы формирующей привычку к курению. Этому положению придерживаются многие врачи-профессионалы, несмотря на то, что существует большое количество специальной литературы, указывающей на корреляцию между уверенностью пациента в собственной зависимости от курения и трудностями, которые он испытывает, бросая курить (Гриц, <Gritz> 1980). Тем не менее, остается фактом, что десятки миллионов людей бросили курить довольно легко, причем большинство из них не обращались при этом за профессиональной врачебной помощью. Множество заядлых курильщиц бросили курить в тот день, когда узнали, что ждут ребенка, и смогли воздерживаться от курения в течение всей беременности и кормления, если даже и вернулись к нему позже. Никакая теория никотиновой зависимости не может объяснить этого факта. Миллионы приверженцев ортодоксальной религии, утверждающих, что не могут прожить и двух часов без сигареты, совершенно добровольно бросают курить на все

¹ Девиз первого шага программы Анонимных Алкоголиков (Alcoholics Anonymous, 1976, стр. 59): "Мы признаем, что были бессильны перед алкоголем. Это привело к тому, что наша жизнь стала неуправляемой".

время поста. Курение и некурение могут быть лучше поняты с позиций экзистенциальных концепций смысла и выбора, чем в свете объяснения никотиновой зависимостью.

Детальный разбор связи между зависимостью и курением находится за пределами этой книги, однако один пример мог бы пояснить данную проблему. Во введении к докладу "Курение и здоровье: доклад главного врача" <Smoking and Health: A Report of the Surgeon General> департамента Соединенных Штатов по здоровью, образованию и благосостоянию (1976) официально утверждается, что курение - это зависимость. Главный врач приводит три факта из литературы, которые, по его мнению, подтверждают правильность подобного заключения. Один из них - это ряд проведенных опросов, когда людей спрашивали, хотели ли бы они бросить курить? В каждом опроснике было получено 95-99% положительных ответов. Из чего главный врач заключил: если курильщики хотят бросить курить и не бросают, значит, они зависимы. Недостаток этого вывода состоит в том, что ни в одном вопроснике не был задан вопрос: "Вы действительно хотите бросить курить?". Вопрос задавался так: "Хотели бы вы бросить курить, если бы это было легко?" Нас всегда интересовало, каков был бы ответ на вопрос: "Не хотели бы вы бросить курить, если бы это было трудно, но вы все равно могли бы это сделать?" Мы предполагаем, что гораздо меньше людей ответили бы положительно.

В работе с пациентами важно установить, что означают слова "хотеть" и "пытаться". Действительно ли они *хотят* сделать это очень сильно и будут ли *пытаться*, даже если будет трудно, или же это просто слова, бросаемые на ветер. Прошлым вечером мы хотели почтить Платона и Сократа, но так устали, что стали смотреть телевизор. Не являемся ли мы зависимыми от телевизора только потому, что хотели заняться чем-то другим, но стали смотреть ящик? Опросы, подобные вышеупомянутому, много говорят об американском народе, но совсем немного о зависимости или никотине. В "Сиддхартхе" (1951) Герман Гессе пишет: "Вы можете делать то, что хотите, если готовы думать, ждать и поститься". Первые два из этих положений самоочевидны. Думать - использовать свой ум, ждать - иметь терпение. Это важные составляющие достижения личного успеха. Полагаем, что третье указание - поститься - означает быть дисциплинированным и стремиться работать над тем, что трудно сделать. Клиентов необходимо научить пониманию того, что достижение успеха заключается в стремлении добиваться желаемого и в совершении усердной работы для его достижения. Необходимо развить в себе эти качества. Если бы было достаточно просто захотеть успеха, каждый стал бы победителем. Не раз пациенты, которых мы знали, выбирали поведение, которое оказывалось либо глупым, либо ленивым. Чтобы добиться изменений, необходимо было признаться себе в этом. Позволить им думать, что такое поведение вызвано зависимостью, вопреки собственному желанию, явилось бы непродуктивным для их роста и изменения. Как это ни парадоксально, модель зависимости часто делает то же самое, что и наркотики - отнимает у людей свободу.

Современная, широко распространенная и, на наш взгляд, эксцентричная модель зависимости, включает в себя в качестве составных частей такие виды поведения, как секс и еда, и даже бег трусцой попадает в эту категорию. Все виды деятельности смешиваются в ней в общую кучу под названием "поведенческих наркотиков". Из простого факта, что ваш доктор рекомендовал вам перестать заниматься бегом трусцой, так как счел его вредным для ваших коленей, и вы сделали несколько попыток последовать его совету, но в действительности продолжали бегать, потому что чувствовали себя хорошо или потому что ваши друзья занимались тем же, делается вывод, что ваше поведение в основном подпадает под критерии зависимости, определенные DSM-III-R (Американская психиатрическая ассоциация, 1987). Вот яркий пример того, к каким экстравагантным результатам приводит подобное увлечение классифицированием.

