

**Текст взят с психологического сайта <http://psylib.myword.ru>**

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 3000 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт psylib.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 № 110-ФЗ, от 20.07.2004 № 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия.

НОВЕЙШАЯ  
ПСИХОЛОГИЯ



Г. С. КОЧАРЯН

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ  
НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО  
ПРОГРАММИРОВАНИЯ (НЛП)





**Г.С.Кочарян**

**Терапевтические техники  
невролингвистического  
программирования  
(НЛП)**

Киев  
Ника-Центр  
2002

ББК53.57с51+88.59

К75

УДК 615.851

Рекомендовано к изданию

Ученым советом Харьковской медицинской академии  
последипломного образования МЗ Украины

21.09.2001 г., протокол № 7

**Кочарян Г.С.**

К75    Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП) (Серия "Новейшая психология"; Вып. 8). — К.: НИКА-Центр, 2002. - 112 с.  
ISBN 966-521-146-3

В книге, написанной доктором медицинских наук, профессором кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины Кочаряном Гарником Суреновичем, представлены основные общие положения и терапевтические техники нового направления в психотерапии и психологии — нейролингвистического программирования (НЛП). Среди этих техник — разработанный автором "способ коррекции поведенческих программ" (СКПП). Одной из основных задач при написании данной работы было систематизированное изложение материала в максимально доступной для понимания форме. Использование изложенных в ней подходов и методик позволяет значительно повысить эффективность лечебного процесса.

Для психотерапевтов, психиатров, сексопатологов, психологов, студентов высших учебных заведений, в которых проводится подготовка врачей и психологов.

ISBN 966-521-146-3



9 789665 211464

НШ    Ш    Ш    П    Ш    ББК 53.57с51+88.59

© Г. С. Кочарян, 2002

## ВВЕДЕНИЕ

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — новое направление в психотерапии и психологии, возникшее в 70-х годах XX столетия. НЛП начиналось с сотрудничества двух американцев — Ричарда Бэндлера (R. Bandler) и Джона Гриндера (J. Grinder). Они вместе изучали работу трех выдающихся психотерапевтов: Фрица Перлза (F. Perls) — основоположника гештальт-терапии, Виржинии Сатир (V. Satir) — высокоэффективного семейного терапевта и Милтона Эриксона (M. Erickson) — всемирно известного гипнотерапевта. Бэндлер и Гриндер хотели определить паттерны, используемые ими, и передать их другим. В их задачу не входило создание новой школы психотерапии. Их не интересовали и теоретические построения. Областью их пристального внимания были модели успешной терапии, которые работали на практике и которым можно было научиться (Дж. О'Коннор и Д. Сеймор, 1997). Следует отметить, что Гриндер высказывался о Милтоне Эриксоне как о самой значительной модели, которую ему пришлось когда-либо строить.

Хотя названные психотерапевты, работа которых изучалась с целью моделирования, были сильно отличающимися друг от друга индивидуальностями, они все же использовали удивительно похожие основные паттерны.

В связи с созданием НЛП упоминают английского антрополога Грегори Бэйтсона (G. Bateson) — автора работ по коммуникации и теории систем. В сферу его научных интересов входили биология, кибернетика, антропология и психотерапия. Он известен как автор теории двойной связи при шизофрении. По мнению Джозефа О'Коннора и Джона Сеймора, его вклад в НЛП был чрез-

Джозефа О'Коннора и Джона Сеймора, его вклад в НЛП был чрезвычайно велик и глубок. Его работы, посвященные "экологии разума", со ссылкой на зоопсихологические данные формирования нестандартных "творческих" стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки, называют в числе источников НЛП.

В разделе по НЛП в психотерапевтической энциклопедии под редакцией Б. Д. Карвасарского (1998) приводится развернутое сообщение об этих источниках, к которым, помимо перечисленных выше, относят также современные данные о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информации правым и левым полушариями; трансформационную грамматику Хомского (Chomsky N.), выделяющую глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; исследования кибернетики 50—60-х гг., стирающие границы между искусственным и естественным интеллектом; теорию логических типов Рассела (Russel B.).

Бэндлер и Гриндер опубликовали свои первые открытия в четырех книгах, вышедших в 1975—77 годах: "Структура магии" 1 и 2 тт. и "Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона", 1 и 2 тт. (второй том был написан в соавторстве с Джудит Делозье).

Весной 1976 года Бэндлер и Гриндер поселились в бревенчатом домике высоко в горах неподалеку от Санта-Круза для того, чтобы осмыслить и обсудить проведенную ими работу. В конце 36-часового марафона "...они открыли бутылку красного калифорнийского вина и спросили сами себя: "Как это будет называться?" В результате получилось **Нейролингвистическое программирование** — громоздкое словосочетание, за которым скрываются три простые идеи. Часть **Нейро** отражает ту фундаментальную идею, что поведение берет начало в неврологических процессах видения, слушания, восприятия запаха, вкуса, прикосновения и ощущения. Мы воспринимаем мир через пять своих органов чувств, мы извлекаем "смысл" из информации и затем руководствуемся им. Наша неврология включает в себя не только невидимые мыслительные процессы, но и наши видимые физиологические реакции на идеи и события. Одно просто является отражением другого на физическом уровне. Тело и разум образуют неразделимое единство — человеческое существо.

**Лингвистическая**" часть названия показывает, что мы используем язык для того, чтобы упорядочивать наши мысли и по-

ведение и вступать в коммуникацию с другими людьми. **Программирование'** указывает нате способы, которыми мы организуем свои идеи и действия, чтобы получить результаты" (Дж. О'Коннор и Д. Сеймор, 1977, с. 19-20).

В 1977 году Джон и Ричард проводят серию весьма успешных публичных семинаров по всей Америке. С тех пор количество лиц, вовлеченных в практику НЛП, резко возрастает с каждым годом. Это замечание справедливо и в отношении работ по НЛП, которые публикуются во все возрастающем количестве.

Говоря о тех персоналиях, которые участвовали в развитии НЛП, нельзя не назвать Лесли Кэмерон-Бэндлер (L. Cameron-Bandler), Джудит Делозье (J. Delosier), Конниру Андреас (K. Andreas), Стива Андреаса (S. Andreas) и др.

Применяя принципы НЛП, можно детально описать любую человеческую активность, что позволяет легко и быстро производить глубокие и устойчивые ее изменения.

Джон Стивене в предисловии к известной книге Р. Бэндлера и Д. Гриндера "Из лягушек в принцы. Нейролингвистическое программирование", вышедшей в Сан-Франциско в 1979 г., приводит неполный перечень проблем и заболеваний, которые могут быть устранены с помощью НЛП. Это фобии, вредные привычки и пристрастия (курение, пьянство, переедание), бессонница, деструктивная интеракция (взаимодействие) в супружеских парах и семьях, соматические заболевания (и не только те, которые принято считать психосоматическими).

Важно отметить, что НЛП позволяет очень быстро ликвидировать различные нарушения. Так, например, от фобий можно избавиться меньше чем за час, а курение, пьянство, переедание преодолеть за несколько сеансов.

Кроме этого, НЛП может помочь труднообучаемым детям и взрослым преодолеть соответствующие ограничения. Его принципы могут быть использованы и для изучения людей, одаренных какими-либо выдающимися способностями, с целью определения их структуры. Знание этой структуры позволяет обучать "обычных" людей действовать гораздо более эффективно.

НЛП применяется в бизнесе и торговле. Недавно вышла книга, в которой приводятся рекомендации по использованию его возможностей для обольщения женщин мужчинами.

# Часть I

## ОСНОВНЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ НЛП

### Глава 1

#### ПРИСОЕДИНЕНИЕ

##### 1.1. ПОДСТРОЙКА ("ПРИСОЕДИНЕНИЕ") К ПАЦИЕНТУ

Любимыми афоризмами Милтона Эриксона были "Говорите с пациентом на одном языке" и "Присоединяйтесь к пациенту". Он уделял этому в своей работе большое внимание. В книге "Мой голос останется с вами" (1995) приводятся ряд интересных историй из его жизни, в том числе и тех, которые демонстрируют, как "подстройка" помогала ему в работе с больными с выраженной психической патологией. Приведем две таких истории.

В первой из них, которая называется "Наизнанку", М. Эриксон (1995, с. 194-195) сообщает:

"В Уорчестере у меня был больной, который всегда отвечал на приветствия. Если вы ему задавали вопрос, то он понимающе смотрел на вас. Он был очень кроток, сообразителен и спокоен. Он ходил в столовую, вовремя ложился спать, был дисциплинирован, ни на что не жаловался. Он говорил только "здравствуй-те" и "до свидания".

Я устал от попыток расспросить его. Мне нужна была история его жизни. А он самым очевидным образом находился вне пределов реальности. Мне не потребовалось много времени, чтобы понять, как можно проникнуть в его мир.

Однажды я подошел к нему и сказал: "Здравствуйте". Он ответил:



"Здравствуйте". Тогда я снял пиджак, вывернул его наизнанку и надел задом наперед. Потом я снял пиджак с него, вывернул его наизнанку, точно так же надел его на пациента задом наперед и сказал: "Расскажите мне о себе". Он рассказал мне свою историю. Присоединяйтесь к пациенту".

Сидней Розен — редактор-составитель этой книги, отмечает: "Эриксон символически вошел в "вывернутый" и "перевернутый" мир психотических переживаний, когда выворачивал наизнанку и надевал задом наперед свой пиджак. Таким образом он заставил пациента присоединиться к себе, воспользовавшись одним с ним "языком". Оказавшись вместе в одном и том же "изнаночном" и "вывернутом" мире, они могли говорить друг с другом. Тот факт, что пациент "всегда отвечал на приветствие", был хорошим признаком и подсказал Эриксону, что больной, скорее всего, будет подражать поведению психотерапевта" (М. Эриксон, 1995, с. 195).

Другая весьма поучительная история называется "Два Иисуса Христа". В ней М. Эриксон (1995, с. 197—198) сообщает следующее:

"У меня были два Иисуса Христа в одной палате. Они проводили целые дни, доказывая: "Я — Иисус Христос". Они досаждали всем, кому могли, своими утверждениями: "Я — настоящий Иисус Христос".

Итак, однажды я посадил Джона и Альберто на скамейку и сказал им: "Сидите здесь. А теперь пусть каждый из вас скажет мне, что он Иисус Христос. Так, хорошо. А теперь, Джон, я хочу, чтобы ты объяснил Альберто, что Иисусом Христом являешься ты, а не он. Альберто, а ты доказывай Джону, что настоящий Иисус Христос — это ты, а не он, понимаешь, ты, а не он".

Так я продержал их на скамейке весь день, и они все время препирались, доказывая один другому, что каждый является Иисусом Христом. Так прошел целый месяц и, наконец, Джон сказал: "Иисус Христос — это я, а этот сумасшедший Альберто говорит, что Иисус Христос — это он".

Я сказал ему: "Джон, но ведь ты знаешь, что говоришь то же самое, что и он. А он говорит то же самое, что и ты. Я думаю, что один из вас сошел с ума, потому что Иисус Христос может быть только один".

Джон обдумывал это целую неделю. И потом сказал: "Я говорю то же самое, что и этот сумасшедший дурак. Он ненормаль-

ный, а я говорю то же самое, что и он. Отсюда следует, что я тоже сошел с ума, а я не хочу быть сумасшедшим".

Я сказал: "Тогда я думаю, что тебе не надо быть Иисусом Христом. Ведь ты не хочешь быть сумасшедшим. Ты будешь работать в больничной библиотеке". Он работал там несколько дней, а потом подошел ко мне и сказал: "Здесь что-то здорово не так. В каждой книге на каждой странице написано мое имя". Он открыл книгу и показал мне: Джон Торнтон. На каждой странице он находил свое имя.

Я согласился с этим и показал ему, как на каждой странице можно прочитать Милтон Эриксон. Я попросил его помочь мне найти имена доктора Хью Кармайкла, Джима Глиттона, Дэйва Шакоу. Мы могли прочитать на этой странице практически любое имя, какое только приходило ему в голову.

Джон сказал: "Эти буквы относятся не к имени, они относятся вот к этому слову!"

"Правильно", сказал я.

Джон продолжал работать в библиотеке. Через полгода он был выписан домой без всяких признаков психоза".

Сидней Розен, комментируя эту историю, отмечает: "Эриксон не полагается на обычные методы убеждения. Вместо этого он ставит Джона в ситуации, в которых он сам может обнаружить ложность своих мыслей. Эриксон применяет технику "зеркального отражения" поведения пациента. В первом случае Эриксон устраивает так, что "зеркалом" для отражения бредовой идеи является другой пациент, страдающий той же бредовой идеей. Во втором случае Эриксон сам становится "зеркалом" и копирует поведение пациента, находя свое имя на странице книги (М. Эриксон, 1995, с. 198).

### **1.1.1. Вербализация сфер сенсорного опыта, вербальные ключи доступа и понятие о репрезентативной системе**

Как указывалось нами ранее, работа Милтона Эриксона была объектом пристального внимания создателей НЛП. Неудивительно, что при его использовании большое внимание уделяется различным вариантам подстройки к пациенту. Это является изначально необходимым условием для эффективной коррекционной работы и опирается на опыт, согласно которому различные люди думают по-разному, что соответствует трем основным сферам сенсорного опыта — **визуальной, аудиальной и кинестетической.**

Так, если человек что-то рассказывает, то он или генерирует визуальные образы, или говорит что-то самому себе, или испытывает кинестетические ощущения. При построении визуальных образов обычно используются такие слова, как смотреть, видеть, показывать, взгляд и т. п. Аудиальная система представлений оперирует такими словами, как слышать, звенеть, говорить и т. п. В тех случаях, когда речь идет о вербализации кинестетических ощущений, применяются такие слова, как взять, ощутить, тяжелый и т. п.

Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1993) указывают, что для **установления хорошего контакта с пациентом необходимо использовать те же самые процессуальные слова, что и он, т. е. те, которые относятся к той же сенсорной системе.** Аналогичным образом высказывается Л. Кэмерон-Бэндлер(1993), отмечая, что установление с человеком эффективной связи отчасти означает говорить с ним об одном и том же аспекте опыта.

Итак, люди по-разному репрезентируют мир и самих себя. Если какой-нибудь человек в основном репрезентирует мир посредством зрительных образов, то говорят, что его репрезентативная система является визуальной. Если же речь идет о преимущественно аудиальной или кинестетической репрезентации, то соответственно говорят об аудиальной или кинестетической репрезентативной системе. Таким образом, **репрезентативная система** человека характеризует то, в какой сенсорной системе в его мозге происходит кодирование информации.

Для того, чтобы иметь достаточно полное представление о словах и фразах, которые характеризуют различные системы репрезентации и которые следует использовать для вербального присоединения к пациенту, приведем их ниже (Д. О'Коннор, Д.Сеймор, 1997, с. 70-72).

## **ПРИМЕРЫ СЕНСОРНООПРЕДЕЛЕННЫХ СЛОВ И ВЫРАЖЕНИЙ**

### **ВИЗУАЛЬНЫЕ**

Смотреть, картина, фокус, воображение, прозрение, сцена, слепой, визуализировать, перспектива, блеснуть, отражать, прояснять, рассматривать, глаз, фокусировать, предвидеть, иллюзия, иллюстрировать, замечать, вид, взгляд, точка зрения, показывать, появиться, анонс, видеть, обзор, обозрение, зрение, зрелище, наблюдать, неясный, темный.

## АУДИАЛЬНЫЕ

Говорить, акцентировать, рифма, громкий, тон, резонировать, звук, монотонный, глухой, звонок, спрашивать, ударение, внятный, слышать, дискуссия, заявлять, делать замечание, слушать, звенеть, замолчать, неразговорчивый, вокальный, звучать, голос, говорит, тишина, диссонанс, созвучный, гармоничный, пронзительный, тихий, немой.

## КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ

Хватать, вручать, контактировать, толкать, тереть, жесткий, теплый, холодный, шершавый, взяться, сдавить, сжать, напрячься, осязаемый, ощутимый, напряжение, твердый, мягкий, нежный, зажимать, держать, задевать, сносить, тяжелый, гладкий.

## НЕЙТРАЛЬНЫЕ

Решать, думать, помнить, знать, медитировать, понимать, намереваться, осознавать, оценивать, решать, учить, мотивировать, изменять, сознательный, относиться.

## ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ

Душистый, ароматный, дымный, спертый, свежий, благоухающий, вонючий.

## ВКУСОВЫЕ

Кислый, соленый, сладкий, вкусный, сочный, привкус, горький.

## ВИЗУАЛЬНЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ

Я вижу, что вы имеете в виду.

Я внимательно рассматриваю эту идею.

Мы смотрим глаза в глаза.

Я имею смутное представление.

У него слепое пятно.

Покажите мне, что вы имеете в виду.

Вы посмотрите на это и рассмеетесь.

Это прольет немного света на существо вопроса.

Он смотрит на жизнь сквозь розовые очки.

Это прояснилось для меня.

Без тени сомнения.

Смотреть скептически.

Будущее выглядит светлым.  
Решение возникло перед его глазами.  
Приятное зрелище.

#### АУДИАЛЬНЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ

На той же длине волны.  
Жить в гармонии.  
Говорить на тарабарском языке.  
Пропускать мимо ушей.  
Звонить в колокол.  
Задавать тон.  
Слово за слово.  
Неслыханный.  
Ясно выраженный.  
Давать аудиенцию.  
Держать язык за зубами.  
Манера говорить громко и отчетливо.

#### КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ ВЫРАЖЕНИЯ

Я связался с вами. Я ухватил эту идею.  
Задержаться на секунду.  
Я своей печенкой чувствую это.  
Человек с холодным сердцем.  
Хладнокровный человек.  
Толстокожий.  
Руки чешутся.  
Пальцем не тронуть.  
Палец о палец не ударил.  
Твердое основание.  
Загореться желанием.  
Не хватать звезд с неба.  
Плавно регулировать.

#### ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ И ВКУСОВЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ

Чуять недоброе. Горькая пилюля. Вкус к хорошей жизни. Сладкий человек. Кислая мина.

Замечено (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993), что имеющие внебрачные отношения женатые люди рассказывают о своих супружеских отношениях в кинестетических терминах (устойчивый,

твердый, прочный), а о внебрачных — в визуальных: как они были привлечены тем, что увидели, как эти отношения более ярки, и т. п. Также обнаружено, что люди, участвующие в групповом сексе, и считающие себя "современными жизнелюбями», употребляют большое количество "вкусовых" слов. Так, они сравнивают себя с гурманами, ищущими разнообразия, а половой акт — с вкусной едой. Мысль о моногамии для них пресна и лишена вкуса.

При общении с человеком, однако, во-первых, речь не всегда идет о словесно оформленном ответе, а, во-вторых, бывают такие слова, которые не имеют прямого представительства в сенсорном опыте. Эти слова в приведенной выше классификации называются **нейтральными**. Они не специфицированы в отношении того, как представляется или выполняется процесс — в картинах, запахах, ощущениях или звуках. Напомним, что это могут быть такие слова, как: знать, думать, узнавать, понимать, интуитивный, доверчивый, прекрасный, уважительно, изменение, считать, помнить, полагать, верить (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993).

Каждое из таких слов может иметь для различных людей неодинаковое значение. Например, за словом удобно, относящимся к этой категории, могут стоять как какие-то изменения, происходящие внутри организма (кинестетическая система), так и определенные зрительные образы (предположим, человек видит себя в удобном положении в гамаке или на траве — визуальная система). У некоторых же лиц со словом удобно могут ассоциироваться такие слова, как журчание ручья или шум сосен (аудиальная система). Открытие доступа к значению слова удобно, т. е. к некоторым наборам образов, ощущений и звуков, которые и являются для каждого конкретного человека значением слова удобно, называется **процессом трансдеривационного поиска** (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993).