В специальной литературе существует два основных направления, которые пытаются объяснить так называемые зависимости. Они не только отвергают личностную силу людей, но даже просто отказывают людям в их человеческой сущности. Первое из этих направлений - принцип, утверждающий, что личностное или межличностное деструктивное поведение вырастает из низкой "Я-концепции", сформированной в результате несчастливого опыта раннего детства (наиболее популярные в литературе виды такого поведения - синдромы созависимости и взрослого ребенка алкоголика). Второе направление утверждает, что подобное поведение закрепляется благодаря физиологическим реакциям - высвобождением норэпинефрина или эндорфина во время определенных действий. Это положение редуцирует людей до совокупности дисфункциональных физиологических реакций. В нашей частной практике мы сталкивались со множеством курильщиков, но ни разу не встретили никого, кто валился бы с ног от дефицита никотина. В большинстве случаев люди просто хотят курить. Действительно верно, что *иногда некоторые* люди просыпаются рано утром с намерением взбодрить себя порцией никотина: такова для них личная значимость утренней сигареты. Однако несколькими часами позже, устав от работы, они захотят расслабиться и тогда закурят "расслабляющую" сигарету. В этот момент курильщик практически никогда не думает о принятии стимулятора (никотина), так как представления большинства людей о никотине противоречат расслаблению. Сведение сложного человеческого поведения - курения, еды, сексуальности - к простым физиологическим потребностям и реакциям, противоречит самым основополагающим принципам экзистенциальной философии и психологии, особенно в той части, где затрагивается концепция личного выбора и ответственности. Важной проблемой, связанной с применением модели зависимостей для лечения всех этих различных отклонений в поведении, является то, что сейчас существуют целые профессиональные группы людей, обычно не имеющие опыта психодинамики и лечения пациентов со сложными личностными и межличностными проблемами, но на деле занимающиеся таким лечением. Тот факт, что человек является сертифицированным консультантом по зависимостям и имеет кое-какой опыт в применении 12-шаговой модели лечения наркотической и алкогольной зависимости, еще не значит (поскольку внебрачным связям присвоен ярлык "сексуально зависимого поведения"), что он имеет достаточную квалификацию, чтобы давать консультации по поводу брака, в котором один из партнеров имеет внебрачные связи.

Каждый, кто работал в области зависимостей, знает "Молитву о душевном покое", написанную Рейнхольдом Нейбуром:

"Боже, дай мне душевный покой, чтобы принять то, что я не могу изменить,
Смелость, чтобы изменить то, что могу,
И мудрость, чтобы отличить одно от другого".

Эта молитва начинает и венчает практически каждую встречу участников программы "12 шагов" и действительно предлагает кое-какую полезную мудрость, по крайней мере, в теории. Однако на практике большинство людей обращает внимание только на первую строку и разрешает себе принять множество тех вещей, которые, возможно, им принимать ни к чему. В пример можно привести женщин, которые вместо того, чтобы спокойно отказаться от еды, предлагаемой на наших семинарах, и не испытывать негативных чувств по этому поводу, бежали в туалет и многократно повторяли молитву. Вот что случается с людьми, если концепция зависимости блокирует "мудрость, чтобы отличить одно от другого". Как мы попытались объяснить в главе 1, то, что вы считаете истинным, действительно становится истиной. Если вы считаете "зависимым", то обычно думаете: будет очень сложно остановиться. Следовательно, эта

трудность, по всей вероятности, будет существовать для вас. Людям, считающим себя зависимыми от никотина, труднее решиться бросить курить, а если они все-таки попытаются это сделать, у них возникнут тяжелые возвратные симптомы (Гриц, 1980). Фактически, лучшее предсказание тяжести проявления возвратных симптомов можно сделать, основываясь на представлениях конкретного человека о том, какими должны быть эти возвратные симптомы. Нам хотелось бы переписать "Молитву о душевном покое" следующим образом:

"Боже, дай мне душевный покой, чтобы принять то, что я не могу изменить,
СМЕЛОСТЬ, ЧТОБЫ ИЗМЕНИТЬ ТО, ЧТО МОГУ,
И мудрость, чтобы отличить одно от другого.

Надеемся, что применение обсуждаемых в нашей книге теорий и методов приведет к тому, что психотерапия будет давать людям понимание: они *могут* изменить многое в своей жизни, и даже в какой-то степени - поведение других людей, реагируя на него иным образом.

Мы знаем, что классификация патологий имеет определенное значение. Она позволяет профессионалам ориентироваться в некоторых сложных феноменах, с которыми приходится сталкиваться, и также служит путеводителем для проведения лечения лучшим образом. Классификация может оказаться полезной в качестве языка общения между профессионалами. Классификационное значение концепции зависимостей также имеет определенную ценность. Миллионы жизней были спасены благодаря существующей сейчас модели зависимости и последующему лечению, включающему 12-шаговые программы, такие как Анонимные Алкоголики. Хотя теоретически это не обязательно так, но на практике, *побочный эффект идеологии бессилия* (бессилия не перед химическим веществом, но перед собственной жизнью) распространился на большое количество людей, считающих себя зависимыми даже после отказа от своего патологического поведения. Мы считаем такой исход отнюдь не малой жертвой и, следовательно, настаиваем на использовании модели зависимости только в том случае, когда это абсолютно необходимо. Точно таким же образом из-за тяжелых побочных эффектов вы назначили бы пациенту химиотерапию, лишь убедившись, что у него именно тот вид рака, который требует подобного лечения.