### **1.1.2. Язык движения глаз, глазные ключи доступа и понятие о ведущей и референтной системах**

При отсутствии вербальной коммуникации, а также в случае использования слов, не специфицированных в отношении сенсорных систем, для присоединения следует пользоваться другим языком — языком движения глаз. Он позволяет оценивать, в какой из этих систем представлений мыслит человек, т. е. дает ответ на вопрос, какую из трех основных репрезентативных систем (визу-

альную, кинестетическую, аудиальную) он использует. Этот язык очень информативен.

Ключи доступа для правой следующие (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993): глазные яблоки повернуты вверх и налево — визуальные образы воспоминания (эйдетические образы), вверх и направо — визуальные сконструированные образы, расфокусирование взгляда и его неподвижность — процесс визуального оценивания, глаза смотрят неподвижно — процесс визуального оценивания, глаза смотрят влево — аудиальные образы-воспоминания, вправо — аудиальные сконструированные образы, налево и вниз — внутреннее слушание, направо и вниз — кинестетические, вкусовые и обонятельные ощущения.

Когда человек смотрит вперед и при этом его взгляд расфокусирован (процесс визуального оценивания), то это может свидетельствовать о том, что где-то в пространстве он видит образы, которые проецирует на экран. Естественно, что у левой движения глаз будут иными.

Если говорить о "языке движения глаз" в плане правомочности приведенных трактовок по отношению к различным народам, то следует отметить, что существенные отличия были обнаружены лишь у басков, живущих в Пиренеях в Северной Испании. В Америке же, Европе (в том числе и Восточной), а также в Африке эти признаки работают. Это предположительно связывают с генетическими и другими причинами (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993).

В ряде случаев по развороту глазных яблок нелегко разграничить эйдетический зрительный образ от сконструированного. Это бывает тогда, когда тот образ, который человек видел ранее, воспроизводится вне контекста, соответствующего эйдетическому образу. Не всегда отмечается строгое соответствие приведенным выше закономерностям "языка движения глазных яблок" и для правой. Можно встретиться с людьми с самой необычной церебральной организацией, однако в любом случае для каждого отдельного человека она будет неизменной. Даже пациент, который смотрит прямо вверх и испытывает кинестетические ощущения, и прямо вниз, созерцая внутренние образы, будет в этом постоянен.

Направление движения глазных яблок человека могут изменяться даже при ответе на какой-то вопрос и оценке им какой-то ситуации.

Для того, чтобы все же иметь возможность оценивать происходящие процессы, следует знать не только о репрезентативной, но также о референтной и ведущей системах. **Ведущая система** используется для поиска определенной информации, **репрезентативная** — представляет собой то, что уже введено в сознание. С помощью **референтной системы** человек решает, является ли известная ему информация истинной или ложной. Для наглядности приведем следующий пример (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993, с. 30).

За помощью обратился мужчина, который страдает из-за своей ревности к жене. Он говорит: "Ну, вы знаете, я... (смотрит вправо вверх), я действительно... (смотрит вправо вниз) испытываю ревность и (смотрит налево вниз) я говорю себе, что это сумасшествие, ведь у меня нет на это никаких оснований, но чувство ревности все равно меня мучит".

Авторы проводят анализ этого материала и отмечают, что пациент начинает с визуальных образов. Он конструирует образ своей жены, которая занимается с кем-то мерзким, но приятным. Затем он испытывает те чувства, которые бы возникли у него, если бы он находился в той же комнате и непосредственно наблюдал происходящее. Обычно это все, что он осознает. Эти чувства называются "ревность" и представляют собой репрезентативную, в данном случае кинестетическую, систему.

Следовательно, ведущая система является визуальной, а репрезентативная — кинестетической. Однако имеется еще референтная аудиальная система: пациент слышит, что его чувства неадекватны. Таким образом, три различные системы используются тремя различными способами.

Приведенные сведения очень важны. Если психотерапевт знает о ведущей, репрезентативной и референтной системах больного, то он сможет построить свои сообщения таким образом, что пациент просто не будет иметь возможности сопротивляться. Так, например, если у него преобладает стратегия построения визуальных образов, на которую он реагирует чувствами, за которыми следует вербальный комментарий, то при приводимом построении фразы он будет вынужден подчиниться:

"Можете ли вы увидеть, что вы изменяетесь к лучшему? По мере того, как вы увидите себя в этом процессе, ощущаете ли вы уверенность в себе и говорите ли себе, что все идет на лад?" (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993).



Следует отметить, что совсем не обязательно системы, о которых мы говорили, отличаются представленностью по сенсорным сферам (визуальной, кинестетической и аудиальной). Иногда эти сферы могут и совпадать. Например, ведущая и репрезентативная системы могут быть визуальными.

Индивидуум, прежде всего, постигает мир в той репрезентативной системе, которая у него более всего развита. Если первичная (главная) репрезентативная система аудиальная, то мир постигается в звуках, если кинестетическая — в ощущениях, а если визуальная — в картинах. В ряде случаев люди представляют себе мир в запахах и вкусах. Хотя для каждого человека характерна своя репрезентативная система (например, визуальная), другие системы (например, аудиальная и кинестетическая) у него также играют роль в репрезентации окружающего мира и самого себя, однако их роль гораздо меньше.

### 1.1.3. НЛП-типология и другие ключи доступа

В литературе имеются данные об отличиях в одежде и внешней экспрессии визуалов, аудиалов и кинестетиков. Эти отличия связывают с особенностями их репрезентации мира, составной частью которой является репрезентация самого себя. В связи с этим возникает возможность разграничивать их не только по вербальным характеристикам и движениям глазных яблок, но также по другим ключам доступа. По сути, речь идет об общей НЛП-типологии.

М. Н. Гордеев (2001, с. 137—139) в связи с этим отмечает, что "... **визуал** одевается так, чтобы его было заметно. Либо это одежда, соответствующая строгим классическим канонам, либо, наоборот, что-то пестрое, невообразимое, что привлекает внимание окружающих. При этом он может много жестикулировать. Жесты чаще острые, угловатые, быстрые, подчеркивающие его речь. При разговоре визуал старается смотреть на вас или над вами. Как правило, видно, что тонус мышц повышен, тело находится в готовности к движению. Дыхание обычно быстрое, иногда поверхностное. В речи употребляет много слов, которые и характеризуют визуальную систему. Он будет говорить: "Я вижу... яркий, светлый, цветной". Он будет описывать образы, изменения в этих образах, как некий фильм, который он видит. Как правило, это достаточно подтянутый, бодрый человек.

**Кинестетик**, в противоположность визуалу, может быть иным. Обычно он говорит медленно, с большими промежутками между

фразами, как бы давая возможность соотнести сказанные слова со своими ощущениями. При обращении к внутреннему миру обычно глаза опускаются вниз и вправо для правой и вниз и влево для левой. Возможно, это помогает кинестетику найти доступ к своим чувствам, своим ощущениям. Как правило, когда он говорит, в его речи встречаются слова, которые характеризуют кинестетическую систему: мягкий, тяжелый или легкий, чувствительный.

Мышцы тела обычно расслаблены. Достаточно часто кинестетик одет в мягкую, удобную для него одежду, которая может не так хорошо смотреться, однако доставлять ему приятные ощущения. Говорит он медленно, дыхание глубокое, достаточно ритмичное. Жестов немного, их либо нет вообще, либо они очень небольшие по амплитуде, плавные, медленные. Очень часто в ходе разговора о своем восприятии мира, о своих воспоминаниях проявляется вегетативно-сосудистая реакция, то есть появляются румянец, капельки пота. ... Если взять некий персонаж, который бы иллюстрировал кинестетика, им мог бы быть Дед Мороз — с румяным лицом, округлыми формами, в теплой, уютной одежде.

**Аудиал**, пожалуй, по внешним проявлениям ближе к визуалу, нежели к кинестетику. Однако у него есть свои особенности. Прежде всего — голос. Голос у аудиала будет очень хорошо модулирован, потому что голос — это основной способ презентации себя окружающему миру. Он может говорить то тихо, то громко, то выше, то ниже, как бы наслаждаясь способностями своего голоса. Когда будете говорить вы, он может повернуться к вам ухом. Это не знак неуважения, а способ лучше воспринимать вас...

Жестов может быть немного. Встречается круговой жест около уха, которым аудиал подчеркивает, что он вас слышит. Дыхание у аудиала может быть разным, и это зависит больше от того, насколько сейчас ему необходимо говорить. Для того чтобы красиво, хорошо сказать, нужно хорошо вдохнуть, и аудиал пользуется дыханием как проводником своей аудиальной системы, своей речи".

Дж. О'Коннори Д. Сеймор(1997, с. 62—63) следующим образом описывают различия между визуалами, аудиалами и кинестетиками:

**"Человек, думающий визуальными образами**, обычно будет говорить быстрее и более высоким тоном, чем тот, который думает по-другому. Образы возникают в голове быстро, и вам приходится говорить быстро, чтобы успевать за ними. Дыхание

будет верхним и более поверхностным. Часто наблюдается повышенное напряжение мускулатуры, в частности, в плечах, голова поднята высоко, а лицо бледнее обычного.

**Те люди, которые думают звуками,** дышат всей грудью. Часто возникают мелкие ритмичные движения тела, а тон голоса чистый, выразительный и резонирующий. Голова балансирует на плечах или слегка наклонена к одному из них, как бы прислушиваясь к чему-то. Люди, которые разговаривают сами с собой, будут часто склонять голову в одну сторону, подпирая ее рукой или кулаком. Это положение известно под названием "телефонная поза", потому что она выглядит так, как будто человек говорит по невидимому телефону. Некоторые люди повторяют то, что они только что услышали, в такт своему дыханию. Вы сможете увидеть, как их губы шевелятся.

**Кинестетический доступ** характеризуется глубоким низким дыханием в области живота, часто сопровождающимся мускульным расслаблением. С низким положением головы связан голос низкой тональности, и человек будет говорить медленно, с длинными паузами. "Мыслитель" — скульптура Родена — несомненно, думает кинестетически.

Движения и жесты также расскажут о том, как человек думает. Многие люди будут указывать на тот орган чувств, который они используют внутренним образом: они покажут на свои уши, прислушиваясь к звукам внутри себя, покажут на глаза, визуализируя, или на живот, если испытывают сильные ощущения. Эти знаки скажут вам не о том, о чем думает человек, а о том, как он это делает. Это язык телодвижений в более рафинированной и утонченной форме, чем обычно принято его интерпретировать".

Использование различных ключей доступа к пациенту (а не только вербальных и глазных), свидетельствующих о его репрезентативной системе, позволяет быстрее и полнее присоединиться к пациенту.

#### 1.1.4. "Отзеркаливание"

Для подстройки к пациенту, помимо учета его репрезентативной системы, следует использовать так называемое "отзеркаливание". Л. Кэмерон-Бэндлер (1993) отмечает, что отзеркаливание представляет собой процесс возвращения пациенту аспектов его невербального поведения, что, собственно, и делает зеркало.

Отзеркаливание хорошо известно из повседневного опыта. Так, например, не сквернословить в церкви и в гостях у своих родственников — такое же отзеркаливание, как и произнесение в ряде случаев бранных слов и выражений в кругу сверстников, где это может быть уместным и вызвать по отношению к человеку, который их говорит, расположение. Это же касается манеры одеваться определенным образом в соответствующих условиях и приспособления своих манер, позы и движения за столом к тому уровню формальности, который является конгруэнтным относительно места и людей, с которыми человек обедает. Таким образом, отзеркаливание — это невербальный эквивалент согласия.

Упомянутый автор относит к тем аспектам поведения пациентов, которые следует отзеркаливать, телесные позы, специфические жесты, ритмы дыхания, выражения лица, тон голоса, паттерны темпа и интонаций речи и утверждает, что соответствие некоторым из них или всем им поможет достичь психотерапевту гармоничного взаимодействия с больными. Отзеркаливание следует отличать от передразнивания, которое обычно преувеличивает определенный аспект поведения. Отзеркаливание же представляет собой тонкое поведенческое отражение значимой бессознательной коммуникации.

Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1993) называют процесс отзеркаливания **отражением**. Они фиксируют внимание на том, что существует два вида невербального отражения: прямое и перекрестное. О первом виде следует говорить, например, когда психотерапевт дышит с такой же глубиной и скоростью, как пациент. Примером **перекрестного отражения**, которое нельзя назвать отзеркаливанием в полном смысле, могут служить движения руки терапевта, соответствующие ритму дыхания пациента.

Прежде чем присоединиться, нужно подумать, как это сделать. Всегда существует выбор. Нецелесообразно, например, отзеркаливать дыхание больного бронхиальной астмой в период ее обострения. В этом случае можно использовать движения руки или что-либо еще.

### 1.1.5. Присоединение и ведение

"Присоединение" (подстройка) к пациенту необходимо, так как иначе невозможно наладить с ним продуктивный контакт. Однако, с другой стороны, мы можем оказывать больным тем

самым и плохую услугу, так как "работаем" на ригидность, ограниченность их стратегий. Смысл состоит в том, чтобы, присоединившись к их модели, "наложить" затем на нее другую модель для того, чтобы расширить их возможности. Теперь их "репертуар" будет богаче. Наложение, техника которого подробно описана ниже, делает личность более гибкой, обладающей большим количеством выборов, а следовательно, и более приспособляемой.

В связи с этим применительно к педагогическому процессу представляет интерес следующее сообщение (Д. Гриндер, Р. Бендлер, 1993, с. 40-41):

"Однажды я преподавал математику в Калифорнийском университете, и преподавал людям, в математике не искушенным. Закончилось все это тем, что я начал преподавать математику как второй язык. Студентами моими были филологи. Я обнаружил общий уровень анализа языковых и математических систем. Таким образом, вместо того, чтобы учить их математике с точки зрения математика, я просто использовал доступное им понятие перевода с языка на язык, и трактовал математические символы как слова. Так же, как в языке существуют хорошо сформированные предложения, так и в математике существуют хорошо сформированные последовательности символов. Я сделал так, чтобы весь мой подход соответствовал их модели мира, а не требовал от них достаточной гибкости, необходимой для того, чтобы они присоединились к моей модели мира.

Когда вы поступаете таким образом, то даете своим ученикам преимущество, которое заключается в том, что вы подаете материал в наиболее доступном для них виде. Но вы оказываете им в то же время и плохую услугу, поддерживая ригидные стереотипы учебной деятельности. Тут важно понимать результаты тех выборов, которые вы делаете, формируя и подавая материал определенным образом. Если вы хотите принести им пользу, то, присоединившись к их модели, надо наложить на нее другую модель, чтобы расширить их возможность к обучению. Если вы обладаете подобной сенситивностью и способностями, то вы — незаурядный учитель. Если вы сможете дать им соответствующий опыт, то они будут иметь уже две стратегии обучения. Теперь они могут пойти к другому учителю, недостаточно чувствительному к коммуникативным процессам, но, являясь теперь благодаря этим стратегиям достаточно гибкими, они могут приспособиться и к этому способу обучения".

Таким образом, присоединившись к человеку, в том числе и к пациенту, вы выполните лишь часть задачи. Затем вы должны повести его к новым, более адекватным в конкретном контексте способам поведения. Следовательно, важно говорить не только о "присоединении", но и о "ведении", так как для целей коррекции первое без второго лишено какого-либо значения.

В этом плане интересно познакомиться с рекомендациями о конструировании взаимодействия между присоединением и ведением, которые можно найти в литературе по эриксоновскому гипнозу и НЛП. Так, М.Н. Гордеев сообщает о формуле поэтапного наведения транса. Смысл ее состоит в следующем. Вначале терапевт произносит фразы (-у) присоединения, а затем фразу (-ы) ведения. Фразы присоединения характеризуют состояние пациента, то, что он может ощущать и осознавать в данный момент. Фразы ведения представляют собой суггестию, направленную на индукцию гипнотического транса. Спустя некоторый период времени фразы присоединения произносить прекращают и полностью переходят на фразы ведения. Схема порядка чередования названных фраз (присоединения и ведения) представлена в таблице 1. (М.Н. Гордеев, 2001, с. 161).

*Таблица 1. Порядок чередования фраз присоединения и ведения при эриксоновском гипнозе*

Фразы присоединения	Фразы ведения
4	1
3	2
2	3
1	4
-	5

Следует отметить, что достаточно полное присоединение к пациенту должно предполагать в качестве одного из необходимых компонентов так называемое **ценностное присоединение**. Необходимость такого присоединения обусловлена тем, что люди могут иметь различные ценности. Это обуславливается особенностью их воспитания, принадлежностью к различным социальным группам, национальными и индивидуальными этическими нормами, вероисповеданием и т. д. Игнорирование названных

факторов при психотерапевтической работе, а тем более высказывание негативного отношения к ценностям человека, может отрицательно повлиять на достижение лечебных результатов, так как вследствие дефекта присоединения нельзя будет обеспечить качественное ведение.

## Глава 2

### СУБМОДАЛЬНОСТИ

Итак, как отмечалось ранее, человек, главным образом, репрезентирует мир визуально (используется зрительная модальность), аудиально (задействована слуховая модальность) и кинестетически (используется кинестетическая модальность). Однако каждый из нас знает, что любая конструкция, например, какое-то строительное сооружение, состоит из отдельных, составляющих его элементов. Так и каждая из названных нами модальностей состоит из целого ряда субмодальностей, которые и являются образующими ее элементами. Они — кирпичики большого здания, каковым и является модальность.

Например, когда названным зданием является визуальная модальность, то составляющими ее кирпичиками служат такие субмодальности, как цвет, яркость, контраст и др. Аудиальную модальность характеризуют такие субмодальности, как высота звука, его громкость, темп и др., а кинестетическую — качество ощущения, его интенсивность, локализация и др.

Для того, чтобы ориентироваться в субмодальностях, целесообразно привести таблицу 2. (В. Макдональд, 1994, с. 36—38).

Субмодальности бывают аналоговыми и дискретными. **Аналоговая субмодальность** — это такая субмодальность, которая может плавно увеличиваться в своей интенсивности в пределах определенной шкалы.

Примерами таких субмодальностей являются яркость и громкость. Так, ручкой регулировки громкости на радиоприемнике можно в определенном диапазоне плавно уменьшать или увеличивать силу звука.

**Дискретные субмодальности** могут существовать только в двух взаимоисключающих значениях. Например, представляя себя, невозможно быть одновременно ассоциированным и диссоциированным с самим собой. Человек либо видит себя со стороны, либо, находясь в своем собственном теле, наблюдает за

**Таблица 2. Субмодальные различия и их вербальная характеристика**

<b>СУБМОДАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ</b>	
<b>Субмодальности</b>	<b>Вопросы, задаваемые для выявления субмодальных различий</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Визуальные</b>	
Цвет	Это цветное или черно-белое? Это весь цветовой спектр?
Яркость	Цвета живые, яркие или блеклые? В этом контексте это ярче или темнее, чем обычно?
Контраст	Это сильно контрастное (яркое) или блеклое?
Фокус	Этот образ резкий, в фокусе, или он размыт?
Текстура поверхности в этом образе	Гладкое или грубое?
Детальность	Передний план и фон детализированы?
Глубина резкости	Видите ли вы эти детали как часть целого или вы должны сдвигать фокус, чтобы увидеть их?
Размер	Как велика эта картинка? (Попросите для определения оценить размеры)
Дистанция	Как далеко этот образ? (Снова попросите для определения оценить дистанцию)
Форма	Какой формы эта картинка: квадратная, прямоугольная или круглая?
Границы	Есть ли границы вокруг него или его края расплывчатые? Имеет ли граница цвет? Как широка эта граница?