Так называемая большая книга Доктора Боба и Билла У. (Анонимные Алкоголики, 1976) была написана в 1939 году. Практически не существует таких вещей, о которых мы не знали бы сегодня, в 90-х годах, больше, чем в 1939 году. Однако множество людей все еще обращается к первой книге А.А., как будто это Библия, не подлежащая ревизии. Может быть, 12-шаговая программа нуждается в 13-ом и 14-ом шаге, или, вероятно ее нужно выполнять в 8 шагов, 3 шага из которых отличаются от тех, которые делаются сейчас. Возможно, вообще не важно, каковы эти шаги. Блестящая идея, которая принесла А.А. такой успех, быть может, заключается просто в установлении ряда сосчитанных шагов, ведущих к успеху. Многие любят порядок, и поскольку им всегда необходимо знать, где они находятся и куда направляются в ходе лечения, числовая система имеет для них большой смысл. Необходимо проводить больше научных исследований 12-шаговой программы, при этом сохраняя уважение к анонимности участников (как и вообще с любой группой испытуемых). Правда, пациенты, участвующие в таких программах, враждебно относятся к идее собственного изучения. Очень многие гипнотерапевты сами пришли к выздоровлению тем же путем, и этим людям, вероятно, необходимо верить в то, что *их* путь выздоровления является *единственным*. Поэтому они не достаточно открыты для честного, непредвзятого и научного исследования альтернативы данной концепции. Нам хорошо известно доминирующее в области алкого-

лизма и наркомании представление о феномене утраты контроля над собой и связанная с этим концепция зависимости. Она подчеркивает физические переменные, - генетическое наследование, длительное изменение биохимии и нервных тканей и глубокие функциональные изменения. Подобные представления почти всегда приводят к выводу, что для однажды зависимого человека практически невозможно контролируемое использование определенного вещества. Мы предлагаем профессионалам, придерживающимся такой точки зрения, пошире открыть глаза. Десятки тысяч людей, диагностированных как зависимые, сейчас благополучно контролируют употребление веществ, от которых "зависели". Некоторые эксперты в области зависимостей отстаивают свою точку зрения, прибегая к термину "предзависимость". Все равно что говорить: катание на горных лыжах - предпереломное поведение. Для экзистенциалистов не существует трудностей в понимании этой проблемы. Если со временем для человека изменился смысл его поведения, связанного с приемом наркотиков, значит, у него сформировалось другое поведение. Поведение, которое было некогда разрушительным и казалось неконтролируемым, позднее может стать незначительным явлением в его жизни или даже полностью здоровым.

Хотелось бы еще раз напомнить, что большинство экзистенциальных положений, обсуждавшихся по отношению к зависимому поведению, вполне приложимо ко всем категориям клинической диагностики, а также к самой идее ярлыков в целом. Мы выбрали для обсуждения одну классификационную группу - так называемые зависимости - только для того, чтобы облегчить более детальную дискуссию на данную тему. Очевидно, что использование профессионалами ярлыков и категорий для поддержания своей иллюзии понимания пациента, нелегко совместить с экзистенциальной психологией.

Лечение

В экзистенциальной гипнотерапии при лечении зависимостей должны использоваться все положения и методы, обсуждавшиеся в других главах книги. Желаемым исходом для всех пациентов является ощущение возросшей личностной силы и ответственности. При таком исходе некоторые пациенты смогут удерживать себя под контролем, употребляя ранее опасное для них вещество, но некоторым придется принять решение - никогда впредь не употреблять его. Вероятно, для пациента будет безопаснее решиться на последний вариант, однако на усмотрение каждого пациента должны быть оставлены оценка своих потребностей и установление того, что нужно делать для их удовлетворения.

Глава 6, посвященная личностному смыслу симптомов, частично относится и к этим заболеваниям. Пациентам необходимо открыть для себя здоровые способы удовлетворения собственных потребностей. Для этого применимы и имеют важное значение все гипнотические методы, направленные на увеличение силы, включая якорение и визуализацию, а также методы управления чувством тревожности, обсуждавшиеся в главе 5. Мы стараемся не применять к нашим пациентам концепцию зависимостей. Концепция - это не вещь в себе; а путь понимания феномена. Для многих людей, принадлежащих нашей культуре концепция зависимостей представляет особенно тяжелый психологический груз. Например, большинство людей считает, что все зависимости сопровождаются тяжелыми возвратными симптомами. Ожидание является всегда важным фактором успеха в лечении, и мы направляем пациентам следующее послание: изменение пройдет лучше и легче, чем они ожидают. И гипнотические послания типа: *когда* пациенты изменят свое поведение, *тогда* они испытают чувство силы, которое

сделает их переживания более легкими и полезными, чем они предполагали. Иногда мы действительно обыгрываем слово "зависимость", особенно если обнаруживаем, что этот ярлык применяется пациентами для отказа от личной ответственности за нездоровое и бесконтрольное поведение. Вот пример подобного обыгрывания термина "зависимость" во время гипнотического сеанса, проводимого в целях оказания помощи одной женщине-курильщице, в начале лечения говорившей о своей зависимости от сигарет и о том, как трудно бросить курить:

"Джен, раньше ты говорила, что у тебя существует зависимость от сигарет, и поэтому тебе будет очень трудно бросить курить. Я не очень хорошо понял, что ты имела в виду. Насколько я знаю, зависимость - довольно запутанная штука. Ты говорила, что тебе будет трудно бросить курить, потому что каждый раз прежде, когда пыталась это сделать, тебя охватывало беспокойство. Насколько мне известно, каждый раз когда кто-нибудь перестает делать что-нибудь (что делал в течение долгого времени), он обычно испытывает беспокойство. Например, один мой друг каждый день, вставая бегал в 5 часов утра, но как-то раз не смог бегать целую неделю. Он рассказал мне, что каждый день в течение всей недели около 5 часов утра чувствовал такое сильное беспокойство, что пришел к выводу: у него возникла зависимость от бега. Я лично наблюдал, какие разные сложные штуки случались со всякими зависимостями, даже с зависимостью от героина. Припоминаю, что когда я работал с людьми, употребляющими героин, довольно часто случалось вот что: если пациент думал, что во время детоксикации количество прописанного ему метадона чересчур снижено, у него начинались физические возвратные симптомы, даже когда количество метадона не снижали вообще. Стало очевидно, что во всем этом присутствует психологический аспект, и мы решили при проведении данной программы просто не говорить пациентам, когда будет уменьшаться доза метадона, и, как оказалось, это помогало избежать серьезных возвратных явлений. Я припоминаю случай с одним человеком, вышедшим из тюрьмы после двадцатилетнего пребывания в ней. Хотя, находясь за решеткой, он и употреблял время от времени небольшие контрабандные партии героина, но, конечно же, ни в коей степени не мог быть физически зависим от героина. Однако, когда на пациент вернулся и вышел на угол улицы, где раньше обычно покупал и принимал наркотики, у него начались возвратные явления. Его доставили в отделение реанимации, и доктор сказал, что он продемонстрировал все признаки и симптомы возвратных явлений, вызванных героином, хотя в действительности не употреблял вообще ничего. Все, что сделал этот человек, - просто вышел на угол улицы. Такого рода происшествия хорошо известны в среде потребителей героина, а также знакомы клиницистам, занимающихся их лечением. Теперь я знаю, что и с сигаретами или никотином дело может обстоять сложным образом. Например, хотя некоторые курильщики и испытывают трудности при отказе от сигарет, мы знаем людей, множество бросивших курить довольно легко, даже если и выкуривали по две-три пачки в день. Известно также, что я спрашивал женщин (таких же, как ты, Джен): бросят ли они курить, если жизни их детей будут зависеть от этого. Почти каждая из опрошенных утверждала, что при таких обстоятельствах обязательно бросит курить. А ты с такой любовью рассказывала о своих детях, что я готов побиться об заклад: ты можешь сказать то же самое, Джен. В общем, дело обстоит так: мы имеем дело с сильным психологическим аспектом курения, и, вероятно, именно поэтому такие вещи как гипноз оказываются очень полезными, Джен".

Вместо того, чтобы использовать слово "зависимость", мы употребляем выражения "нездоровая привычка", "дисфункциональная привычка" или "нездоровый паттерн поведения". Однако если пациент употребляет термин "зависимость" и привязан к не-

му, мы не стремимся сопротивляться или спорить с ним. Критерий эффективного общения гипноза - это не спор или борьба с пациентом, а использование реальности пациента для того, чтобы помочь ему достичь здорового состояния. На самом деле мы от случая к случаю даже поддерживаем "зависимых" курильщиков, употребляющих никотиновую жевательную резинку или никотиновый пластырь, или зависимых алкоголиков, использующих антабус как часть лечения. Опять-таки, мы предлагаем подобные стратегии лишь в тех случаях, когда пациент твердо уверен, что они будут ему полезны. Мы готовы петь тибетские песни пациенту, находящемуся в трансе, если тот будет считать, что это ему поможет.

Для более детального знакомства с гипнотическим подходом в лечении никотиновой зависимости и переедания (и отчасти) мы отсылаем читателя к нашей более ранней книге "Современный клинический гипноз при работе с вредными привычками" (Цитренбаум и др., 1985).

9. ЛЕС

У нас есть подруга по имени Тони, выросшая на ферме, расположенной на краю прекрасного леса из секвойи. Однажды Тони рассказала нам, как совсем еще ребенком она обнаружила тропинку, ведущую к прекрасному лугу, с которого открывался вид на озеро. Когда ей исполнилось лет пять, она стала ходить по этой тропинке каждый день. Первый раз она отправилась по тропинке со своим воображаемым другом, а позже брала с собой настоящих друзей. Когда она стала старше, то назначала там свидания, и даже рассказала нам о своем первом сексуальном опыте на этом лугу с видом на озеро. Позже, уже взрослой, Тони ходила туда иногда с другом, чтобы поговорить, иногда для того, чтобы почитать книгу, а иногда - просто помечтать. Она рассказывала не только о луге и озере, но и о пути к ним, обо всех цветах и дружелюбных зверюшках, которых встречала на своем пути.

Тони росла, и лес рос вместе с ней. Со временем тропинку завалили деревья, поваленные ураганом. Появились незнакомые животные, которые пугали Тони. Ходить по тропинке становилось все труднее и труднее, потому что теперь Тони спотыкалась о бугры и перелезала через упавшие деревья. Однажды она беззаботно бежала по своей тропинке и вдруг упала. Непонятно откуда на тропе очутился большой камень, а когда Тони поднялась, по ее ноге пробежал какой-то мелкий грызун. В страхе она отпрыгнула назад и угодила в колючий кустарник. В тот день, впервые за много лет, Тони выбежала из леса, даже не попытавшись дойти до своей полянки. На следующий день, когда она подошла к началу тропинки, ею овладели смешанные чувства: страх перед грызунами, шипами колючих кустарников и ямами на тропе, и вместе с тем ей хотелось дойти до заветного места. Тони стояла, замерев в нерешительности, и вдруг случилось невероятное: злобный уродливый леший выпрыгнул из кустов и произнес: "Позволь мне влезть к тебе на спину, и я прогоню всех грызунов и вырву все колючие кустарники на твоём пути". Она подумала, что не очень-то приятно будет тащить на спине лешего. Но так хотелось пойти по тропинке, а одной было страшно, поэтому Тони, и он тотчас запрыгнул ей на спину. Леший выполнил свое обещание. Прогнал всех вредных грызунов, но вместе с тем распугал и всех милых зверюшек. Он выдрал все колючие кусты, но вместе с ними уничтожил и мягкие, шелковистые растения, которые она так любила

гладить. И хотя Тони достигла своего любимого места, на душе у нее остался горький осадок. Прогулка оказалась не такой приятной, как раньше.