1	2
Положение	Где этот образ помещен в пространстве? Покажите мне обеими руками, где вы видите этот (эти) образ(ы).
Движение внутри образа	Это движущаяся или неподвижная картинка? Насколько быстро это движение: быстрее или медленнее, чем обычно?
Движение вне образа	Этот образ стабильный? В каком направлении он движется? Как быстро он движется?
Ориентация Ассоциирован- диссоциирован	Эта картинка наклонна? Вы видите себя или вы видите это событие, как если бы вы были в нем?
Перспектива	С какой перспективой вы видите это? (Если диссоциирован). Вы видите себя справа или слева, спиной или лицом?
Пропорции	Эти люди и вещи в этом образе в натуральной пропорции или некоторые из них больше или меньше, чем в жизни?
Размерность	Это плоское или трехмерное? Эта картинка обернута вокруг вас?
Единственность- множественность	Есть только один образ или больше, чем один? Вы видите их один за другим или одновременно?
<b>Аудиальные</b>	
Положение	Вы слышите это изнутри или снаружи? Откуда этот звук (голос) исходит?
Высота	Какова высота звука? Высота выше или ниже, чем обычно?

1	2
Тональность	Какова его тональность: носовой (гнусавый), полнзвучный, тонкий, скрипящий?
Мелодия	Это монотонное или есть мелодический диапазон?
Изменяемость модуляции голоса	Какие части выделены?
Громкость	Какова громкость этого?
Темп	Это быстрое или медленное?
Ритм	В этом есть ритм?
Длительность	Это непрерывное или прерывистое?
Моно/стерео	Вы слышите это с одной стороны, с обеих сторон или звук всюду вокруг вас?
<b>Кинестетические</b>	
Качество	Как бы вы описали ощущения тела: дрожание, покалывание, тепло, холодно, расслабленно, напряженно, завязанное в узел, рассредоточенное?
Интенсивность	Насколько сильно это ощущение?
Локализация	Где вы чувствуете это в вашем теле?
Движение	Есть движение в этом ощущении? Это движение непрерывно или оно приходит волнами?
Направление	Откуда это движение стартует? Как оно приходит из места возникновения в место, где вы лучше всего осознаете его?
Скорость	Это медленная установившаяся прогрессия или это двигается рывками?
Продолжительность	Оно непрерывное или перемежающееся?

происходящим (происходившим) своими собственными глазами. Таким образом, это очень напоминает принцип работы выключателя, который может быть либо включен, либо выключен.

Когда человек обращается к одним субмодальностям, вспоминая о каком-то событии из своей жизни или конструируя его, он может отметить, что, изменяя их (субмодальности), он одновременно изменяет свое отношение к этому событию. Так, например, кто-то испытывает принуждение кушать шоколад. Представляя его себе и увеличивая его размеры, он может отметить усиление этого принуждения. Напротив, уменьшив его размеры, он отметит снижение названного принуждения, вплоть до его исчезновения. При синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи (страхе сексуальной неудачи) у мужчин усиление громкости внутреннего голоса, выражающего неуверенность в возможности осуществить половой акт, может привести к усилению этой неуверенности и интенсификации гиперконтроля напряжения полового члена. Ослабление же громкости внутреннего голоса приведет к противоположному результату.

Вместе с тем только изменение некоторых субмодальностей отражается на изменении состояния человека. Их называют **критическими**. Изменение же выраженности других субмодальностей не ведет к таким изменениям.

В практике НЛП большое значение уделяется использованию не только аналоговых, но и дискретных субмодальностей. Так, если вспоминая о себе в прошлом, вы ассоциированы с этим образом, то неприятное и приятное, которое имело место в то время, переживаются намного острее, чем тогда, когда вы будете наблюдать за собой более молодым как бы со стороны, т. е. когда вы диссоциированы с самим собой. Диссоциация, в частности, используется в НЛП для того, чтобы при погружении в резко травмирующие переживания прошлого смягчить их и сделать сам процесс лечения возможным.

В связи с этим целесообразно упомянуть о технике трехпозиционной визуально-кинестетической диссоциации, которая будет представлена нами ниже, где пациенту предлагают увидеть себя более молодого со стороны. В свою очередь, этот человек (он более молодой) должен смотреть на самого себя, находящегося в психотравмирующей ситуации.

Проводя пациента через эту ситуацию и связанное с ней переживание, тщательно следят за тем, чтобы он сохранял кикестети-

ческую диссоциацию от данного травмирующего переживания. Для этого используют якоря и вербальные паттерны, которые разделяют три названные позиции.

Знание о субмодальностях и умение идентифицировать их критические формы в каждом конкретном случае очень важно для осуществления терапевтически ориентированных субмодальных вмешательств. Об этом, в частности, свидетельствует название одной из книг известных специалистов в области НЛП Конниры Андреас и Стива Андреаса "Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства в НЛП" (1994).

### **Глава 3**

## **КАЛИБРОВКА**

В НЛП большое внимание уделяется развитию способностей терапевта воспринимать различные невербальные сигналы, исходящие от пациента, и интерпретировать их. Обладая такими способностями, он в состоянии постоянно отслеживать процессы, происходящие с пациентом, что является одним из основных условий, которое позволяет терапевту быть эффективным. К невербальным сигналам, которые отслеживают, в частности, относят характеристики дыхания (глубокое или поверхностное, частое или редкое, верхнее или нижнее), изменение цвета кожных покровов или мышечного тонуса (например, мышц лица). Также объектом такого внимания могут стать наклон головы, позиция глаз, изменение в размере губ, тон голоса и др.

Следует отметить, что невербальная коммуникация является чрезвычайно важной, так как нередко невербальные сигналы противоречат вербальным. Одно и то же слово или фраза могут иметь различный эмоциональный подтекст, который проявляется отличающимися невербальными реакциями. Поэтому полагаться только на вербальное общение нельзя. Оценка невербальных сигналов важна не только для психотерапии, но и в обыденной жизни для правильной и быстрой ориентации в происходящем.

На одном из семинаров по НЛП его участникам была рассказана очень поучительная история, демонстрирующая, как важно уметь распознавать невербальные реакции, что может привести к выраженным положительным изменениям даже у больных с

выраженной психической патологией. Приводим выдержку из этого семинара (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995, с. 257—258).

"Когда Франку, моему другу, было около восемнадцати или девятнадцати лет, он был очень хорошим боксером в "Золотых Перчатках". Он также поддерживал свою семью, работая сторожем в местной психиатрической больнице. Обходя палаты, он боксировал с тенью, чтобы сохранять форму для поединков.

В одной палате был кататоник, который в течение двух или трех лет находился в одном и том же положении. Каждый день служащие ставили его возле кровати и прикрепляли его к ней. У него были катетеры и трубки для кормления и всякое такое. Никто не мог установить контакт с этим человеком. Однажды, когда Франк проходил мимо с поручением, как обычно, боксируя с тенью, он заметил, что этот парень реагирует на его удары маленькими подрагиваниями головы и шеи. Для этого парня это была сильнейшая реакция. Тогда Франк побежал вниз на сестринский пост и вытащил карточку этого пациента. Конечно же, прежде чем стать кататоником, он был профессиональным боксером.

Как бы вы установили контакте профессиональным боксером? Любой профессионал должен довести до автоматизма определенные двигательные программы, точно так же, как большинство из вас довело до автоматизма управление автомобилем, пока оно не стало функционировать как подсознательная программа. На боксерском ринге вам нужно успеть так много, что вы должны довести до автоматизма большую часть того, что вы делаете. Тогда ваше сознательное внимание можно использовать для того, чтобы замечать, что происходит в ситуации. Мой друг пошел обратно и начал боксировать с тенью рядом с этим парнем, и тот быстро вышел из кататонического измененного состояния, в котором пребывал несколько лет.

Женщина: Он стал боксировать, когда Франк начал бой с тенью?

— Да, конечно. У него не было выбора, потому что это были программы, которые он практиковал годами и годами.

Основной здесь смысл в том, что мой друг сумел заметить реакции, которые получал. Это дало ему возможность использовать то поведение, чтобы усилить его".

Для тренировки способностей распознавать невербальные сигналы в НЛП существуют определенные упражнения (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995). Они носят названия упражнений на калибровку. Приведем эти упражнения.

**Упражнение 1.** Тренирующихся просят разбиться на пары. Затем одного из партнеров просят подумать о каком-либо человеке, который ему нравится. Во время выполнения им этой инструкции второй партнер наблюдает за мелкими изменениями в его дыхании, положении тела, мышечном тоне, цвете кожи и т. д. Потом того партнера, который думал о нравящемся ему человеке, просят подумать о личности, которая, напротив, ему неприятна, и фиксируют невербальные реакции, включая самые тонкие. Затем партнера, невербальные сигналы которого отслеживались, просят попеременно думать о человеке, который ему нравится, и о том, кто не нравится. Это следует делать до тех пор, пока различия между невербальными реакциями в первом и во втором случае становятся хорошо различимыми.

Для того, чтобы проверить калибровку партнера, невербальные изменения которого оценивались, его просят несловесно ответить на серию сравнительных вопросов: "Кого из них вы видели последним?" — "У кого из них волосы темнее?" — "Кто из них весит больше?" — "Кто из них живет ближе к вам?" — "Кто из них зарабатывает больше денег?". Когда человеку задают один из таких вопросов, его просят словесно не оформлять свой ответ. Вместе с тем, отвечая самому себе, он вынужден проводить сопоставления между нравящимся и не нравящимся ему человеком. Поэтому вначале невербальные реакции будут чередоваться, однако на конечном этапе он будет думать именно о том человеке, которому и свойственно то, о чем спрашивают.

После того, как проводящий оценку партнер правильно "угадает" четыре раза подряд, партнерам рекомендуют поменяться ролями. На каждого из них обычно отводится по 10 мин. пребывания в каждой роли.

Следует отметить, что в ряде случаев задача, поставленная перед человеком, отслеживающим невербальные реакции, может оказаться для него сравнительно легко выполнимой, а в других, напротив, достаточно тяжело. В первом из этих случаев рекомендуется усложнять технику, а во втором — упрощать, чтобы затем все же вернуться к первоначальному варианту ее выполнения.

Усложнение может быть достигнуто следующими путями.

1. Можно искусственно ограничить получаемую информацию. Так, если человеку легко проводить различия на основе лицевых изменений, он прикрывает тетрадь или чем-либо другим

лицо своего партнера и оценивает, могут ли быть проведены такие же различия при наблюдении за изменениями грудной клетки или рук, или какой-то другой части его тела.

2. Можно сравнивать невербальные реакции не на нравящегося человека и человека, который, наоборот, не нравится, а на званые реакции, возникающие при представлении двух разных нейтральных предметов. Например, это может быть стул, стоящий дома, и стул, находящийся в офисе.

3. Третий способ — найти кого-то, кто обычно менее выразителен. Его реакции будут менее очевидны.

Упрощения выполнения процедуры в том случае, когда она оказалась весьма сложной или даже непосильной, можно достичь следующим образом. Следует попросить партнера, реакции которого оцениваются, представить себе вначале не просто нравящегося ему человека, а того, которого он любит. Затем ему рекомендуют подумать не о неприятном для него человеке, а о самой омерзительной личности, которую он когда-либо встречал. Просьбу подумать как о первом, так и о втором человеке следует произносить, используя конгруэнтный тон голоса.

**Упражнение 2.** Также следует разбиться на пары. Затем один из партнеров должен задавать другому вопросы, которые допускают только ответы "да" или "нет". Это такие вопросы, как: "Вас зовут Игорь?" - "Вы родились в Киеве?" - "Вы женаты?" — "У вас есть машина?". В ответ на поставленные вопросы следует отвечать словесно. Естественно, что слова "да" или "нет" сопровождаются какими-то невербальными проявлениями. Тот, кто оценивает невербальные сигналы, должен постепенно научиться различать невербально выраженное "да" от "нет".

"Некоторые люди будут спонтанно и бессознательно напрягать мышцы челюсти для "нет" и расслаблять их для "да". Некоторые люди будут бледнеть для "нет" и краснеть для "да". Другие будут наклонять голову вперед, говоря "да", и назад, говоря "нет" (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995, с. 260).

После того, как способность отличать друг от друга несловесные сигналы "да" и "нет" приобретена, следует попросить партнера не отвечать на задаваемые вопросы. Наблюдая за несловесной реакцией партнера после каждого задаваемого вопроса, следует сообщать ему, каков был его ответ — "да" или "нет". Если ответ был правильно угадан 4 раза, партнерам рекомендуют поменяться местами.

**Упражнение 3.** В обычном разговоре с человеком, не имеющим отношения к тренингу, рекомендуется сказать что-нибудь о нем, что, как известно, наверняка является неверным. При этом следует отметить, каковы его невербальные реакции. Некоторое время спустя, напротив, следует сказать о нем что-то, что, несомненно, является верным. Обычно чередование таких утверждений проводят три-четыре раза, пока не приобретает способность распознавать различия в невербальных реакциях данного человека на верные и неверные утверждения. Для того, чтобы избежать неприятностей, высказывания о человеке не должны быть унижительными.

Также существует такое упражнение, как "смотрение в хрустальный шар", освоение которого позволяет стать "телепатом" и даже "провидцем". Суть этого упражнения состоит в том, что оно позволяет максимально развить способность воспринимать минимальные невербальные сигналы. Аналогичным образом можно научиться "читать по руке" или, используя какие-либо помимо хрустального шара подручные средства, имитировать действия профессиональных прорицателей. Это удастся осуществить, обладая высокой сенсорной чувствительностью, а также используя абстрактные речевые обороты с намеренно неопределенным смыслом, а кроме того, своеобразные уловки.

Например, когда "ясновидящий" смотрит в шар, то говорит кому-нибудь, что он видит клубящийся туман, и когда он клубится, похоже, что возникает важная фигура из прошлого того человека, которому он "прорицает". Если, продолжая "всматриваться", вы сообщаете, что это мужчина, и это совпадает с невербальным "нет", можно заявить: "О нет, теперь туман прояснился, и я вижу, что это женщина" (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995, с. 265).

## Глава 4

### РАБОТА С ПРОЦЕССОМ, А НЕ С СОДЕРЖАНИЕМ

Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1993) отмечают, что, по их мнению, сферой приложения профессиональных коммуникаторов должен быть процесс, а не содержание, так как проблемы, которые беспокоят людей, обычно ничего общего с содержанием не имеют. Они связаны со структурой, формой организации опыта. Поэтому психотерапевт не должен вслушиваться в содержание и ему



следует лишь понять, как строится процесс, что сделать значительно легче. Если, благодаря хорошо разработанному сенсорному аппарату, терапевт сможет определить стадии процесса, через которые проходит пациент, когда у него возникают различные болезненные явления, то это дает возможность с лечебной целью вмешиваться в этот процесс на различных его этапах.

Разрушение патологического стереотипа, например, может произойти в результате замены одной сенсорной системы на другую. Очень показателен в этом плане следующий, приводимый авторами, пример. У одной женщины был навязчивый страх высоты (гипсофобия). С целью процессуальной оценки происходящего с ней, ее попросили подойти к окну кабинета, который находился на четвертом этаже, и рассказать, что с ней при этом происходит. Вначале она ответила, что страстно волнуется и начинает задыхаться. Однако ей было указано на неадекватность такого описания. Больную попросили рассказать, как она приходит к такому состоянию. С этой целью ей было задано много вопросов и оказалось, что пациентка сначала создает сконструированный образ самой себя, как она падает, затем испытывает ощущение падения, а уже потом ощущает тошноту. Так как все это происходило очень быстро, то образы оставались вне сознания. Затем с терапевтической целью больную снова попросили подойти к окну. При этом она должна была петь про себя национальный гимн. Впервые за долгие годы, когда пациентка, выполняя инструкцию, подошла к окну и посмотрела вниз, страх у нее отсутствовал.

Почему так случилось? В данном случае произошла замена визуальной системы (больная видела себя, падающей вниз) на аудиальную (пациентка пела про себя национальный гимн). Развивая свою мысль, Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1993) отмечают, что если стало понятно, из каких шагов состоит процесс, то имеется возможность изменить порядок шагов, их содержание, ввести новый шаг или изъять один из существующих. Они подчеркивают, что если психотерапевт считает важным условием изменения понимание истоков проблемы и ее глубокого скрытого значения, а также полагает иметь дело с содержанием, которое вследствие этого изменится, то, вероятнее всего, на изменения человека уйдут годы. В противовес этому, авторы нацеливают на работу с формой, что, по крайней мере, даст такие же хорошие результаты, как если бы работа происходила с содержанием.

По их мнению, инструменты, направленные на изменение формы, более доступны, а изменить ее гораздо легче. Возникающие же при этом изменения более устойчивы.

Необходимость работы с процессом, а не с содержанием, подчас настолько абсолютизируется в НЛП, что пациента вовсе не опрашивают, что его конкретно беспокоит. Считается достаточным, что он сам знает об этом. Поэтому иногда сеансы протекают так, что ни сам психотерапевт, ни присутствующие на сеансе другие люди не знают, что же беспокоит больного. Такой вид терапии называют тайной. При ее проведении используется кодирование. Психотерапевт предлагает больному использовать какое-нибудь кодовое слово, номер или букву и обозначить им неприятное переживание, от которого ему бы хотелось избавиться. Например, человек в этом подходе должен говорить: "Мне хотелось бы, чтобы я был способен на "М" или: "Я хотел бы избавиться от "З"".

Пример использования тайной терапии приведен в приложении 1.

## Глава 5

### "МЕТА-МОДЕЛЬ"

Инструментом для работы с формой является разработанная Р. Бэндлером и Д. Гриндером "мета-модель", теоретические аспекты и практическое использование которой подробно описаны ими в книге "Структура магии" (1995).

"Мета-модель" — вербальная модель, способ слушания формы, а не содержания высказывания. В словаре основных терминов к первому тому названной книги авторы также определяют "мета-модель" как репрезентацию репрезентации чего-либо. Например, язык — это репрезентация мира опыта.

Высказывания предполагают использование естественного языка, выполняющего функцию системы представления (репрезентаций опыта человека, соответствующих модели его мира). Сообщая о своей модели мира, пациенты осуществляют это посредством **поверхностных структур** (высказываний-жалоб). Сама же поверхностная структура является представителем полной языковой репрезентации, из которой она выведена, — **глубинной структуры**. Являясь самой полной языковой репрезентацией, глубинная структура, в свою очередь, производна от еще более полного и богатого источника — **общей суммы всего опыта пациента**.

После того, как терапевт сумел вовлечь пациента в процесс восстановления глубинной структуры (полной языковой репрезентации), он должен сделать ее богаче. При этом возникает проблема выбора одного или нескольких путей осуществления этой задачи. Фундаментальный принцип предлагаемого подхода состоит в том, что люди страдают не из-за недостаточного богатства мира и невозможности удовлетворить свои способности (потребности), а в связи с тем, что их представления о мире слишком бедны. Поэтому стратегия, выбираемая психотерапевтом, состоит в том, чтобы так или иначе связать пациента с миром, предоставив ему большое количество выборов. Другими словами, поскольку пациент страдает из-за того, что он создал обедненную репрезентацию мира и забыл о том, что она — это еще не сам мир, терапевт поможет пациенту измениться только в том случае, если поведение последнего так или иначе вступит в противоречие с имеющейся картиной-моделью и тем самым обогатит ее (Р. Бэндлер и Д. Гриндер, 1995).

Так как опущение, искажение и генерализация являются универсальными процессами человеческого моделирования, т. е. способами, посредством которых люди создают представления или репрезентации собственного опыта, то психотерапия, проводимая в русле "мета-модели", нацелена именно на работу ними. Опишем эти понятия.

**Опущение (исключение)** — процесс, позволяющий обращать внимание на одни аспекты (измерения) своего опыта и не воспринимать, исключать из рассмотрения другие. В некоторых случаях опущение может оказаться полезным. Примером может служить способность человека отсеивать или отфильтровывать множество звуков в комнате, заполненной разговаривающими между собой людьми, и слышать чей-то конкретный голос.

Вместе с тем в ряде случаев этот процесс может играть патогенную роль, приводя к страданию. Так, например, один человек, который был убежден в том, что он не заслуживает внимания и заботы со стороны других людей, жаловался на отсутствие каких-либо из этих проявлений со стороны жены (Р. Бэндлер и Д. Гриндер, 1995). Побывав у него дома, удалось убедиться в обратном. Этот пациент в буквальном смысле не слышал даже слов жены, которые выражали по отношению к нему положительные чувства. Это предположение подтвердилось, когда его внимание было привлечено к некоторым ее высказываниям. Он

заявил, что не слышал, чтобы она говорила ему что-либо подобное.

Опущения выявляются при предъявлении жалоб (поверхностных структур). Это удается благодаря "чувству языка" (языковой интуиции), что дает возможность определить, представляет ли поверхностная структура полную глубинную структуру или нет. Сравнивая поверхностную и глубинную структуры, психотерапевт может определить, что именно отсутствует.

Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1995) приводят в связи с этим следующий пример. Пациент говорит: "Я стесняюсь". Основным процессуальным словом здесь является глагол "стесняться". Однако он может встречаться с двумя другими словами, что, например, отражено в следующей фразе: "Я стесняюсь людей". Так как глагол "стесняться" во втором предложении сочетается с двумя "именами" ("я" и "люди"), психотерапевт может сделать вывод, что поверхностная структура (первое предложение) не является полной репрезентацией глубинной структуры, из которой она выведена, а, следовательно, часть глубинной структуры опущена.

**Искажение** состоит в том, что хотя человек и воспринимает некоторые аспекты опыта, однако это восприятие неадекватно объективной реальности. Например, пациент, о котором мы сообщали ранее, при описании опущения, отрицавший заботу и внимание жены, вынужден был заметить их в результате психотерапии. Однако тотчас же произошло искажение: всякий раз, когда он слышал слова жены, он поворачивался к терапевту с улыбкой на лице и сообщал: "Она говорит так, потому что ей что-то нужно от меня".

Искажение может состоять в том, что происходящий процесс воспринимается как свершившееся событие, где уже ничего нельзя изменить. Лингвисты выявили языковой механизм, посредством которого процесс превращается в событие. Он называется **номинализацией**. Это механизм замены в поверхностных языковых структурах глаголов на неглаголы. Так, например, пациент говорит: "Я действительно жалею о своем решении". Проверая предложение на наличие искажения, психотерапевт приходит к выводу, что слово "решение" может быть заменено глаголом "решать", обозначающим процесс. Из этого следует, что в данном случае имеет место номинализация.

Задача терапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту увидеть, что в его случае речь на самом деле идет не о свершившем-

ся события, а о процессе, на который можно влиять. Этого доби-  
ваются различными способами. Так, один из способов состоит в  
том, что психотерапевт опрашивает больного, что мешает ему  
пересмотреть собственное решение. Другой прием, который мож-  
но употребить, состоит в использовании стимулирующего вопро-  
са: "Вы приняли решение и уже не можете представить себе ни-  
чего, что могло бы изменить его?"

**Генерализация** — это процесс, в котором элементы или ча-  
сти модели, принадлежащей тому или иному индивиду, отры-  
ваются от исходного опыта, породившего эти модели, и начи-  
нают репрезентировать в целом категорию, по отношению к  
которой данный опыт является всего лишь частным случаем.  
Способность к обобщению (генерализации) играет во взаимо-  
действии важную роль. Эта роль может быть либо конструк-  
тивной, либо деструктивной, что зависит от степени обобщения.  
В первом случае обобщение не заходит за определенную  
грань, и поэтому может предохранять человека от поступков,  
которые способны нанести ему не только вред, но и в ряде слу-  
чаев привести к летальному исходу. Если же генерализация  
становится чрезмерной, то это, напротив, ограничивает чело-  
века в его самореализации.

Как отмечают Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1995), процесс обоб-  
щения может, например, привести того или иного индивида к вы-  
работке для себя правила: "Не выражай открыто собственных  
чувств!". Однако оказывается, что эта "поведенческая узда" в  
различных обстоятельствах может порождать неоднозначные  
последствия. Так, при пребывании в концентрационном лагере  
такая установка может иметь определенную ценность для выжи-  
вания. Вместе с тем, отказавшись в семье от экспрессивности в  
общении, которая в этом случае выполняет полезную функцию,  
человек ограничивает свои возможности достижения близости.  
В результате у него может возникнуть ощущение одиночества и  
ненужности, так как возможность выражения чувств в его моде-  
ли не предусмотрена.

Примером высказываний, свидетельствующих о деструктивной  
роли генерализации, могут быть следующие утверждения:  
"Все жены (мужья) изменяют своим супругам"; "У всех мужчин  
(женщин) только одно на уме". Утверждения такого рода долж-  
ны определенным образом ориентировать психотерапевта в его  
коррекционной работе.

## Глава 6

### МЕТОД ЯКОРЯ

При проведении терапии в НЛП широко используют обусловливание. Поэтому рассматриваемое направление психотерапевтических воздействий в значительной степени может быть отнесено к новой разновидности поведенческой терапии, при проведении которой, однако, не нужны ни рвотные препараты, ни электрические разряды, ни какие-либо вспомогательные средства. С целью обусловливания, например, используется метод якоря, обеспечивающий доступ к ресурсам человека, который был разработан Р. Бэндлером, Д. Гриндером, Д. Делозье и Л. Кэмерон-Бэндлер.

Якорь — это определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т.д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживание и связанные с ним ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно это прикосновение сможет вызвать это переживание и данные ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, которое предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения.

Процесс использования стимула носит название "якорения" ("постановки на якорь"). Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (наложение кинестетического якоря), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым происходит коммуникация), запах и т. д.

Ричард Бэндлер приводят следующий пример использования им довольно необычного якоря. Перед началом проведения сеанса с одной супружеской парой, который проводился в гостиной, психотерапевт зашел, сел и сказал, что так как он вырос в городе, то здесь, в деревне его многое поражает. Затем он поведал им вымышленную историю о том, как вчера в доме он обнаружил гремучую змею. Он указал, что она проползла прямо через гостиную, и сказал, что это ужасно. При этом терапевт

посмотрел на пол за креслами, на которых сидели супруги, и медленно "проследил", как ползет змея. Затем началась беседа. Всякий раз, когда они начинали спорить во время сеанса, он смотрел на пол, что обрывало спор. По истечении часа супруги больше не предпринимали попыток спорить, так как это ассоциировалось с их чувствами к змеям.

Отсутствие знаний о якорях и их действии подчас может играть отрицательную роль как в лечебном процессе, так и в обычной жизни. Так, один психотерапевт в течение одного сеанса убрал и вернул на место фобию девять раз. В конце этого сеанса он сказал: "Да, в следующий раз мы должны поработать над этим еще больше" (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1993).

Человек не может делать ничего, что нельзя было бы закрепить с помощью якоря. Якоря можно расставлять с вовлечением сознания и без его вовлечения (тайно). В первом случае следует присоединяться ко всем системам. Во втором, чтобы обойти сопротивляющееся сознание, нужно присоединиться к системе, которая не представлена в сознании. Так, например, если употребляемые слова и глагодвигательные стереотипы говорят о том, что у человека преобладает кинетическая система, то для того, чтобы не вовлечь сознательные ресурсы, к ней не следует присоединяться.

## Часть II

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ НЛП

В НЛП имеются различные техники. Эта часть книги посвящена описанию тех из них, которые используются для психотерапии.

#### Глава 1

#### ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ИСТОРИИ

Большое значение для человека имеет прошлый опыт. Пережитое им ранее является одним из источников его поведения. Глубокие изменения личностной истории могут сделать ее равной ценностью с реальной историей, и эта измененная история станет ресурсом для происходящего в последующем.

План проведения этой техники следующий (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993).

1. Нежелательное или неприятное чувство ставят на якорь.
2. С помощью этого якоря пациент осуществляет движение назад во времени, когда он чувствовал себя подобным образом.
3. При усилении выражения этих чувств больного останавливают и просят полностью прочувствовать переживание, отмечая возраст, в котором оно имело место. Каждое переживание ставят на якорь, чтобы иметь возможность при необходимости вернуться к нему.
4. После того, как пациент прошел 3—4 такие переживания, следует отпустить исходный якорь и вернуть больного в настоящее.
5. Пациента просят определить ресурс, необходимый для того, чтобы прошлые ситуации вызвали удовлетворяющие пережи-



вания. Затем следует убедиться, что этот ресурс может повлиять на его поведение и субъективные переживания. Когда ресурс определен, следует помочь больному получить доступ к опыту, где он в полной мере действительно обладал этим ресурсом, что проявлялось соответствующим образом. Эти переживания ставят на якорь.

6. Используя якорь ресурса, пациента проводят через каждое из неприятных прошлых переживаний и изменяют их, используя дополнительный ресурс. Можно пользоваться якорями, которые соответствуют каждому из трех или четырех переживаний, чтобы помочь больному прямо войти в них. Если он будет удовлетворен изменившимся переживанием, то ему, по предварительной договоренности, следует кивнуть. В том случае, когда пациент не будет удовлетворен новым результатом, возникающим в старом переживании, он должен вернуться к пятому шагу и найти другой ресурс, более подходящий к специфике прошлого переживания. Затем вновь переходят к шестому шагу.

7. Больного просят вспомнить прошлые переживания без использования якорей, чтобы узнать, действительно ли воспоминания субъективно изменились. Если это произошло, то пациент "примеряет" изменения в отношении будущего. Для этого он представляет ближайшую ситуацию в будущем, подобную прошлым, используя необходимые ресурсы. Так как это способ проверки, обобщились ли изменения и интегрированы ли они полностью, то якоря не используются. При осуществлении описанной техники лучше использовать кинетические якоря, что исключает многие ограничения.

Клиническая иллюстрация этой техники приведена в приложении 2.

## Глава 2

### ПЕРЕФОРМИРОВАНИЕ (РЕФРЕЙМИНГ)

При использовании этой техники исходят из необходимости принятия следующих посылок (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993):

1) любое поведение (симптом, коммуникация) значимо и выполняет полезную функцию;

2) каждый человек обладает необходимым ресурсом, чтобы совершить желательное изменение.

Такая установка, может быть, не всегда верна, однако всегда полезна. Принятие приведенных посылок дает большие преимуще-

щества, так как субъективные реальности могут быть изменены и реорганизованы и имеется возможность формировать их благотворным образом. Так, одна хозяйка (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993) очень страдала оттого, что в силу навязчивости была вынуждена каждый раз пылесосить ковер, чтобы на нем не было никаких следов, а поскольку он был из плюша, ей приходилось это делать чрезвычайно часто. Было проведено переформирование, заключающееся в том, что отсутствие следов она начала связывать с тишиной и отсутствием людей в доме, а каждый след, оставляемый на ковре, начал восприниматься ею как свидетельство того, что любимые люди рядом. Таким образом в результате переформирования "следов на ковре" они стали восприниматься как триггер теплых чувств, а не стимул для проявления навязчивости.

В книге Ричарда Бэндлера и Джона Гриндера "Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий" в качестве примера переформирования также приводится описанный выше случай из практики Лесли Кэмерон-Бэндлер, а также интересная история, которая иносказательно показывает несостоятельность стратегии поведения женщины, навязчиво убирающей ковер:

"Когда я был подростком, у меня были родственники, покупающие ковер, а затем накладывающие на него пластиковые дорожки, чтобы можно было ходить только по этим дорожкам. Они же купили пианино и заперли его, чтобы никто на нем не играл, потому что не хотели чистить после этого клавиши. Им надо было бы жить на фотографии. Они бы могли сняться однажды в своем доме, а потом умереть, повесив фотографию в подходящем месте. Так было бы куда проще" (Р. Бэндлер и Д. Гриндер, 1995, с. 4).

В названной книге авторы также приводят интересный случай из практики Вирджинии Сатир:

"Вирджиния работала с семьей. Отец был банкир, человек профессионально жесткий. Жесткость у него была выдающаяся. Это был неплохой, весьма благонамеренный человек. Он очень заботился о семье и был достаточно внимателен к своим близким. Но в основном это был жесткий тип. Жена его была, по терминологии Вирджинии, крайней угодницей. Если кто-нибудь из вас не знает, что такое угодник, я объясню вам: это человек, который со всем готов согласиться и за все приносит извинения. Когда вы говорите ему: "Какая сегодня чудесная погода!", он отвечает: "Да, простите, пожалуйста!".

Дочь представляла собой любопытную комбинацию родителей. Она считала отца отвратительным человеком, а мать — очаровательной личностью и всегда была на стороне матери. Но действовала она всегда, как отец.

В течение сеанса отец все время жаловался на мать, плохо воспитавшую дочь, поскольку она была упрямой. И вот, когда он в очередной раз повторил эту жалобу, Вирджиния его прервала. Она повернулась к отцу и сказала ему: "Вы ведь человек немало преуспевший в жизни, не правда ли?"

"Да".

"И что же, вы все это получили просто так? Разве у вашего отца был уже банк, и он просто сказал вам: "Ну вот, теперь ты президент банка?"

"Нет, нет, я пробился своими силами".

"Это значит, что вы довольно упрямы?"

"Да".

"Значит, вы имеете в себе нечто, позволившее вам достигнуть нынешнего положения и стать хорошим банкиром? И вам иногда приходится отказывать людям в чем-то, что они хотели бы от вас получить, потому что вы знаете, что это могло бы привести к дурным последствиям".

"Да".

"Итак, в вас есть достаточно упрямства, и оно вас действительно защищает от серьезных опасностей".

"Да, конечно. Такие вещи, знаете ли, надо твердо держать в руках".

"Так вот, если вы присмотритесь к вашей дочери, вы заметите, что это вы научили ее упрямству, научили ее, как постоять за себя, и этому нет цены. Вы подарили ей нечто, чего нигде не купишь, что может спасти ей жизнь. Представьте себе, как много может означать это упрямство, если ваша дочь отправится однажды на свидание с мужчиной, имеющим дурные намерения" (Р. Бэндлер и Д. Гриндер, 1995, с. 7).

Л. Кэмерон-Бэндлер (1993) выделяет два типа переформирования: шестишаговое, отделяющее намерения от поведения, и контекстуальное.

Р. Бэндлер и Д. Гриндер (1995) приводят несколько другое его деление. Помимо шестишагового переформирования, они выделяют несколько других моделей. Одну из них, которая является наиболее обычным способом применения рефрейминга в

терапии, они называют "**рефреймингом содержания**". Такое название этому виду переформирования было дано потому, что для его проведения необходимо знать конкретное содержание.

Рефрейминг содержания названные авторы в свою очередь подразделяют на две разновидности. При проведении первой из них (пример из практики Л. Кэмерон-Бэндлер) изменяют смысл, а при проведении второй (случай из практики В. Сатир) — контекст.

## 2.1. ШЕСТИШАГОВОЕ ПЕРЕФОРМИРОВАНИЕ

Этот тип переформирования состоит из следующих последовательных элементов (шагов).

**Первый шаг** ставит своей целью определение патологического симптома, нежелательного действия или поведения, мешающего пациенту.

**Второй шаг** предполагает необходимость войти в контакт с той частью личности, которая порождает то, от чего человек хочет избавиться. Это предполагает создание моста между осознаваемыми и неосознаваемыми процессами. Больной вступает во внутренний диалог с самим собой и спрашивает, хочет ли часть его, порождающая это поведение, говорить с ним. Затем он проявляет максимальное внимание к любой внутренней реакции: звукам, картинам, чувствам или словам. Терапевт при этом наблюдает за всеми заметными поведенческими реакциями, которых пациент может и не заметить. Если реакция несловесная, то больному рекомендуют сделать коммуникацию возможно более одноязычной. Это может быть достигнуто пониманием интенсификации реакции как "да", а ее уменьшения как "нет". Например, более яркая картина, или более громкий звук, или более сильное чувство (ощущение) будут свидетельствовать об утвердительном ответе. Если то, что беспокоит пациента, — симптом, тогда наиболее эффективно для коммуникации именно его использование с этой целью. Например, если речь идет о зоне анестезии, то можно предложить ей увеличиваться при ответе "да" или уменьшаться при ответе "нет".

Задачей **третьего шага** является отделить намерение от поведения. После установления коммуникации следует обнаружить намерение, стоящее за поведением. Пациенту предлагают спросить часть, ответственную за проявление (симптом), от которого он хотел бы избавиться: "Что ты стараешься сделать для меня?".

Ответ может предстать в картинах, словах, чувствах, ощущениях и пр. Если приходят только ощущения и трудно понять их смысл, можно использовать технику наложения (см. далее), чтобы создать более полное представление. Если намерение предстанет как выполняющее отрицательную, а не положительную функцию по отношению к пациенту ("я не позволяю тебе вступать в сексуальные отношения"), то следует отступить на шаг, предложив больному задать вопрос: "Что ты пытаешься сделать для меня, запрещая вступать в сексуальные отношения?" Это дает возможность выявить конструктивную функцию намерения ("если ты вступишь в сексуальные отношения, тебе нанесут вред").

**Четвертый шаг** преследует цель найти три новых способа удовлетворить намерение. Чаще всего это делается посредством обращения к творческой части человека (или умной части, схематизирующей части и т. п.) с просьбой создать три новых, более удовлетворяющих способа выполнения намерения. В том случае, если у человека "нет" творческой части, ее необходимо "создать". Для этого пациент должен вспомнить ситуацию, когда он был творческим, а затем установить якорь, который обеспечивает доступ к этой творческой части. Если же больной утверждает, что никогда не был творческим, его следует спросить, не знает ли он какого-нибудь человека, которого он считает таковым. Если знает, то ему следует предложить представить себе этого человека визуально и аудиально, и попросить этого воображаемого человека создать три лучших способа исполнения намерения. Несмотря на то, что ответы порождаются внутренними процессами пациента, эта техника позволяет обойти чувство "я этого не могу". Наименее желательна, но все же приемлема стратегия, когда терапевт сам предлагает возможные альтернативы.

Для реализации **пятого шага** предлагается первоначально выделенной части, ответственной за нежелательные для человека проявления, например, какие-либо патологические симптомы, принять новые возможности. Пациент должен спросить эту часть, согласна ли она, что три новые возможности, по крайней мере, так же эффективны, как первоначальное поведение, которое было признано нежелательным. Если она скажет "да", используя ранее установленный способ коммуникации, следует попросить больного спросить, согласна ли эта часть принять ответственность за генерацию этого поведения в соответствующих контекстах. Если та часть, о которой идет речь, не соглашается,

что новые возможности лучше первоначального поведения, пациенту необходимо попросить ее пойти к творческой части и поработать с ней вместе, чтобы предложить лучшие возможности. В случае отказа части личности, ответственной за нежелательные проявления (симптомы), принять на себя ответственность за новое поведение (что случается очень редко), следует найти часть, которая согласится это сделать.