С этого дня каждый раз, как только Тони ступала на тропинку, навстречу выпрыгивал леший и просил: "Позволь мне вскарабкаться на твою спину". Она не могла найти другого решения, и всегда. И хотя становилось все более неприятно носить лешего, Тони продолжала делать это, потому что хотела бывать на своей поляне. Однажды в отчаянии она рассказала обо всем соседу, и тот сказал: "Я не могу тебе помочь, но никто не знает о лесах больше, чем леди Ягуар, которая живет где-то на другой стороне леса за двумя горами и тремя долинами". В один из дней Тони собрала ланч и впервые, вместо того, чтобы пойти по тропе, свернула и пошла вдоль края леса через две горы и три долины. Она шла до тех пор, пока не увидела старую леди, которая сгорбившись сидела, у огня и напевала странную песню. Спустя какое-то время леди Ягуар заметила Тони и спросила: "Что привело тебя сюда, дитя мое?" Тогда Тони поведала ей свою историю о тропинке в лесу, о полянке с видом на озеро и обо всем том, что она могла там делать. Она рассказывала ей о том, как заросла тропинка, как стали появляться на ней колючие кусты, бревна и грызуны, а потом - невероятную историю о лешем.

Леди Ягуар терпеливо слушала, и когда Тони закончила свой рассказ, проговорила: "Садись. У меня есть что сказать тебе, дитя мое. В лесу много дорог. Некоторые из них, возможно, ведут к твоему лугу, а некоторые в другие места. Эти пути так же хороши, а может быть, даже и лучше. Я знаю, лес может напугать, и догадываюсь, что ты можешь испытывать страх и тревогу при одной только мысли, что идешь неизвестной дорогой. Но смело смотри в лицо своему страху и иди вперед, в неизвестность, туда, куда стремится твоя душа. Помни: все, что встретится тебе на этом пути - и заросшая тропинка, и поваленные деревья, и колючие кусты, и... (да-да, и даже грызуны!) - все это подарки леса. Без них было бы слишком просто обрести желанную цель. Продолжая ходить безопасной дорогой, ты увидишь всего лишь одну поляну за всю свою жизнь, один и тот же давно знакомый клочок леса. А теперь отправляйся домой, и с этих пор смело иди вперед, глядя в лицо тревоге и пробуя разные пути. Некоторые из них вознаградят тебя, а некоторые - нет, но встретится много приятных неожиданностей, и ты вырастешь на этом пути как личность".

Тони спросила: "А как быть с лешим?" Леди Ягуар продолжила: "Дитя мое, в твоей жизни было много случаев, когда ты хотела что-то сделать и делала, и это получалось у тебя даже лучше, чем ты могла себе представить. Тогда ты чувствовала себя уверенной, компетентной, сильной, как бы на вершине мира, и казалось, что нет ничего, чего бы ты не могла сделать. Вспомни сейчас один из таких случаев проявления твоей личной силы, и в этот момент соедини большой и средний пальцы правой руки так, чтобы ты могла почувствовать силу встретившихся пальцев. В следующий раз, когда пойдешь в лес и встретишь лешего, посмотри ему прямо в глаза, повтори этот жест, вспомни о своей личной силе и скажи: "Нет!" Вели ему убраться прочь. Тебе придется сказать это таким тоном, чтобы он понял; ты не шутишь. Повтори это несколько раз, и в конце концов он уйдет: лешие всегда так делают".

Старая леди Ягуар опустила голову и вновь стала напевать свою странную песню. А Тони встала, пробормотала слова благодарности и пошла назад через три долины и две горы к себе домой. На следующий день она вышла к своему лесу и заметила тропинку, мимо которой проходила много раз, но никогда не сворачивала на нее. На этот раз Тони решила, что пойдет по ней, даже если будет нервничать. Едва она сделала шаг по тропе, выпрыгнул леший и сказал: "Позволь мне забраться к тебе на спину. Я буду отпугивать грызунов и расчищать тропинку для тебя". Тони вспомнила, что говорила леди Ягуар, сжала большой и указательный пальцы вместе, и оказалось, что этот жест напомнил ей о ее силе. Она посмотрела лешему в глаза и ответила "Нет!". "Прекрати, -

возмутился леший. - Позволь мне влезть на твою спину, я могу тебе пригодиться!" Но Тони снова посмотрела ему прямо в глаза: "Нет! Нет! Нет!" И тогда леший ушел. Тони испробовала новую тропинку, но она не очень ей понравилась - там не оказалось чистого местечка, чтобы присесть, и не было прекрасных цветов и мягкой травки. На следующий день она заметила еще одну тропку, которая казалась пугающе жуткой, так как спускалась по крутому склону холма. Когда Тони была уже в футе от начала тропинки, нервничая в ожидании неизвестности, опять появился леший и тотчас воскликнул: "Ну, хоть сегодня позволь мне забраться на твою спину, я помогу тебе спуститься с холма". Тони посмотрела ему в глаза, сложила вместе два пальца и со всей твердостью, на какую была способна, сказала: "Ни за что в жизни, никогда больше!" Леший покинул ее, и больше она никогда его не видела. С тех пор она разведала еще три или четыре тропинки, и каждый раз, когда находит новую, пробует и ее.