**Шестой шаг** представляет собой "экологическую" проверку. Для ее осуществления человек должен спросить себя, не возражает ли какая-нибудь его часть переговорам, которые имели место. Ответ получают в установившейся системе коммуникации (см. второй шаг). В случае положительного ответа процесс завершен. При отрицательном же ответе следует вернуться к осуществлению процесса, определив возражение, отделив намерение от самого возражения и так далее по остальным шагам.

Если часть, породившая нежелательное поведение, отказывается от коммуникации на уровне сознания, то вместо описанных шагов должны быть предприняты следующие, обходящие эту трудность. Естественно, что **первый шаг** остается неизменным. При осуществлении **второго шага** отсутствие ответа следует считать ответом. Предполагают, что контакт осуществлен и переходят к следующему шагу. При реализации **третьего** и **четвертого** шагов следует спросить часть, ответственную за нежелательные проявления, знает ли она, что делает для пациента. При ответе "да" необходимо предложить ей отправиться к творческой части и получить от нее три новых способа, позволяющих делать это лучше. Когда она это сделает, то пусть подаст какой-нибудь специфический сигнал. **Остальные** шаги требуют только ответа "да"—"нет" и сознательный ум не должен знать специфическое содержание нового поведения. В редких случаях часть, ответственная за нежелательное поведение, может ответить, что не знает (ответ "нет"), что делает для человека. Спросив ее, уверена ли она в этом, можно прямо попросить ее прекратить генерацию этого поведения.

Л. Кэмерон-Бэндлер (1993) отмечает, что ею при большом опыте проведения шестишагового переформирования такой ответ был получен лишь однажды. В этом случае часть сообщила, что она забыла, в чем состояло намерение, но подчинилась инструкции прекратить порождение нежелательного поведения.

## 2.2. КОНТЕКСТУАЛЬНОЕ ПЕРЕФОРМИРОВАНИЕ

При проведении этого вида переформирования предполагается, что всякое поведение может быть полезным в каком-нибудь контексте. Задача же состоит в том, чтобы найти такой контекст, а затем прикрепить к нему это поведение. Технические шаги в данном случае такие же, как и при рассмотренном ранее варианте переформирования, за исключением того, что **третий шаг** устанавливает подходящий контекст, а **четвертый** необходим только в том случае, если часть, порождающая поведение, не знает никакого подходящего контекста. Тогда может быть вызвана творческая часть, чтобы создать возможный подходящий контекст. На **пятом шаге** часть принимает на себя ответственность за генерацию поведения только в соответствующем контексте.

Иллюстрация использования комбинации шестишагового и контекстуального переформирования приведена в приложении 3.

## Глава 3 НАЛОЖЕНИЕ

Техника нацелена на то, чтобы помочь пациентам в возникновении у них полных переживаний. Это достигается за счет включения всех сенсорных модальностей. Наложение начинают с вербализации, которая соответствует **первичной репрезентативной системе пациента**. Затем вербально добавляются другие сенсорные модальности по одной. Используются естественные моменты пересечения, которые существуют между модальностями. Так, высоковизуальному человеку предлагают представить себе образ деревьев во всех деталях. Когда возникнет хорошее внутреннее видение этой картины, можно предложить ему начать видеть покачивание листьев и ветвей. Затем можно предложить услышать звучание ветерка, мягко овевающего деревья и шелестящего листвой. Затем можно предложить человеку почувствовать прохладу, так как этот ветерок овеивает и лицо. Чувствуя эту прохладу ветерка на лице, можно предложить ему почувствовать запах свежести, который доносит этот ветерок.

Эта техника **наложения репрезентативных систем** может быть особенно полезной при работе с больными, которые не способны сосредоточить свое сознание на кинестетической части опыта при сексуальной коммуникации. Пациентам, у которых не

было успешных сексуальных контактов, а также слишком стыдливым и полным запретов людям можно рекомендовать использовать наложение с помощью управляемых фантазий сексуальных переживаний.

Приведем пример одной из многих инструкций, предлагаемых с этой целью Л. Кэмерон-Бэндлер (1993). Так, в случае с визуально-ориентированными пациентами она использует следующую рецептуру: "Посмотри на него. Отчетливо ли ты его видишь? Хорошо. Теперь, когда он склоняется ближе к тебе, и ты видишь особое выражение в его глазах, ты можешь прямо-таки прийти в восторг. И когда он приближается к тебе все ближе и ближе, ты видишь его плечо и его лицо прямо рядом с собой, и ты можешь начать слышать его шепот. Он шепчет, и ты можешь почувствовать его дыхание, как оно щекочет тебе ухо, и, может быть, слегка покусывает. Его слова и его близость меняют ритм и частоту твоего дыхания...".

Техника наложения может быть высокоэффективной в том случае, когда больной просто не может увидеть себя совершающим половой акт. В данном случае следует воспользоваться управляемой фантазией, так как видение себя делающим что-то по существу создает внутренний опыт.

Во время интимной близости могут возникать помехи кинестетическим переживаниям. В этих случаях описываемая техника также может дать хороший эффект. Л. Кэмерон-Бэндлер (1993) описывает случай успешного лечения женщины-сексопатолога, которая жаловалась, что без помощи вибратора она не может достичь оргазма. Оказалось, что во время полового акта внутренний голос начинает ее отвлекать, говоря следующее: "Он начинает уставать, у него никогда этого не будет", и т. п. в том же роде. Это заставляет ее тревожиться и уводит от сексуальных переживаний. Главным же для ее любовника было, чтобы разрядка у них наступала одновременно. Однако внутренний голос пациентки, говорящий, что мужчина устал и даже начинает скушать, выполнял функцию реализующегося пророчества.

С целью коррекции пациентке было предложено использовать этот внутренний голос для описания своего непосредственного переживания. Этот голос во время интимной близости теперь описывал, как мужчина дотрагивается до нее, тепло его рук, нежность и силу его прикосновений, звучание и ритм его дыхания, биение сердца.



Когда больная научилась этому, ей было рекомендовано использовать эти описания для приближения переживаний, которые она хотела испытать: "Чувствуя, как он движется вместе со мной, я чувствую, что сама все больше возбуждаюсь, дышу все быстрее, приближаюсь все больше к оргазму" (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993, с. 191).

Так как в данном случае результат с самого начала определялся внутренним диалогом, то данная терапия привела к ликвидации аноргазмии. С течением времени, хотя пациентка и продолжала использовать этот метод, внутренний голос постепенно начал выпадать из ее сознания и все внимание было занято полнотой кинестетического переживания.

Техника наложения может быть использована также для того, чтобы научить пациентов отождествляться с переживаниями партнера, что, в свою очередь, оказывает выраженное терапевтическое воздействие (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993). При использовании данной модификации больной воображает, что перенесся в тело партнера. Он начинает с наиболее естественной для себя репрезентативной системы, а затем использует принцип наложения, чтобы создать полное переживание. Пациент видит себя с точки зрения партнера, дотрагивается, слышит звуки собственного голоса и пр. Этот опыт является источником обратной связи.

В типичном случае больной изменяет свое поведение, приспосабливаясь к собственному воображению, делая это поведение более уместным в новой перспективе. Естественно, что в действительном сексуальном контексте он использует непосредственную обратную связь, чтобы выяснить, действительно ли его поведение вызывает желаемые реакции.

В случае сексуальной дисгармонии партнерам может быть предложен обмен ролями (партнеры по очереди как бы становятся друг другом).

Некоторым людям также рекомендуют прикосновения к партнеру с одновременным представлением, как это воспринимается его (партнера) кожей, оказывая стимулирующее воздействие. Это особенно полезно тогда, когда один из членов пары склонен к оральному сексу. Человек может сильно возбудиться, представляя себе, как оральные манипуляции воспринимаются партнером.

# ТРЕХПОЗИЦИОННАЯ ВИЗУАЛЬНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДИССОЦИАЦИЯ И АССОЦИИРОВАНИЕ С ПЕРЕЖИВАНИЕМ

## 4.1. ТРЕХПОЗИЦИОННАЯ ВИЗУАЛЬНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

В некоторых случаях обычная техника якорей недостаточна. Это связано с тем, что в опыте человека не всегда можно найти позитивное переживание, которое по силе могло бы быть противопоставлено негативным переживаниям, связанным с фобией. В связи с этим возникает необходимость насколько возможно уменьшить интенсивность фобических переживаний. Поэтому нужно сделать так, чтобы пациент, вспоминая ситуацию, которая впервые вызвала у него страх, не отождествлял себя с самим собой в прошлом опыте, а как бы наблюдал за собой со стороны, т. е. всего лишь испытывал чувства по поводу того, что он видит.

Такая двухпозиционная диссоциация естественно возникает у некоторых людей, однако это не всегда является достаточным для того, чтобы удержать их от соскальзывания в реальность психотравмирующей ситуации. Поэтому используется техника трехпозиционной диссоциации, которая позволяет пациенту увидеть себя именно с третьей позиции. Используя эту технику, например, можно превратить первый травматический сексуальный опыт в нечто, заслуживающее лишь улыбки.

План проведения этой техники следующий (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993).

1. Необходимо установить сильный якорь для устойчивого состояния комфорта.

2. Продолжая удерживать этот якорь, пациенту следует предложить увидеть себя со стороны более молодым в психотравмирующей ситуации из прошлого, которая впервые вызвала у него негативные эмоциональные переживания, возникающие и поныне.

3. Когда это удастся, пациенту следует предложить "выйти" из собственного тела (третья позиция) так, чтобы он мог увидеть себя сидящим рядом с психотерапевтом (вторая позиция) и следящим за собой более молодым (первая позиция). При реализации трехпозиционной диссоциации ее следует поставить на якорь.

4. Затем больной должен пройти через обусловившее возникновение фобий переживание, сохраняя при этом кинестетическую диссоциацию от травматического опыта, используя якоря и вербальные паттерны.

5. Когда переживание полностью просмотрено, следует предложить пациенту вернуться из третьей позиции во вторую.

6. Сегодняшний пациент должен "подойти" к себе более молодому, дать понять, что он его ценит, пообещать из будущего комфорт, успокоение и избавление от неприятных переживаний.

7. Когда нынешний пациент убедится в том, что визуализируемый им более молодой человек (он сам в прошлом) понимает его и верит ему, должна быть проведена интеграция путем "введения" образа из прошлого внутрь тела сегодняшнего больного.

Если диссоциация не вполне удается с первого раза, отмечается полное соскальзывание к переживаниям из прошлого, то ее осуществляют два или три раза, пока человек не оказывается достаточно диссоциированным для завершения всего процесса.

Иллюстрация применения данной техники приведена в приложении 4.

#### **4.2. АССОЦИИРОВАНИЕ С ПЕРЕЖИВАНИЕМ**

Эту технику считают обращением предыдущей. В данном случае, например, при наличии каких-либо сексуальных проблем пациент должен увидеть себя в интимной ситуации, испытывающим всю полноту необходимых ощущений. Мужчины, у которых имеются эрекционные нарушения, должны, в частности, представлять полную эрекцию. После того, как человек увидел себя в этой ситуации со стороны, ему следует "выйти" из себя и "войти" в свою визуализацию ("войти" в картину).

### **Глава 5**

#### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТАФОРА**

Использование метафор — это особая техника рассказывания историй, обеспечивающая бессознательное и сознательное обучение человека, которое обуславливает его новое поведение. Метафора иносказательно представляет проблему пациента и показывает путь к ее решению.

"Метафоры (в форме волшебных сказок, стихов, анекдотов) сознательно и подсознательно используются терапевтами в целях помощи клиентам для осуществления желаемых изменений. Клиент может выражать какие-либо области своего опыта, где он чувствует ограниченность удовлетворяющих его выборов или отсутствие альтернатив. В этом случае терапевт может рассказать ему анекдот из своей собственной жизни, из жизни другого клиента или придумать новый. Намерение, которое предшествует этим рассказам, исходит из того, что опыт другого человека в преодолении проблем, сходных с проблемой данного клиента, даст ему (прямо или косвенно) способ, при помощи которого он сможет справиться с ситуацией" (Д. Гордон, 1995, с. 24).

Метафоры широко используются различными психологическими и психотерапевтическими школами. В качестве примеров можно привести "Оно", "Я" и "Сверх—Я" как элементы структурной модели человеческой психики в психоаналитическом подходе.

Существует даже метафора, которая в целом характеризует недирективный подход в психотерапии. Это история из жизни самого Милтона Эриксона. В ней он сообщает, как однажды возвращался из колледжа с друзьями, и вдруг мимо них на большой скорости промчалась лошадь с надетой уздечкой. Она влетела в ближайший фермерский двор, чтобы попить воды, и была вся взмылена. Фермер не признал ее, и тогда Эриксон вместе с друзьями загнал ее в угол двора... Так как на ней была уздечка, он взялся за поводок и повел лошадь к дороге. Он знал, что она повернет в правильном направлении, хотя и не знал, какое оно. Лошадь зарысила по дороге. Ежеминутно она поры валась свернуть с дороги в поле. Тогда Эриксон чуть подталкивал ее обратно к дороге. Наконец мили через четыре от того места, где они начали движение, лошадь повернула к ферме, и фермер спросил, где ее нашли. Эриксон ответил, что милях в четырех отсюда. Тогда этот фермер спросил его, откуда он знал, куда идти. Эриксон ответил: "Не знаю... Лошадь знает, я всего лишь привлекал ее внимание к дороге".

Метафоры применяются не только с целью создания и лучшего понимания каких-либо теоретических построений, но и широко используются в психотерапии самых различных направлений.

В качестве примеров могут быть приведены предложенные нами психотерапевтические приемы, осуществляемые в рамках когнитивно-ориентированного подхода. Так, при описании приема "**сопоставление по аналогии**" (Кочарян Г. С, 1990) отме-

чается, что сексуальная сфера является повышено уязвимой, так как вследствие парности сексуальной функции включена в контекст интерперсональных отношений. Любые мнимые и истинные сексуальные нарушения могут наносить ощутимые удары по личностному престижу, формируя у мужчины ощущение собственной неполноценности.

Естественно, что в ряде случаев сексуальные проблемы переживаются особенно остро, например, при наличии тревожно-мнительных черт характера. При этом пациент может связывать свою сексуальную недостаточность с "малыми" размерами члена ("синдром малого члена"), а иногда и яичек. Так, один из наших пациентов с сенситивной акцентуацией характера и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи жаловался на малые размеры пениса, который при измерении оказался выше нижних границ нормы, а также уменьшение одного из яичек, которое при осмотре ничем не отличалось от другого.

При анализе подобных случаев мы пришли к выводу, что такое гипертрофированное восприятие может оцениваться по аналогии с оптическим искажением, имеющим место при рассматривании предмета через лупу с близкого расстояния (двояковыпуклую линзу при расположении от нее предмета на расстоянии меньше фокусного). В характеризующих же наблюдениях речь идет об искажениях психического порядка, связанных с гипертрофированной оценкой происходящих событий. Все это напоминает шарж, когда отдельные черты лица, выражающие особенности характера человека, подаются художником в утрированном виде.

Следует отметить, что склонность к гротеску заложена в самой психике человека и связана с восприятием им чего-либо значимого не нейтрально, а в большей или меньшей степени эмоционально. Это и является источником искажения воспринимаемого. Иллюстрацией может служить шестое упражнение высшей степени аутогенной тренировки (аутогенной медитации), разработанной Шульцем.

При выполнении этого упражнения тренирующийся должен научиться вызывать образы других людей. Вначале рекомендуется концентрировать внимание на сравнительно безразличных образах (почтальон, шофер автобуса и т. п.), так как на первых этапах визуализация лиц, связанных определенными отношениями с тренирующимися (как положительными, так и отрицательными), затруднена.

По мере продвижения в усвоении упражнения человек учится вызывать образы приятных и неприятных ему людей. Первоначально эти образы несколько шаржированы, карикатурны, так как приятные или неприятные свойства подсознательно гиперболизируются и лишь с течением времени становятся все более "спокойными", "бесстрастными", лишенными элементов эмоциональной гиперболизации. Это расценивается как важный показатель успешности усвоения упражнения, проявлением начавшейся "аутогенной нейтрализации".

К "нейтрализации" мы должны стремиться и при проведении психотерапии в описываемых нами случаях. Эта коррекция, по нашему мнению, должна оперировать доступными и показательными аналогиями (метафорами), каковой и является вышеописанная аналогия из оптики. Проводя ее, мы говорим пациенту, что если человек понимает особенности своего характера, которые "преломляют" происходящие события подобно увеличительному стеклу, то он становится сильнее, так как появляется возможность проведения аутокоррекции. В беседе с ним мы отмечаем, что "бытие должно быть поднято на высоту сознания", и упоминаем высказывание одного известного мыслителя, который говорил, что он бы отказался от знаний без возможности обнаруживать их.

В любой эмоционально напряженной ситуации мы рекомендуем пациенту вспоминать, что он особенно, не так, как другие люди, воспринимает происходящие события, и представлять искажение предмета, рассматриваемого через лупу. Это поможет ему в оценке действительной значимости происходящего. Для того, чтобы помочь в этом больному, используется другая аналогия (метафора), тоже из оптики. Мы отмечаем, что явления могут предстать в своей истинной значимости в том случае, когда ранее увеличенное изображение будет пропущено через двояковогнутую линзу — уменьшительное стекло. В результате этого произойдет переоценка происходящих событий в соответствии с их истинной значимостью.

Многочисленное использование вышеописанного психотерапевтического приема, который по современным канонам следует относить к рационально-эмотивной психотерапии Альберта Эллиса (А. А. Александров, 1997; Р. Мак Маллин, 2001), выявило его высокую результативность.

Примером другого психотерапевтического приема, где в качестве одного из компонентов нами использовалась метафора,

служит прием **"расширения сознания"** (Г. С. Кочарян, 1990). При описании этого приема отмечается следующее. Приступая к лечению пациента с сексуальным расстройством, врач всегда относится к последнему как к злу, подкрепляя у пациента уже существующую уверенность в этом.

Однако не всегда учитывается конкретный контекст партнерских взаимоотношений. Так, по нашему глубокому убеждению, в ряде случаев расстройство может иметь и положительное значение, выступая в качестве индикатора надежности партнерской коммуникации. В самом деле, когда в партнерстве, которое по прогнозам должно превратиться в брачный союз, возникает сексуальная поломка у мужчины, в ряде случаев отмечается неприимчивость женщины к возникшим нарушениям, приводящая к разрыву отношений. В результате у мужчины к беспокойству, обусловленному сексуальным срывом, прибавляются переживания, связанные с боязнью потери любимого человека.

В этих случаях, на наш взгляд, целесообразно ориентировать пациента на оценку сексуального расстройства с иной, альтернативной позиции. Мы заявляем больному, что его понимание создавшегося положения узкое и что его расстройство в данном случае благо, а не зло. Очень хорошо, что расстройство возникло именно сейчас, а не позже, и он смог вовремя распознать человека, с которым хотел связать свою судьбу. На поверку оказалось, что между ними не было ничего общего, кроме постели. Таким образом, заключаем мы, сексуальное расстройство сыграло положительную роль.

В подобных случаях также полезно попросить больного представить, что бы могло произойти, если бы это расстройство возникло гораздо позже, когда спустя годы после состоявшейся женитьбы были бы общие дети, совместное жилье и хозяйство, и когда бы он был связан со своей женой множеством других социальных связей.

Убедить больного в его ограниченной оценке случившегося, не учитывающей всей "полноты" понимания проблемы, может помочь и следующая притча, которую полезно ему рассказать.

Один старый китаец был единственным человеком в деревне, который имел лошадь. Естественно, что он был богаче остальных, так как мог вспахать больше земли. Все считали его счастливым, пока лошадь не убежала. Тогда его начали жалеть. Через несколько дней его лошадь вернулась и привела с собой дикую

лошадь. Так как теперь и вторая лошадь стала принадлежать ему, то все стали говорить о его удачливости. Однако на следующий день его сын, пытаясь влезть на дикую лошадь, упал с нее и поломал себе ногу. Односельчане сочли это несчастьем. Через некоторое время появились гонцы императора, забирающие юношей в армию. Понятно, что сына старого китайца из-за поломанной ноги в армию не взяли.

Эта притча в иносказательной форме помогает посмотреть на происходящие события по-другому. Оказывается, что расстройство ("поломанная нога") может определенно выполнять положительную функцию. Естественно, что такой подход, который по современным градациям следует отнести к позитивной психотерапии Хосрата Пезешкиана (Х. Пезешкиан, 1993; В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, 1997), вовсе не означает отказа от ликвидации сексуальных нарушений.

Примером техники, в котором в качестве одного из терапевтических компонентов используется метафора, может служить и прием "**ложный сигнал**" (Г.С. Кочарян, 1989), который используется для психотерапии лиц с сенестопатиями.

Как известно, сенестопатии — это тягостные, аморфные, неприятные, часто весьма своеобразные ощущения (расширение, перекручивание, жжение, щекотание и т. п.), локализующиеся в различных частях тела. Не останавливаясь на полном описании этого приема, сообщим лишь историю, которая на самом деле имела место в реальной действительности, и выполняет при осуществлении этой техники функцию терапевтической метафоры. Эта история оказывает эффективное воздействие на психику пациентов.

Перед отъездом одной семьи на отдых их квартиру взяли под охрану, подвели сигнализацию. Дважды за время отдыха сигнализация срабатывала. Однако всякий раз устанавливали, что никто не посягал на имущество владельцев. Следовательно, заключали мы, в квартире все в полном порядке, а неполадки нужно искать в самой системе, обеспечивающей сигнализацию.

Действенным может оказаться и следующий, примененный нами при проведении этой техники, вспомогательный прием. Пациенту рассказывают, что нередко люди, лишившиеся конечности (руки или ноги), ощущают в ней боль.

Как известно, изначальной задачей создателей НПП было выделение эффективных паттернов и техник психотерапии, которые часто неосознанно использовались ее корифеями. Объек-



том тщательного изучения стала и терапевтическая метафора. Устанавливалась ее оптимальная структура, разрабатывались закономерности ее формирования, в общем делалось все для того, чтобы ее применение было эффективным.

"Главнейшим требованием, предъявляемым к метафоре в отношении ее эффективности, является то, чтобы она встречала клиента в его модели мира. Это не означает, что содержание метафоры обязательно должно совпадать с содержанием ситуации клиента. "Встретить клиента в его собственной модели мира" означает лишь то, что метафора должна сохранять структуру данной проблемной ситуации. Другими словами, значимыми факторами метафоры являются межличностные взаимоотношения и паттерны, при помощи которых клиент оперирует внутри контекста "проблемы". Сам по себе контекст значения не имеет" (Д. Гордон, 1995, с. 25).

Для того, чтобы быть эффективной, терапевтическая метафора должна конструироваться по определенным правилам. Во-первых, она должна быть изоморфной (эквивалентной) проблемному содержанию, т. е. обладать той же или подобной структурой. При этом "изоморфизм" в данном контексте следует понимать как метафорическое сохранение взаимоотношений, которые имеют место в актуальной проблемной ситуации. Во-вторых, терапевтическая метафора должна предлагать замещающий опыт и давать доступ к ранее не замечавшимся возможностям выбора. Помимо этого, и это является третьим необходимым условием, метафора обязана предлагать разрешение или ряд разрешений проблемы в ситуациях, обладающих одинаковой структурой и, таким образом, вести пациентов к соответствующим выборам.

План составления метафоры следующий:

1. Полностью определяется проблема.
2. Определяются ее структурные составляющие и соответствующие "действующие лица".
3. Отыскивается ситуация, обладающая подобной структурой.
4. Указывается логическое разрешение и определяется, чему нужно научиться. Находят контексты, где эти моменты будут очевидными.
5. Эта структура облекается в историю, которая будет занимательной или скроет намерение, чтобы избежать сопротивления пациента.

При использовании этой техники, чтобы помочь ей работать, используется метод якоря и различные другие невербальные и вербальные средства.

Иллюстрация построения и клинического применения терапевтической метафоры приведена в приложении 5.

В литературе по НЛП и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта.

Метафоры широко используются в недирективном (эриксоновском) гипнозе. М. Н. Гордеев (2001) придерживается той точки зрения, что для наибольшей лечебной эффективности метафора должна подаваться таким образом, чтобы она осознавалась пациентом в наименее возможной степени, а лучше вообще не осознавалась. Названный автор приводит данные, согласно которым у правшей правое полушарие не является доминантным. Его считают зоной бессознательного. Это полушарие воспринимает мир целиком и за счет создания целостной истории метафора попадает непосредственно в правое полушарие. Там она встречается с бессознательным, для которого она и создавалась. "Метафоры играют роль психологических субстратов, с помощью которых мы зондируем бессознательное пациента, пытаемся дать ему необходимые идеи и пробудить его ресурсы" (М. Н. Гордеев, 2001, с. 204).

Для того, чтобы обойти сознание, цитируемый автор говорит о необходимости использования **встроенных метафор**. Такие метафоры состоят из нескольких ступеней, обычно из двух или трех. Они представляют собой историю-матрешку, когда один сюжет вкладывается в другой, этот — в третий. Вкладывание производится следующим образом.

Обычно на первом этапе работы предьявляется метафора изменений. Например, внимание субъекта могут обращать на какое-либо явление природы. Предположим, это зима с подробным описанием свойственных ей явлений. Приблизительно в середине повествования первый рассказ о зиме прерывают и после небольшого перерыва, необходимого для отделения первой метафоры от следующей, начинают сообщать другой метафорический материал. Например, рассказ о доме среди снежного леса. В этом доме есть часы, а у них стрелки. Маленькая стрелка, которая указывает часы, — самая важная, но движется она медленно. Боль-

шая же стрелка (минутная) движется гораздо быстрее, но за этим движением стоит гораздо меньше изменений, чем за движением маленькой стрелки. Этот рассказ продолжается до того момента, пока не делается внушение, которое каким-то образом связывает движение стрелок этих часов с изменениями в жизни данного пациента.

Когда речь идет только об одной метафоре, которая встраивается в другую (первую), вторая метафора (встроенная) является основной.

По завершению предъявления этого основного метафорического материала после некоторого перерыва вновь возвращаются к рассказу о зиме, в том числе и о снеге, который, укрывая землю, сохраняет в ней все те зерна, что упали в нее. "Он сохраняет их до того момента, когда придет весна и солнце пригреет и растопит снег, растопит лед. И снег, и лед, которые, с одной стороны, мешали семенам, а с другой стороны, сохраняли их, теперь послужат питательной влагой, которая напоит землю, и семена прорастут..." (М. Н. Гордеев, 2001, с. 206).

На этом заканчивается сообщение этой первой метафоры. Использование этой "двойной спирали" приводит к тому, что две разделенные части первой метафоры психика соединяет в единое целое, в то время как вторая метафора обходит контроль сознания и непосредственно адресуется бессознательному пациента, "...помогая ему работать именно с главной метафорой, закрывая ее от наблюдения сознания, как снег закрывает зерна" (М. Н. Гордеев, 2001, с. 206).

Схематически "двойная спираль" отражена на рис. 1.

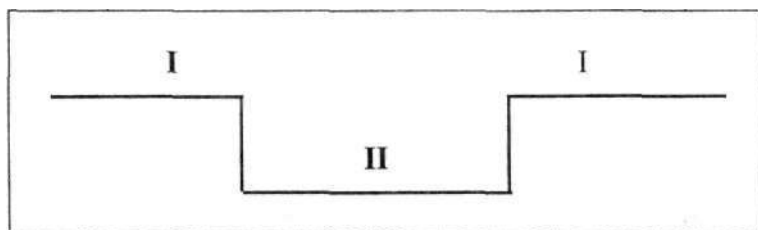


Рис.1. "Двойная спираль" (М. Н. Гордеев, 2001, с. 205).

Подобным образом строится и трехкомпонентная метафора ("тройная спираль"). Тогда есть не две, а три матрешки, встроенные

одна в другую. Сначала рассказывается первая история, которую сообщают приблизительно до середины. Затем предъясняется вторая метафора, которую также обрывают примерно на середине. После этого полностью рассказывают третью историю, затем завершается вторая.

Весь цикл заканчивается завершением рассказа первой метафоры. При этом следует помнить, что перед каждым переходом от одной метафоры к другой следует делать некоторый перерыв, чтобы отдельные метафоры не слились одна с другой и воспринимались психикой человека дискретно. В случае такого двойного вложения (см. рис. 2) третья метафора является основной. Такое вложение еще в большей степени обеспечивает ее подачу бессознательному, закрывая эту метафору от сознания.

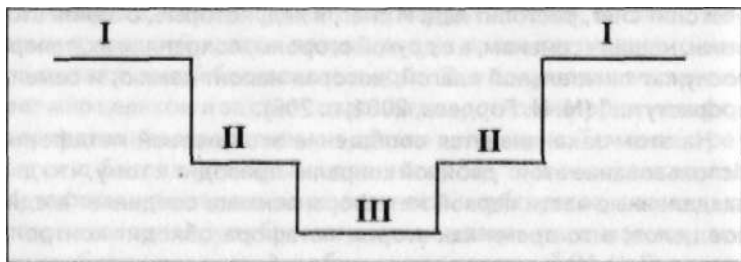


Рис. 2. "Тройная спираль" (М. Н. Гордеев, 2001, с. 206)

Несмотря на то, что сама идея "матрешки" предполагает ее (основной метафоры) амнезию, при завершении встроенной метафоры желательно дополнительно дать установку на ее забывание.

## Глава 6

### СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Нами (Г.С. Кочарян, 1991, 1994) разработан высокоэффективный способ лечения, который следует отнести к НЛП. Он получил название "способа коррекции поведенческих программ" (СКПП) и в основном апробировался на мужчинах с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. К его достоинствам, помимо хорошей результативности, следует отнести:

- 1) быстрый лечебный эффект;
- 2) малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 минут, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3—5 мин);
- 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации);
- 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий;
- 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Он реализуется в два этапа. *Целью первого этапа* является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о предкоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. *На втором этапе* оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и терапевт сидят или стоят друг против друга) следующая.

**Первый этап.** Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости — мелькание — исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание

потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова "... и может так случиться, что ...". После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того, как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта).

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная ("здоровая") программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки

стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнершами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы ("... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной" и т. д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего количества лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

**На втором этапе**, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возмож-

ность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий.

При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны понять и, следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

## Глава 7

### ВЗМАХ

Этот метод является весьма эффективным и может быть использован при очень многих расстройствах. Ричард Бэндлер (1994) характеризует эту технику как очень плодотворную, обладающую более мощным действием, чем любая другая техника, которой он пользовался, и отмечает, что она может быть приме-



нена к чему угодно. Эта техника, по его словам, программирует мозг на движение в новом направлении.

План ее проведения следующий:

1. Определение проблемного поведения (курение, грызение ногтей, неукротимая тяга к шоколадным изделиям и т. п.) и контекста, в котором оно реализуется.

2. Идентификация ключевого стимула. Следует выбрать ключевой стимул, который запускает соответствующее проблемное поведение. Это может быть определенный образ, звук, тактильное ощущение или стимулы других модальностей. При идентификации этого стимула следует помнить, что он возникает всегда непосредственно перед появлением названного поведения. Например, таким стимулом у курильщика может быть образ его руки, вытаскивающий сигарету из пачки.

В некоторых случаях, когда различные сильные внешние стимулы сопряжены с определенным внутренним состоянием, которое в свою очередь запускает нежелательную реакцию, гораздо проще использовать в качестве стимула данное внутреннее состояние.

Ключевые стимулы при их представлении (как внешние, так и внутренние) должны быть ассоциированы с теми, которые существуют в реальной действительности, т. е. соответствовать им в наибольшей степени.

3. Создание желаемого привлекательного и мотивирующего Я-образа. Бэндлер называет это созданием образа результата. В случае работы в зрительной модальности он говорит клиентам следующее:

"Теперь создайте второй образ — как бы вы видели себя по-другому, если бы уже достигли желаемого изменения. Я хочу, чтобы вы продолжали регулировать этот образ, пока не получите такой, который для вас действительно привлекателен — который сильно влечет вас" (Р. Бэндлер (1994, с. 143-144).

Для того, чтобы Я-образ был мотивирующим, пациент должен быть диссоциирован с ним, т. е. не отождествлять себя с этим образом. Вместе с тем в ряде случаев все же возникает необходимость такой временной ассоциации. Это может быть связано с тем, что хотя пациент и видит себя более совершенным, однако не может знать, насколько ему это понравится.

Временная ассоциация также полезна тогда, когда человек не может за один раз представить себе Я-образ, обладающий

достаточным количеством ресурсов для решения проблемы. В этом случае каждая последующая ассоциация является очередной "примеркой", позволяющей определить то, что еще следует прибавить к более совершенному Я-образу, который обеспечит непроблемное функционирование личности.

Создавая Я-образ, следует стремиться наделять его определенными качествами, а не конкретными вариантами поведения, так как "просчитать" все возможные варианты его реализации практически чрезвычайно сложно. Вместе с тем Я-образ, наделенный определенными качествами, сможет конкретизировать варианты компетентного поведения и адаптировать их к каждой конкретной ситуации. "Программируя в терминах *качеств*, вы обеспечиваете гораздо большую гибкость в том, /сокдостичь желаемого результата. Вы видите кого-то, кто в ответ на запросы ситуации смог бы породить много различных конкретных способов поведения" (К. Андреас и С. Андреас, 1994, с. 60).

4. Собственно взмах. На этом этапе реализации описываемой техники необходимо "смахнуть" ключевой стимул Я-образом. Это делается путем их совмещения. При этом изначально сильный ключевой стимул ослабевает, а первоначально слабый Я-образ (образ результата), напротив, усиливается.

В случае, когда речь идет о работе со зрительными образами, Р. Бэндлер (1994, с. 144) рекомендует производить следующее: "Сначала увидите ту пусковую картину, большую и яркую. Потом в нижний правый угол поместите маленький темный образ результата. Маленький темный образ будет увеличивать размеры и яркость и покрывает первую картину, которая потемнеет и скукожится также быстро, как вы произносите слово "взмах". Потом очистите экран или откройте глаза. "Махните" их снова — пять раз в общей сложности. Непременно очищайте экран в конце каждого взмаха".

Не всегда необходимо проводить взмах 5 раз. Иногда даже одного или двух взмахов бывает достаточно.

Следует отметить, что некоторые из рекомендаций Бэндлера по осуществлению визуального взмаха с течением времени претерпели определенную динамику. При этом речь идет об изменениях, внесенных как им, так и другими авторами. К. Андреас и С. Андреас (1994, с. 70) в связи с этим сообщают следующее:

"Когда Ричард Бэндлер впервые учил стандартному взмаху с размером/яркостью, он сказал людям, чтобы те поместили маленькую темную картину Я-образа в нижний левый угол большой

яркой ключевой картины. Годом позже он предложил поместить ее в нижнем правом углу. Мы обнаружили, что многие находят более легким поместить ее где-нибудь в центре. Вы можете даже сказать: "Выберите какой-нибудь маленький темный участок вроде пуговицы или затененную область и позвольте картине Я-образа быстро раскрыться оттуда подобно расцветающему цветку". Это позволяет использовать какой-нибудь уже существующий в ключевом образе маленький темный участок без траты сил на добавление еще одной маленькой темной картины. Чем более вы можете использовать предпочтения вашего клиента и имеющиеся у него способности, тем легче будет вам обоим".

Мы в своей работе просим пациентов найти "участок затемнения" в любом месте экрана. Это может быть пятно или что-то похожее на пуговицу. Однако мы очень любим при проведении взмаха использовать несколько модифицированную метафору с джином в бутылке. В этой метафоре темное пятно — пробка от бутылки, в которой находится джин. Когда мы открываем пробку, его образ маленький и тусклый, однако он быстро увеличивается, не помещается в бутылке и "выливается" на экран, на котором расположено большое и яркое изображение ключевого стимула. При этом данное изображение "смывается" образом результата (уменьшается, а затем исчезает).

В тех случаях, когда образ результата не может обеспечить непроблемное поведение, мы просим пациента представить человека, которого он хорошо знает и который лишен данной проблемы. Желательно, чтобы внешне он был похож на нашего пациента. Постепенно по мере выполнения взмаха и от одного взмаха к другому этот "человек-идеал" становится все больше и больше похожим на нашего больного, а в конце этой процедуры он "превращается" в нашего клиента.

Однако, если человек-идеал даже внешне не похож на нашего больного, то при выполнении взмаха мы постепенно наделяем его всеми внешними атрибутами нашего пациента. Таким образом в конце процедуры он видит именно себя, наделенного всеми необходимыми для решения существующей проблемы качествами.

Существуют и другие метафоры, в которых реализуют взмах. Приведем две из них (К. Андреас, С. Андреас, 1994). В первой метафоре ключевой образ представляется в качестве тонкой акварельной картины, нанесенной поверх нарисованного маслом портрета, на котором человек изображен таким, каким бы он хотел

быть. Начинаящийся ливень быстро смывает акварель и открывает под ней этот портрет. В другой метафоре картину Я-образа помещают на обратной стороне картины ключевого стимула. Затем ключевая картина наклоняется, переворачивается и снова выпрямляется, открывая Я-образ.

Следует отметить, что не всегда усиление воздействия зрительного ключевого стимула или образа результата связано с увеличением яркости и размера, хотя часто это бывает именно так. В ряде случаев, например, тусклость образа результата оказывает более сильное воздействие. Помимо этого, речь может идти о других визуальных субмодальностях, которые определяют силу воздействия образов. Поэтому при осуществлении взмаха необходима тщательная идентификация субмодальностей, а также оценка их влияния по шкале интенсивности.

Взмахи также могут быть аудиальными и кинестетическими. Помимо этого, существуют межсистемные взмахи, когда взмах может быть осуществлен в двух системах одновременно (например, в зрительной и слуховой).

5. Проверка. Существуют три ее варианта. Первый вариант предполагает воссоздание ключевого стимула (в случае работы в визуальной системе — образа, запускающего проблемное поведение). В том случае, когда взмах оказался эффективным, этого будет трудно достичь. Картина будет стремиться нивелироваться и замениться образом результата. Человек увидит себя таким, каким бы он хотел быть и каким он, возможно, уже стал.

Второй вариант — создание экспериментальной ситуации, которая предполагает воссоздание ключевого стимула. Если этот стимул не действует, это тоже является свидетельством эффективности проведенной терапии. Третий вариант — проверку реальной действительностью следует признать окончательной, надежной и решающей.

В ряде случаев можно наблюдать довольно интересные результаты проведения взмаха, свидетельствующие об его эффективности только для некоторых ситуаций, в которых проблемное поведение более не реализуется. Вместе с тем оно может реализоваться в другом контексте, что требует необходимости осуществления описанной техники повторно, но уже с учетом этого другого контекста.