Вот и весь рассказ о нашей подруге Тони и ее лесе. Конечно, эта история не имеет никакого отношения к вам. В конце концов, Тони наша подруга, а не ваша, но с другой стороны...

ЛИТЕРАТУРА

Alcoholics Anonymous. (1976, June). New York: Alcoholics Anonymous World Services.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreas, C., & Andreas, S. (1987). *Change Your Mind and Keep the Change*. Moab, UT: Real People Press.

Bandler, R. (1985). *Using Your Brain for Change*. Moab, UT: Real People Press.

Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into Princes*. Moab, UT: Real People Press.

Barber, J. (1980). Hypnosis and the unhyponozitable. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 4-9.

Barcer, P. (1985). *Using Metaphors in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Bateson, M. C. (1991, November). *Composing a Life*. Paper presented at the 11th Annual Common Boundary Conference on Sacred Stories, Arlington, VA.

Becker, H.S. (1963). *Outsiders*. New York: The Free Press.

Bennet, D. (1989, May). *Human Consciousness as a Virtual Von Neumann Mashine*. Paper presented at the conference on Philosophy, Neurology and Artificial Intelligence, School of Medicine, University of Pittsburg.

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.

Bettelheim, B. (1977). *The Uses of Eshchanment*. New York: Vintage Books.

Booth, Fr. (1992, July). Keynote address, 11th Avenue Florida School of Addiction Studies, Tampa, FL.

Bradshaw, J. (1990). *Homecoming*. New York: Bantam.

Braid, J. (1843). *Neurophology: Or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism*. London. (Referenced in Pettinati, H. (Ed.). (1980). *Hypnosis and Memory* (Charter 5). New York: Guilford Press.).

Capaccione, L. (1991). *Recovery of Your Inner Child*. New York: Simon & Schuster.

Carpenter, A. E. (1900). *Plain Instructions in Hypnotism and Mesmerism*. Boston: Lee & Shepard/Rockwell & Churchill Press.

Citrenbaum, C., M., King, M. E., & Cohen, W. I. (1985). *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*. New York: W. W. Norton.

Diamond, M. J. (1984). It takes two to tango: Some thoughts on the neglected importanse of the hypnotist in an interactive hypnotherapeutic relationship. *American Jornal of Clinical and Experymental Hypnosis*, 27, 3-13.

Diamond, M. J. (1987) The interactional basis of hypnotic experience: In the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 95-115.

Diamond, S. & Beaumont, J. (1974). *Hemisphere Function in the Human Brain*. New York: Halsted Press/ John Wiley & Sons.

Erickson, M.H. (1966) THE interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Jornal of Clinical Hypnosis*,3,198-209.

- Erickson, M.H. (1980). *The Collected Papers of Milton H. Erickson* (4 vols) (E.L. Rossi, Ed.). New York: Irvingation.
- Erickson, M.H. (1983). *Healing in Hypnosis* (E.L. Rossi, M.O Ryan, & F.L. Sharp, Eds). New York: Irvingation.
- Erickson, M.H., & Rossi, E. (Eds). (1976a). *Hypnotic Realites*. New York: Irvingation.
- Erickson, M.H., & Rossi, E. (Eds). (1976b). Two-level communications and microdynamic of trance. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 153-171.
- Erickson, M.H. & Rossi, E. (1979). *Hypnoterapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvingation.
- Erickson, E.H. (1968). *Identiti: Youth and Crisis*. New York: W.W.Norton.
- Fagen, J., & Shepherd, I. (1970). *Gestalt Therapy Now*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Feinstein, D., & Krippner, S. (1998). *Personal Mythology*. New York: St. Martin's Press.
- Fischer, W. (1978). *Theories of Anxiety*. New York: Harper & Row.
- Fox, M. (1989, June). Original blessing, not original sin. *Psychology Today*, pp. 18-23.
- Freud, S. (1949). *Outline of Psychoanalysis*. New York: W.W.Norton.
- Freud, S. (1963). *Therapy and Technique*. New York: Macmillan.
- Fromm, E., & Kahn, S. (1990). *Self-Hypnosis: The Chicago Paradigm*. New York: Guilford Press.
- Gavitz, M. (1991). Early themes of hypnosis: A clinical perspective. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis*. New York: Guilford Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylums*. New York: Anchor Books.
- Goldenson, R.M. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry*. New York: Longman Press.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic Metaphors*. Palo Alto, CA: Meta Publications.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1981). *Trance-Formations*. Moab, UT: Real People Press.
- Gritz, E. (1980). *Smoking Behavior and Tabacco Abuse*. New York: JAI Press.
- Grove, D. (1989). Resolving Feelings of Anger, Guilt and Shame (a Seminar Handbook). Edwardsville, IL: David Grove Seminars.
- Haley J. (1984) *Ordeal Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hall, J.A. (1989). *Hyhnosis: a Jungian Perspective*. New York: Guilford Press.
- Hammond, D.H. (1988). Will the real Milton Erickson please stand up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 173-181.
- Harner, M. (1990). *The Way of the Shaman*. New York: Harper & Row.
- Heidigger, M. (1962). *Being and Time*. (J. Macquarrie & Robinson, Trans.) New York: Harper & Row. (Original work published 1926).
- Hesse, H. (1951). *Siddharta*. New York: New Directions.
- Hesse, H. (1974). *Reflections*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnosis Susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hillman, J. (1975). *Re-Visioning Psychology*. New York: Harper & Row.
- Hillman, J. & Ventura, M. (1992). *We've Had a Hundred Years of Theory and World's Getting Wise*. San Francisco: Harper & Row.