Так, например, после проведения взмаха с одним из курильщиков он сократил количество выкуриваемых сигарет в день от

лачки до приблизительно пяти. Он больше не носил с собой сигареты и сам себя не "угощал" ими. Однако это не мешало ему время от времени просить их у друзей. Это при анализе оказалось связано с тем, что ключевым образом, используемым при проведении взмаха, было изображение его руки, вытаскивающей сигарету из пачки. Однако это не исключало того, что он смог беспрепятственно получать сигареты из чьей-либо руки, так как его мозг не произвел определенной генерализации.

В другом случае пациент полностью перестал курить правой рукой, но начал левой.

Нами техника взмаха применялась изолированно или совместно с другими психотерапевтическими методиками.

В нашем клиническом архиве, в частности, есть одно казуистическое наблюдение, где с целью терапии использовался взмах, когнитивно-ориентированные воздействия, а также гипнокатарсис (Г. С. Кочарян, 2001).

Большая Г., 38 лет, замужем, имеет 2 детей (дочь и сына), по образованию медицинская сестра (в настоящее время не работает по специальности). Обратилась за лечебной помощью в связи с сексуальными проблемами (отсутствие либидо, резко ослабленный оргазм и др.). Кроме этого, она **испытывает выраженное отвращение к сперме** (больше к ее виду и меньше к запаху), что проявляется при половых контактах с мужем.

При опросе выяснилось, что в возрасте 16 лет пациентка была изнасилована. После этого испытывает неприязнь ко всем мужчинам, кроме мужа, с которым у нее хорошие отношения. Однако впоследствии оказалось, что последнее утверждение больной не полностью соответствовало действительности. Об этом, в частности, свидетельствовало ее замечание, что когда она ласкает супруга, то думает при этом: "Ты такой же, зараза, как и те, кто меня насиловал". Обстоятельства изнасилования были следующими.

В 16 лет познакомилась с парнем (ему было 18—19 лет). Немного с ним встречались (2 недели). На одно из свиданий он приехал на мотоцикле (подъехал к ее дому в 4—5 часов дня) и предложил покататься. Она согласилась. Молодой человек повез ее в лес, где их ожидали его уже подвыпившие друзья. Сначала обстановка была спокойной, однако прием алкогольных напитков продолжался и "изрядно набравшиеся мальчики решили порезвиться".

Повода для грубого обращения девушка не давала, однако они стали приставать к ней с целью изнасилования. Так как она

сопротивлялась, то ее сильно избили. Два человека били, разорвали платье. Били в живот, по печени, "которая болит по сегодняшний день". Насиловал только "ее" парень. Он ввел во влагалище член, который находился там всего пару секунд. Семязвержение не произошло. Сказал, чтобы она не строила из себя девушку (почему-то не было крови, хотя ранее в сексуальном контакте ни с кем не была). Начал на нее кричать, назвал "сукой", произносил другие оскорбления, обвинил ее в том, что она "гр..." со всеми. После этих слов "обмякла".

Когда все это происходило, один из ребят сказал другим, что с ней не следует так себя вести, ведь она не проститутка. Однако те не изменили свое поведение после его слов и он начал с ними драться. Потом этот парень отвел ее домой. Там она быстро передела платье, никому ничего не рассказала из-за того, что крови при введении члена не было (считала, что должна быть). Кроме того, чтобы не было следов, ее били в живот.

После произошедшего дважды лежала в больнице по поводу болей в области печени, но никогда не говорила медперсоналу о том, с чем она их связывает. Тот парень, который ее защищал в лесу, через некоторое время сел в тюрьму по другому поводу и его там убили. Тот же, кто насиловал, сейчас "низко кланяется", но она с ним не здоровается. Как-то не так давно он встретил ее и поздоровался, назвав ласкательным именем. Она посмотрела на него и сказала: "У тебя еще поворачивается язык со мной здороваться". Он же ответил ей: "Давай забудем прошлое, я же тебе ничего плохого не сделал. Ты целкой была, что ли?" После этого они встретились повторно и он сказал ей: "Ну ты, конечно, похорошела, может быть, давай по-хорошему. Мне так хочется тебя тр... всю мою жизнь". На это она ответила: "Почему же ты меня не тр... по-человечески, когда была возможность, а отвез на растерзание". Он же сказал ей: "Какая тебе разница, ты все равно была не целка, ну дала бы нам". Этот последний разговор состоялся за полгода до обращения пациентки за нашей лечебной помощью.

После изнасилования стала избегать встреч с ребятами, но в скором времени в школе познакомилась с парнем, который стал ее мужем сразу после ее окончания. Отмечает, что замуж вышла "по любви" и обоюдному согласию. В 17 лет забеременела. Беременность только ускорила регистрацию брака. Окончила медицинское училище. Первый половой акт с будущим супругом был по ее согласию, но кроме страха и скованности ничего не испытала.

ла. Так продолжалось лет пять. Роды в сексуальном плане ничего не изменили. Неприязнь и озлобление к мужскому полу нарастали, хотя рядом с ней был любящий и внимательный мужчина.

В 18 лет с ней произошло следующее важное для понимания этого случая событие. Ей предложили посмотреть порнографический журнал. На обложке она увидела женщину, у которой во рту был мужской половой член, и сперма стекала изо рта по лицу к шее (в дальнейшем в качестве эквивалента используется слово **"картинка"**). Тогда она подумала: "Какая гадость, какая мерзость". Ее вырвало. "Рвала в течение дня. Целый день не могла прийти в себя".

Отвращение к виду спермы и ее запаху существует по сегодняшний день ("я даже кисель не пью"). При тщательном расспросе удалось уточнить, что после того, как увидела названную картинку, периодически рвала целый день ("с утра до самого вечера не менее 5—6 раз, а может, и больше, и кушать долго не могла"). С того времени при одном воспоминании об этой картинке возникает выраженная рвотная реакция (рефлекс), которую она подавляет.

То же самое происходит, когда предполагается выброс спермы в ее рот или влагалище. В связи с этим отмечает, что когда у мужа наступает оргазм и он "кончает", но она не видит сперму и не ощущает ее запах, ее "начинает воротить от одной мысли об этом" и она видит картинку, что и вызывает рвотную реакцию. В этот моменту нее возникает следующая мысль: "Сейчас финал и главное не вырвать, удержаться, как-то себя сдерживать и не показывать...".

В процессе дальнейшего расспроса больная сообщила, что со временем к негативному визуальному воздействию спермы (реальному или репродуцируемому) присоединилось неприятное воздействие ее запаха. Удалось выяснить, что пациентка не исключает связи такого воздействия картинки с изнасилованием, но все же утверждать этого не может. Позже в процессе психотерапии ей удалось осознать эту связь. Оказалось, что во время полового акта она думает, что мужчина не только получает удовольствие, "но еще и извергает всякие...". Часто в это время возникают следующие мысли: "Это еще нюхай, глотай, доставляй тебе удовольствие; все мужчины насильники, идиоты..." и т. п.

Вспомнила, что когда увидела картинку, то подумала: "Чтобы доставить вам наслаждение, мы должны подвергаться такому оскорблению, такой гадости". Муж знает, что у нее возникает

рвотная реакция на сперму, хотя она и пытается это скрывать. Однажды при интимной близости он прикоснулся к животу супруги и почувствовал ее позыв на рвоту. После этого в течение месяца не предпринимал никаких попыток к совершению с ней полового акта. Знает о наличии такой реакции у жены давно и интерпретирует это явление как следствие ее неприязни по отношению к нему. Пациентка отмечает, что очень брезгливая, и с возрастом брезгливость нарастает.

Дополнительно к вышеизложенному было установлено еще одно важное обстоятельство. Оказалось, что с того времени, как пациентка увидела упомянутую картинку на обложке журнала, у нее возникло **отвращение по отношению ко всем другим мужским выделениям** (слюна, выделения из носа и т. п.).

Сообщает, что после окончания медицинского училища 5 лет работала заведующей молочной кухней у себя в поселке, а потом в течение 8-10 лет в детском отделении больницы. Затем это отделение закрыли и предложили ей работу медицинской сестры либо в поликлинике, либо в терапевтическом отделении. В этом отделении она не могла работать из-за своей повышенной брезгливости. Однако потом, как отмечает больная, случилось еще худшее: "Я попала на работу в противотуберкулезный диспансер (проработала там 2 года). Каждое дежурство у меня выворачивало кишки" (имеет в виду мокроту больных).

При целенаправленном уточняющем расспросе в очередной раз указала, что **названное отвращение возникло по отношению ко всем мужским выделениям еще до начала работы в противотуберкулезном диспансере с того времени, как увидела картинку на обложке журнала**. Более того, пациентка сообщила следующее: "Я даже кисель не пью, не ем овсяную кашу. Я ее так любила, мать ее так вкусно готовила. Не ем сейчас из-за того, что в овсянке есть слизь".

На мой вопрос о том, что, может быть, она трудилась не по призванию, больная ответила: "Да нет, когда я работала в детском отделении, то не брезговала ни соплями, ни калом детей". В подтверждение того, что она спокойно относится к детским выделениям, пациентка сообщила: "Говорят, что свое г... не воняет, но мы усыновили мальчика и к его различным выделениям у меня тоже нет какого-нибудь отрицательного отношения". Также удалось выяснить, что к женским выделениям она относится гораздо спокойнее, чем к мужским.



В связи с диагностированными сексуальными дисфункциями пациентке проводилась гипнотерапия (гипносуггестивное программирование, моделирование в гипнотическом состоянии, гипнокатарсис). Подробное описание проведенного лечения и достигнутых результатов может стать предметом отдельного рассмотрения.

Для ликвидации отвращения больной к сперме была выработана следующая лечебная программа, включающая 4 структурных компонента.

**1. Следовало изменить ее отношение к сперме.** В связи с этим внимание пациентки фиксировали на том, что сперма весьма ценна по своему составу, так как содержит белки, липиды (жиры), углеводы, витамины, микроэлементы и др. компоненты и, наряду с яйцеклеткой, является первоосновой для создания новой человеческой жизни.

**2. Также необходимо было изменить отношение больной к половому акту в том смысле, чтобы он не воспринимался ею как издевательство над женщиной.** В связи с этим ей было сообщено, что мужчины во время интимной близости извергают сперму, теряя, таким образом, весьма ценное вещество, чего не происходит с представителями прекрасного пола, которые при половом акте не лишаются своих яйцеклеток. В результате семяизвержения мужчина расходует большое количество энергии и в подавляющем числе случаев в течение некоторого времени (отличающегося у разных мужчин) не способен к проведению повторного полового акта. Поэтому даосизм предлагает мужчинам осваивать определенные психофизиологические приемы, препятствующие извержению ими спермы во время сексуальных контактов (М. Цзя, Д. А. Арава, 1996).

Пользуясь этими рекомендациями, некоторые, далеко продвинутые последователи данной системы, имеют только несколько эякуляций в течение всей своей жизни. В соответствии с положениями даосизма "...основные потери энергии у мужчины происходят во время эякуляции, в то время как основные потери энергии у женщины имеют место не во время полового акта, а во время менструаций" (М. Цзя, М. Цзя, 1995, с. 35). Из этого следует, что половой акт скорее следует рассматривать не как то, в результате чего "выигрывает" мужчина, а совсем напротив ("После того, как у него наступило семяизвержение, он уже ни на что не способен. Это вы его ..., а не он вас").

В результате таких разъяснений у нашей пациентки зафиксировалась мысль, что "когда мужчина кончит, то это значит, что я его, а не он меня тр...".

**3. Еще одним направлением** в ликвидации аверсии к сперме было применение **метода взмаха**.

Проведенный нами сеанс протекал следующим образом.

Вначале я попросил пациентку увидеть названную картинку на обложке журнала с изливающейся на лицо женщины спермой. Затем сеанс был продолжен и все происходило так, как описано ниже.

**Врач:** Теперь я хочу, чтобы вы увидели эту картинку по-другому, образ себя такой, которая смотрит на это спокойно, с новым знанием, пониманием, как бы вы хотели это видеть, как бы хотели воспринимать.

**Пациентка:** Нет, сдвиг есть (имеет в виду результат проведенной ранее когнитивно-ориентированной работы — 1-й и 2-й компоненты (направления психотерапии) потому, что если бы мне раньше об этом говорили, то у меня бы сейчас возникла рвотная реакция (это представление хотя и вызвало отрицательную реакцию, но меньше, чем предыдущая картинка).

**Врач (продолжая):** Я хочу, чтобы вы увидели образ себя иной, с новым знанием, пониманием смотрящей на сперму.

Затем вновь был вызван яркий большой образ-сцена, когда она впервые увидела картинку на обложке журнала. Это, однако, не сопровождалось выраженной аверсивной реакцией, т. е. хотя реакция и была негативной, но ее интенсивность была небольшой. В этом репродуцированном образе нашли маленькое темное пятно на ее лице, по форме напоминающее пуговицу, освещенность которого была гораздо меньше, чем всего остального образа.

Побудили пациентку увидеть там образ женщины с иным, альтернативным отношением к сперме. Затем увеличили этот образ в размерах, интенсифицировали его яркость и смахнули им предыдущий образ. Вследствие этого новое яркое изображение заняло весь экран. Тем не менее, появление образа женщины, по-другому смотрящей на сперму, вновь сопровождалось возникновением неприятных ощущений. После этого пациентка получила инструкцию открыть глаза.

Аналогичным образом взмах был проведен еще дважды. Затем при выполнении 4-го взмаха мы попросили ее увидеть в темном пятне, расположенном на лице ее изображения на экране,

женщину, похожую на нее, которая совершенно спокойно реагирует на сперму. По мере выполнения взмаха мы сказали ей, что она и есть эта женщина, и она увидела свое лицо вместо лица этой женщины. Пациентка отметила, что относится к этой картинке спокойно.

5-й взмах проводился точно по такому же сценарию, как и предыдущий. Реакция на сперму в новом изображении, которое смахнуло старое, когда пациентка видела себя в 18 лет, смотрящей на картинку на обложке журнала, была аналогичной, т. е. никакой аверсии по отношению к сперме отмечено не было.

**4. Следует отметить, что охарактеризованные выше психотерапевтические воздействия были не единственными.** Дело в том, что еще до использования метода взмаха пациентке был проведен первый сеанс гипнокатарсиса, когда ее "погрузили" в ситуацию изнасилования и она пережила ее вновь. В дальнейшем (после того, как метод взмаха был осуществлен) мы провели еще 2 таких сеанса. Их терапевтическое влияние на аверсию к сперме также нельзя исключить, так как при гипнокатарсисе организм освобождается от неотреагированной патогенной энергии, питающей невротические симптомы. Тем не менее, в контексте проводимой нами ликвидации отвращения к сперме гипнокатарсис не следовало считать основным методом лечения.

Хотелось бы специально отметить, что после проведения второго гипнокатарсического сеанса, когда больная еще находилась в гипнотическом состоянии, мы попросили ее вновь вспомнить себя в 18-летнем возрасте в тот момент, когда она впервые увидела на обложке журнала картинку, о которой идет речь. Это было сделано для того, чтобы пациентка восстановила в памяти, что конкретно тогда вызвало рвоту. Когда репродуцировали эту ситуацию, она сказала, что когда увидела сперму, то подумала: "Мало того, что мужчины издеваются над женщинами, так еще плюс к этому физическому насилию такая мерзость, такая гадость».

Проведенное лечение было эффективным.

Таким образом, на основании анализа этого наблюдения можно сделать вывод о том, что изнасилование явилось для больной мощной сексуальной психотравмой, которая привела к возникновению у нее сексуальных дисфункций, а также (по механизму генерализации) негативному отношению ко всем мужчинам. Это в значительной мере распространилось и на ее мужа, которого она воспринимала неоднозначно. Хорошее отношение к нему, как

к человеку, сочеталось с негативным к нему отношением, так как он репрезентировал для нее всех мужчин вообще.

Увиденная спустя 2 года картинка на обложке журнала привела к появлению многократной рвоты, а затем к многолетней аверсии к сперме. Этот фактор (увиденная картинка) следует рассматривать в качестве разрешающего, так как внутреннее напряжение, обусловившее болезненное состояние, было вызвано изнасилованием и сопряженной с ним ситуацией. В тот момент, когда пациентка увидела картинку на обложке журнала, произошла ассоциация увиденного и психотравмирующего влияния изнасилования, что было осознано больной в полной мере только в ходе психотерапии, которая проводилась много лет спустя.

По механизму генерализации отвращение распространилось на все выделения мужского организма (мокрота, слюны и т. п.) и, более того, на кисель и овсяную кашу, так как их слизистая консистенция ассоциировалась с видом спермы. В диагностическом плане аверсия к сперме может быть расценена как истерический невротический феномен.

Проведенная психотерапия (в статье селективно рассматривалось лечение аверсии к сперме), главным компонентом которой, по-видимому, можно считать относимый к НЛП метод взмаха, была эффективной.

## Глава 8

### МЕТОД "ВЗРЫВА НАВЯЗЧИВОСТИ"

Этот метод является примером "техники порога, в которой вы берете очень сильную реакцию и *усиливаете* ее, вместо того, чтобы пытаться ее ослабить или устранить. Вы усиливаете ее так стремительно и так быстро, что в определенной точке она переходит порог и "лопается". Это очень похоже на надувание воздушного шара. До некоторого момента каждый вдох делает шар больше. Однако если вы продолжите вдвухать воздух в шар, он в конце концов лопнет. После того, как он лопнул, вы не можете вернуть шар, забрав назад последнюю порцию воздуха. ... Другим примером является перегибание куска металла или проволоки до тех пор, пока они не переламываются. После того, как они сломались, вы не можете вернуть этот кусок проволоки простым ее разгибанием" (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 128).

Как известно, в подавляющем большинстве случаев любые инновации имеют свою предисторию. В этой связи следует упомянуть о так называемом "методе "наводнения" из средств бихевиориального арсенала, который ранее назывался "имплозивной терапией".

Стампфл, разработавший этот метод, предположил, что многократное представление неприятных сцен должно вести к снижению их "потенциала тревожности" через угасание (T. G. Stampf I, D. J. Lewis, 1968). Он утверждает, что "суть стратегии имплозивной терапии заключается в том, чтобы побудить пациентов встретиться лицом к лицу со своими кошмарами и "привести эти кошмары в замешательство". ... Используя современные методы "наводнения", консультанты организуют консультационные интервью таким образом, что клиенты непрерывно подвергаются действию достаточно сильных стимулов (реальных или воображаемых), которые вызывают страх. Представления длятся до тех пор, пока тревога не иссякает, на что в большинстве случаев требуется от 10 минут до часа. Иногда пациенты оказываются настолько подавленными, что прерывают лечение. Однако применение метода "наводнения" часто приводило к улучшению состояния при лечении разнообразных фобий" (цит. по Р. Нельсон-Джонс, 2000, с. 280-281).

Метод "взрыва навязчивости" является чрезвычайно мощной психотерапевтической техникой, так как позволяет ликвидировать даже весьма интенсивные навязчивости часто всего за несколько минут. После их разрушения человек способен выполнять то действие, которое ранее являлось навязчивым, однако теперь оно таковым не является.

Следует специально отметить, что в литературе по НПП понятие "навязчивость" гораздо более емкое, чем то, которое принято в психиатрии. Так, к навязчивостям здесь, помимо навязчивостей в традиционном их понимании, относят сильное влечение к определенным видам пищи, булимию (неукротимую тягу к еде вообще), а кроме того, пьянство, курение, чрезмерную зависимость от кого-то и т. п.