- Hogan, R. & Kirchner, J. (1967). Preliminary report of extinction of learned fear in short term implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 106-109.
- Hogan, R. & Kirchner, J. (1968). Implosive, eclectic, verbal and bibliotherapy in the treatment of fears of snakes. *Behavior Research and Therapy*, 6, 167-171.
- Homer (1967). *The Odyssey* (R. Lattimore, Trans.). New York: Harper & Row.
- Jung, C.G. (1964). Foreword. In D.T. Suzuki, *An Introduction to Zen Buddhism*. New York: Grove Weidenfeld.
- Keen, S. (1991, November). *Your Mythic Journey: Finding Meaning in Your Life*. Paper presented at the 11th Annual Common Boundary Conference on Sacred Stories, Arlington, VA.
- Keen, S. & Fox, A.V. (1973). *Telling Your Story: A Guide to Who You are and Who You Can Be*. New York: Doubleday.
- Kierkegaard, S. (1944). *The concept of Dread* (W. Lowrie, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1844)
- Kierkegaard, S. (1954). *Fear and Trembling and the Sickness unto Death*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1856)
- King, M.E., Novik, L., & Citrenbaum, C.M. (1983). *Irresistible Communication: Creative Skills for Health Professionals*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- King, V., Golden C.J., King, M., & Citrenbaum, C. (1989). *The Courage to Recover*. Littleton, MA: Copley Press.
- Kinsbourne, M., & Smith, W.L. (Eds.). (1974). *Hemispheric Disconnection and Cerebral Function*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kirmayer, L.J. (1988). Work magic and the rhetoric of common sense: Erickson's metaphors for mind. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 157-172.
- Kroger, W., & Fezler, W. (1976). *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*. Philadelphia: Lippincott.
- Kundera, M. (1981). *The Book of Laughter and Forgetting*. New York: Penguin Books.
- Lankton, S., & Lankton, C. (1983). *The Answer Within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, A. (1984). *In the Mind's Eye*. New York: Guilford Press.
- Lemmert, E., (1951). *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill.
- Maslow, A. (1971). *The Father Reaches of Human Nature*. New York: Viking Press.
- Mason, A.A. (1960). *Hypnosis for Medical and Dental Practitioners*. London; Camelot Press.
- May, R. (1969). *Love and Will*. New York: Dell.
- May, R. (1977). *The Meaning of Anxiety*. New York; W.W. Norton.
- May, R. (1981). *Freedom and Destiny* New York; W.W. Norton.
- May, R. (1989). *The Art of Counseling* (rev. ed.). New York: Gardner Press.
- Miller, A. (1984). *For Your Own Good: Hidden Cruelty in Child-Rearing and the Roots of Violence*. New York: Farrar, Straus & Grioux.
- Missildine, W. (1982). *Your Inner Child of the Past*. New York: Pocket Books. (Original work published 1963)

- Moss, C.S., Rikken, G., Coyne, L., & Bishop, W. (1965). Some correlates of the use or disuse of hypnosis by experienced psychologists-therapists. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 39-50.
- Nietzsche, F. (1954a). Twilight of idols. In *The Portable Nietzsche* (W. Kaufmann, Trans.). New York: Viking Press. (Original work published 1888)
- Nietzsche, F. (1954a). Thus spake Zarathustra. In *The Portable Nietzsche* (W. Kaufmann, Trans.). New York: Viking Press. (Original work published 1892)
- Nietzsche, F. (1984). *Human, All Too Human* (M. Faber, Trans.). Lincoln, NE: University of Nebraska Press. (Original work published 1876)
- Orne, M.J. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Peck, M.S. (1978). *The Road Less Traveled*. New York: Simon & Schuster.
- Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. New York: Bantam Books.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York: Julian Press.
- Quilley, D. (1989). *Alchemical Hypnotherapy*. Palo Alto, CA: Lost Coast Press.
- Rogers, C. (1947). The organization of personality. *American Psychologist*, 2, 358-369.
- Rosen, S. (1982). *My voice Will Go with You: Teaching Tales of Milton H. Erickson*. New York: W.W. Norton.
- Rosenthal, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rumelhart, D. (1989, May). *Parallel Distributed Processing in Cognitive Science*. Paper presented at the conference on Philosophy, Neurology and Artificial Intelligence, School of Medicine, University of Pittsburgh.
- Sartre, J.-P. (1962). *Nausea* (L. Alexander, Trans.). London: Oxford University Press. (Original work published 1938)
- Sartre, J.-P. (1966). *Being and Nothingness* (H. Barnes, Trans.). London: Oxford University Press. (Original work published 1956).
- Schefflin A., & Shapiro, J. (1989). *Trance on Trail*. New York: Guilford Press.
- Seltzer, L.F. (1986). *Paradoxical Strategies in Psychotherapy: A Comprehensive Overview and Guidebook*. New York: John Wiley & Sons.
- Shah, I. (1971). *The Pleasantries of the Incredible Mulla Nasrudin*. New York: E.P. Dutton.
- Shah, I. (1972). *The Exploits of the Incredible Mulla Nasrudin*. New York: E.P. Dutton.
- Shah, I. (1973). *The Subtleties of the Incredible Mulla Nasrudin*. New York: E.P. Dutton.
- Shor, R.E. (1959). Hypnosis and the concept of the generalized reality orientation. *American Journal of Psychotherapy*, 13, 582-602.
- Shor, R.E., & Orne, M. (1962). *The Harvard Group scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Simkin, J. (1976). *Gestalt Therapy Mini-Lectures*. Millbrae, CA: Celestial Arts.
- Smith, M., Chu, J., & Edmonston, W. (1977). Cerebral lateralization of haptic perception. *Science*, 197, 689-690.
- Spanos, N. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S.J. Lynn. & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis*. New York: Guilford Press.

- Spiegel, H. (1974). *Manual for Hypnotic Induction Profile: Eye Roll Levitation Method*. New York: Soni Media.
- Spriger, S., & Deutsch, G. (1981). *Left Brain, Right Brain*. New York: W.H. Freeman.
- Stampfl, T., & Levis, D. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory based on psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 499-503.
- Suzuki, S. (1970). *Zen Mind, Beginner's Mind*. New York: Weatherhill Press.
- Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1976). *Smoking and Health: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Van Duzen, W. (1960). Existential analytic of psychotherapy. *American Journal of Psychoanalysis*, 20, 310-322.
- Wallis, L. (1985). *Stories for the Third Ear*. New York: W.W. Norton.
- Warnock, M. (1970). *Existentialism*. London: Oxford University Press.
- Watzlawick, P. (1984) *The Invented Reality*. New York: W.W. Norton.
- Watzlawick, P. (1985) Hypnotherapy without trance. In J.K. Zeig (Ed.) *Ericksonian Psychotherapy* (Vol. 1). New York: Brunner/Mazel.
- Wietzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scales, Form A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wright, M.E., & Wright, B.A. (1987). *Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Yapko, M.D. (1990). *Trancework: An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Zahourek, R. (1990). *Clinical Hypnosis and Therapeutic Suggestion in Patient Care*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K. (1980a). Symptom prescription and Ericksonian principles of hypnosis and psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 16-22.
- Zeig, J.K. (1980b). Symptom prescription techniques: Clinical applications using elements of communication. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 23-33.
- Zeig, J.K. (1980c) *A Teaching Seminar with Milton Erickson*. New York: Brunner/Mazel.

СОДЕРЖАНИЕ

Деталь и процесс в экзистенциальной гипнотерапии. *Предисловие Л.М. Кроля*

Предисловие авторов

1. ВВЕДЕНИЕ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМ

Экзистенциальная реальность

Гипноз

Концепция экзистенциализма

Взаимообусловленность, “Я-концепция” и навешивание ярлыков

Смысл тревожности

Свобода, ответственность и "Они"

Стремление к силе

Экзистенциальная неопределенность

2. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ГИПНОЗ

Представления пациентов о гипнозе

Гипноз и психотерапия

Гипнабельность

Внушаемость

Глубина транса

Как загипнотизировать

3. ОСВОБОДИСЬ И ПУТЕШЕСТВУЙ НАЛЕГКЕ

Подверженность бессилию

Освобождение от прошлого и “Я-концепция”

Гипнотические техники

Высвобождение и переосмысление прошлого опыта с помощью транса

Методы гельштальт-терапии

Телесность или осознание и усиление ощущений

Метод "пустого стула"

Упражнения в осознании себя "здесь и сейчас"

Мнимые похороны

Гипнотическая медитация

Встроенные внушения

Образность

Истории “освобождения”

4. СТРЕМЛЕНИЕ К СИЛЕ

Личная сила терапевта

Гипноз и самогипноз как инструменты для увеличения личной силы

Визуальные образы

Якорение силы

Самоякорение силы

"Садись в самолет и лети"

5. КОНТРОЛЬ НАД ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Экзистенциальная тревожность как объяснение клинических проблем

Самогипноз

Тревожные расстройства и фобии

Приступы паники

Субмодальности опыта

Нормальная тревога

6. ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ СИМПТОМОВ

Переопределение симптомов

Случай Салли

Случай Джен

Определение личностной значимости

7. МЕТАФОРЫ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Метафорические образы для обезболивания

Работа с чувствами, беспокоящими пациента

Структурированные метафорические образы

Терапевтические истории как метафоры

Гипноз и рассказывание историй

Элементы терапевтических историй

Примеры терапевтических историй

Создание метафорических историй

8. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАВИСИМОСТИ

Теория

Лечение

9. ЛЕС

Литература

Марк Кинг, Чарльз Цитренбаум

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

Перевод с английского

С.К. Паракецова

Научный редактор

М.Р. Гинзбург

Литературный редактор

А.Н. Печерская

Ответственный за выпуск

И.В. Теткина

Изд.. лиц. № 061747

М.: Независимая фирма “Класс”

ISBN 0-89862-344-8 (USA)

ISBN 5-86375-092-8 (РФ)