Прежде чем провести взрыв навязчивости, необходимо выявить "субмодальные магниты", которые запускают ту или иную навязчивость. Это могут быть какие-либо визуальные, аудиальные или кинестетические субмодальности.

К. Андреас и С. Андреас (1994) на одном тренинге по НПП выяснили, что у одной из его участниц имеет место сильная тяга к

шоколадным сердечкам. Для того, чтобы выявить субмодальные магниты, ей предложили представить тот вид пищи, к которому она относится нейтрально. Оказалось, что это печенье. Потом ее попросили подумать о шоколадных сердечках и заметить, как они выглядят, а затем то же самое проделать с печеньем. В результате такого сравнения удалось установить, что они выглядят по-разному. Так, шоколадные сердечки она видела немного ближе, чем печенье. Кроме того, они почти что выпрыгивали из тарелки, были ярче, а вокруг них определялось почти что сияние.

Никаких субмодальных магнитов в аудиальной и кинестетической репрезентациях у этой участницы выявлено не было. Хотя она и почувствовала, что ее тянет к шоколадным сердечкам (кинестетика), однако это была лишь часть ее реакции на субмодальные визуальные стимулы в виде чувства принуждения.

В процессе дальнейшего анализа была поставлена цель выявить, какая же из обнаруженных зрительных субмодальностей является ключевой (главной) и создает компульсивную реакцию. Оказалось, что это близость расположения выпрыгивающих шоколадных сердечек.

Следует отметить, что при навязчивостях одна субмодальность обычно "ведет" другие. Вместе с тем могут быть и две ведущие субмодальности. При поиске ведущей субмодальности следует отыскать именно аналоговую субмодальность (напомним, что это такая субмодальность, которая может непрерывно изменяться в некоторых пределах подобно плавному регулятору напряжения).

Дискретная субмодальность не работает в рассматриваемой технике. Названную субмодальность, как отмечалось нами ранее, характеризует то, что она изменяется между двумя различными состояниями подобно выключателю, который может быть либо включен, либо выключен.

Процесс выявления ведущей субмодальности, запускающей навязчивость, требует правильной формулировки вопроса. В том случае, когда, например, речь идет о такой визуальной субмодальности, как размер, правильно задавать следующий вопрос: *"Когда вы делаете это больше, вынуждены ли вы хотеть этого больше; в большей ли степени вы чувствуете принуждение?"* (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 124).

После того, как идентифицирована ведущая (-ие) субмодальность (-и), следует выяснить, можно ли устранить навязчивость простым ослаблением ведущей субмодальности. Например, для

человека, который неудержимо стремится есть мороженое, ведущей субмодальностью может быть его размер (когда оно становится больше, он хочет есть его сильнее). Рекомендуется, чтобы он уменьшил размеры мороженого до такой степени, чтобы мог сказать "Я могу съесть его, но не обязан". Потом рекомендуется поговорить с этим человеком на какую-то отвлеченную тему, а затем провести повторную проверку, попросив его подумать о мороженом, чтобы выяснить, чувствует ли он принуждение съесть мороженое или уже нет.

В том случае, если "навязчивость" устраняется простым ослаблением ведущей субмодальности, можно говорить о том, что это вовсе не навязчивость, а что-то более слабое, ближе к желанию.

Таким образом, план подготовки к выполнению "взрыва навязчивости" состоит из следующих четырех пунктов:

1. Необходимо подумать о какой-либо навязчивости.
2. Следует подумать о чем-либо сходном, но нейтральном.
3. Необходимо определить субмодальные различия между ними.
4. Следует идентифицировать наиболее мощную субмодальность (-и), запускающую (-ие) навязчивость.

К. Андреас, С. Андреас (1994, с. 124) отмечают, что навязчивости обычно имеют следующую последовательность из четырех элементов:

1. **Репрезентация** объекта навязчивости. Обычно она бывает зрительной, реже слуховой или кинестетической. Она позволяет человеку знать, что пришла пора ощутить навязчивость.

2. **Субморальное искажение репрезентации.** Человек изменяет свою внутреннюю репрезентацию определенным образом. Несмотря на то, что в изменение может быть вовлечено более одной субмодальности и оно может происходить в любой или во всех системах восприятия, обычно существует единственная аналоговая субмодальность.

3. **Ощущение навязчивости.** Это кинестетическое метаощущение вынужденности делать что-то при отсутствии какого бы то ни было выбора.

4. **Компульсивное поведение.** Чувство "навязчивости" часто ведет к поведению, которое человек *вынужден выполнять* — например, грызть ногти, есть конфеты и т. п. Если вы имеете дело с более обобщенной эмоциональной реакцией типа гнева, не исключено, что у человека отсутствует какая-либо конкретная поведенческая реакция.

Существуют две разновидности метода "взрыва навязчивости":

- 1) одноразовое усиление субмодальности;
- 2) многократный метод храповика.

Одноразовое усиление субмодальности состоит в том, что ведущая субмодальность, вызывающая навязчивость, в один прием усиливается до такой степени, что пересекает порог. При этом "лопается" кинестетическая реакция принуждения в ответ на усиливающееся воздействие субмодального магнита.

Предположим, что таким магнитом, запускающим принуждение кушать шоколад, является его размер. "Небольшое увеличение картины позволяет человеку переступить нижний порог, когда мозг узнает ее как нечто, к чему есть принуждение. Увеличивая размер, он чувствует все большее и большее принуждение до тех пор, пока шоколад не выглядит *слишком* большим и его реакция переходит верхний порог.

Когда шоколад *слишком* большой, мозг больше не опознает его как нечто, что он принужден иметь. Теперь мозг смотрит на картину и помещает ее в другую категорию, вроде "нелепый" или "огромный". Если вы делаете это достаточно быстро, сдвиг становится необратимым" (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 128).

При использовании же метода храповика "... вы берете ведущую субмодальность и усиливаете ее очень быстро. Потом снова начинаете с картины в первоначальном состоянии и снова быстро усиливаете субмодальность. Вы делаете это снова и снова и последовательно, чтобы усилить кинестетическую реакцию принуждения... Вы повторяете это раз за разом очень быстро, до тех пор, пока что-то не лопается" (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 129).

Так, например, если сумодальным магнитом принуждения является яркость, то пациента сначала просят увидеть образ, а потом усиливают его яркость до максимально возможной степени. Если взрыва навязчивости за один раз не происходит, то человека просят мгновенно увидеть образ с первоначальной яркостью. Затем этот цикл повторяют несколько раз, пока не происходит взрыв. После этого его кинестетическая реакция на прежний субмодальный магнит изменяется и он более не испытывает реакции принуждения.

Метод храповика использует инерцию кинестетической системы. Если внутренние образы или звуки можно изменять очень быстро, то кинестетическую реакцию на субмодальные магниты — нет. Это обусловлено тем, что интенсивные эмоциональные



состояния сопровождаются большим количеством гормональных и химических изменений, и организму человека требуется некоторое время, чтобы вернуться к нейтральному (исходному) состоянию.

В связи с этим кинестетическая реакция принуждения при проведении метода храповика не снижается к исходному уровню вместе с воображаемыми зрительными или аудиальными стимулами (субмодальными магнитами). Она остается на достигнутом при очередном цикле уровне и при каждом последующем цикле стартует именно с этого уровня.

"Это очень похоже на использование автомобильного домкрата. Вы нажимаете на рычаг домкрата, и машина немножко приподнимается. Вы снова жмете на рычаг домкрата, и машина приподнимается еще немножко. С каждым нажатием рычага машина поднимается выше и выше. Рычаг домкрата подобен субмодальности, с которой вы работаете с помощью метода храповика: размеру, яркости и т. п. Поднимающаяся вверх машина соответствует усилению вашего кинестетического ощущения принуждения.

В обоих методах мы очень быстро усиливаем реакцию хотения чего-либо до тех пор, пока человек не переступает через порог и его реакция не разрушается. Когда навязчивость человека лопаается, сдвиг обычно можно заметить и снаружи. Вы можете увидеть, как его несловесная реакция все более усиливается, а потом внезапно перестает усиливаться и начинает ослабевать" (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 129).

Следует отметить, что при проведении метода взмаха у пациента могут возникать различные неприятные, тягостные ощущения, которые делают терапевтическую процедуру, мягко говоря, малоприятной. Это могут быть головная боль, головокружение, шум в ушах, напряжение мышц и т. д. Поэтому перед проведением терапевтической процедуры пациента следует предупредить о возможности возникновения этих ощущений. Ему нужно объяснить, что для получения положительных результатов он должен будет пройти через это "испытание" подобно герою сказки, который, только преодолев различные трудности на своем пути, добивается поставленной цели, и к всеобщему удовольствию сказка завершается счастливым концом.

В некоторых случаях можно отметить, что пациенту трудно решиться на проведение "взрыва навязчивости". Иногда после принятия решения он не может легко и быстро включиться в

т процесс. Когда дело обстоит именно так, следует задуматься о том, что возможно, его навязчивость выполняет некую позитивную функцию. Поэтому необходимо сделать так, чтобы пациент понимал, что после окончания процедуры у него будут другие способы поведения, которые смогут выполнять данную функцию.

Кроме того, даже когда терапевт не знает, выполняет ли навязчивость какую-либо позитивную функцию, после выполнения "взрыва навязчивости" рекомендуется использовать метод взмаха.

Следует помнить, что в результате взрыва навязчивости можно добиться результата, когда человек будет демонстрировать поведение диаметрально противоположное тому, которое было ликвидировано. Так, например, взорвав булимию (неукротимое влечение к пище), можно привести пациента к анорексии (нежеланию есть). Это может быть связано с тем, что, например, некая пациентка до начала лечения имела две части, одна из которых хотела объедаться, а вторая голодать и быть худой. Это диктует необходимость заняться и этой другой частью. Только в том случае, когда после проведенного лечения человек демонстрирует нейтральную реакцию (т. е. выглядит и ведет себя так, как если бы у него был выбор), лечение можно считать завершенным.

Следует не забывать о том, что по своей сути характеризуемый метод не является генеративным. Он просто ликвидирует принуждение к чему-либо. Поэтому прежде чем применить его, необходимо удостовериться, что его ликвидация действительно необходима.

Использованию метода "взрыва навязчивости" для ликвидации синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи была посвящена наша статья (Г. С. Кочарян, 2001). В ней сообщается, что существуют различные психотерапевтические техники устранения страха сексуальной неудачи (Г. С. Кочарян, 1991, 1994). Эффективность использования этих техник определяется "адекватностью" их применения в каждом конкретном случае, которую не всегда легко "просчитать". В ряде случаев тревожное опасение сексуальной неудачи ликвидируется достаточно быстро, что приводит к нормализации сексуальных функций, в других — напротив, данная патология оказывается весьма устойчивой к ликвидации.

Следует отметить, что по нашим наблюдениям (Г. С. Кочарян, 1995) при так называемом неврозе ожидания (неудачи) тогда, когда речь идет о тревожном опасении сексуальной неудачи у мужчин, отмечается довольно высокая эффективность психоте-

рапевтических воздействий. Она намного больше, чем у больных неврозом навязчивых состояний, к которому относят первый из названных нами неврозов. По нашему мнению, одной из причин этого является взаимодействие представленных тут сил: в борьбе с патологией, помимо психотерапевта, участвует половое влечение и связанное с ним сексуальное возбуждение. Согласно же принципу реципрокной ингибиции, невозможно одновременное существование приятно и неприятно эмоционально окрашенных процессов. Так, например, терапевтические эффекты предложенного J. Wolpe (1958) метода систематической десенсибилизации, относимого к поведенческой терапии, объясняют тем, что страх не может сочетаться с глубокой мышечной релаксацией.

В ряде случаев, как указывалось нами ранее, тревожное опасение сексуальной неудачи весьма устойчиво по отношению к психотерапевтическим воздействиям. Очень редко оно не ликвидируется даже при отсутствии сексуальных дисфункций, что может быть обусловлено, например, наличием психастенического характерологического радикала, особенно тогда, когда его выраженность достигает уровня расстройства личности (психопатии).

Иногда, как свидетельствует наша клиническая практика, после ликвидации фобического компонента тревожного опасения копулятивная дисфункция (обычно в этих случаях речь идет о расстройстве эрекции) не ликвидируется, что вызвано наличием навязчивого гиперконтроля напряжения полового члена, обусловленного сохраняющимся навязчивым идеаторным компонентом рассматриваемой патологии.

В случаях недостаточно эффективной курабельности пациентов может быть использован метод "взрыва навязчивости".

Приведем два клинических примера, когда терапевтический эффект был достигнут нами в результате использования характеризуемого метода у больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В первом из них использовался многократный метод храповика, а во втором — одноразовое усиление субмодальности (в данном случае аудиальной).

Больной Г., 20 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), селективный вариант. При обращении предъявлял жалобы на то, что когда вступает в половую связь с женщиной, то вначале ощущает страх ("мандраж"). В это время возникают мысли, что опять "не встанет член" и опять ничего не получится с женщиной, после чего начинает контролировать на-

пряжение члена по ощущению ("мозгом") и с помощью глаз (визуально). Если эрекция выражена менее чем на 100%, начинает думать: "Почему я с женой жил хорошо, а с другими женщинами у меня возникают сложности?", и при попытке провести половой акт "он (член) совсем падает".

В связи с предъявленными жалобами проводилась психотерапия, что привело к ликвидации фобического компонента тревожного опасения неудачи, однако гиперконтроль напряжения полового члена остался. Тогда нами было принято решение о применении метода "взрыва навязчивости".

Мы выяснили, что контроль напряжения полового члена усиливается при увеличении громкости внутреннего голоса, предполагающего неудачу при интимной близости, и носит навязчивый характер ("пробовал отвлечься, но ничего не получается"). Предваряющая метод "взрыва навязчивости" беседа строилась следующим образом: "Каждая мысль в своей интенсивности может существовать только до определенного предела. Если данную границу пересечь, то навязчивость исчезнет". В связи с этим был приведен пример с воздушным шаром, который при его надувании может увеличиваться только до определенной величины, при достижении которой он неминуемо лопаётся. Также было отмечено, что при усилении голоса на каком-то этапе могут появиться неприятные ощущения. Для того, чтобы достигнуть положительных результатов, их, однако, необходимо перенести и не отступить на полпути (обычно в таких случаях я привожу метафорические примеры из соответствующих сказок).

Непосредственно сеанс проводился следующим образом:

**Первый цикл:** "Сядьте, услышите свой внутренний голос и представьте, что он усилился, либо представьте, что бы было, если бы он усилился".

Пациент услышал свой внутренний голос и представил, что его громкость неуклонно нарастает. При усилении этого голоса появился, а потом (до возможного максимального предела) усилился шум.

Затем мы предложили вернуть внутренний голос к прежней громкости. Ему это удалось, шум остался, хотя и ослабел.

**Второй цикл.** Опять предложили усилить звук. В результате он достиг такой же интенсивности, как и в первый раз, но сопровождающий шум был меньше. Пошли дальше по пути усиления внутреннего голоса. При этом он немного усилился, а шум стал более интенсивным (более интенсивным, чем во время первого

цикла). Пациент отметил, что больше не может усилить громкость голоса. Потом мы вновь предложили ему вернуться к исходному уровню звучания. При этом шум не исчез, а уменьшился в своей выраженности до уровня, который имел место в конце первого цикла.

**Третий цикл.** Вновь пошли на усиление громкости внутреннего голоса. Когда его интенсивность достигла степени, которая имела место во время второго цикла, попытались усилить ее еще. В результате интенсивность внутреннего голоса достигла большего уровня. Сопутствующий шум достиг такой же силы, как и во второй раз. Затем вновь вернулись к прежнему уровню звучания внутреннего голоса, и опять остался слабый шум.

**Четвертый цикл.** Когда в четвертый раз начали повышать громкость внутреннего голоса, шум достиг такого же уровня, как и во время третьего цикла, а громкость внутреннего голоса — нет. Однако затем она все же была достигнута, а потом удалось добиться еще большего ее усиления. Пациент отметил, что слышит очень сильный голос (!). В это время мы предложили ему услышать такой по силе звук, которого он никогда ранее не слышал ("фантастически сильный звук, удивляюще сильный, изумляюще сильный"). "Поднимайтесь по склону горы к ее вершине. Когда достигнете ее, увидите потрясающе прекрасный вид и перейдете в другую реальность, реальность здорового человека". Уже слышит такой силы звук, которого он никогда раньше не слышал (!). Попросили его оставаться на достигнутой высоте в течение некоторого времени. Однако больной заявил: он чувствует, что не сможет удержаться на этом уровне. Тогда предложили ему вернуться к исходной силе внутреннего голоса и отдохнуть. Когда он это сделал, сопутствующий шум остался, однако был слабее, чем в конце предыдущего цикла.

**Пятый цикл.** После очень небольшого (1—2 мин.) отдыха (больной устал) мы предложили пациенту двинуться на решительный штурм. Перед этим сказали ему, что "... нужно максимально мобилизовать все возможности своего организма, всю силу своей фантазии, чтобы услышать такой сильный звук, которого вы никогда раньше не слышали. Наберитесь терпения, чтобы услышать неправдоподобно громкий звук для того, чтобы перейти в другую реальность, "реальность лопнувшего воздушного шара", так как нельзя бесконечно усиливать любой звук, так же как и бесконечно надувать шар. Все настойчивее стремитесь услышать все более и более сильный звук". Пациент отметил, что шум

достиг большей силы, чем в прежний раз (!). Проводилась мотивировка к "преодолению", которая помогла бы ему "добраться до вершины горы, к своему здоровью". Внутренний голос стал еще сильнее (!). Предложили удерживать его на том же уровне ("может быть, количество перейдет в качество"). Однако пациент больше не мог повышать интенсивность своего внутреннего голоса. Тогда мы предложили ему вернуться к прежней громкости последнего. В конце характеризуемого цикла отметил, что шум отсутствует, однако ощущает чувство давления в лобной части головы. Затем мы предложили пациенту открыть глаза.

Через 1—2 мин. попросили пациента представить себя в обстановке интимной близости. Он отметил, что внутренний голос меньше, чем раньше, побуждает его к гиперконтролю. В результате нами был сделан вывод о том, что достигнут некоторый положительный эффект.

**Шестой цикл.** Был предпринят очередной "шторм" с новыми силами. На этот раз была достигнута такая же громкость внутреннего голоса, как и в 5-й раз, но сопровождающий шум был слабый. Перед тем как она была достигнута, мы побуждали клиента полностью мобилизовать себя для усиления громкости. Когда вернулись к исходному уровню силы звука, то не было ни шума, ни давления в голове.

После окончания этого цикла провели проверку результативности проведенной терапии. Пациент отметил, что теперь при представлении интимной близости гиперконтроля напряжения полового члена как такового нет, и только прилагая специальные усилия, он начинает контролировать эрекцию. Сделал вывод о достижении хорошего результата, что подтвердилось при сексуальных контактах.

Анализируя этот случай, следует отметить, что хотя громкость внутреннего голоса и достигла такого уровня, с которым клиенту никогда не приходилось встречаться в реальной жизни (услышал такой силы звук, которого никогда раньше не слышал), однако при проведении сеанса он не почувствовал ощутимого прорыва. Вместе с тем наступило выздоровление. В этой связи следует привести следующее высказывание К. Андреас и С. Андреаса (1994, с. 133), которое объясняет, что происходит в подобных случаях:

"Многие люди не замечают, когда переходят порог, в особенности, если реакция должна сделаться очень интенсивной, прежде чем лопнуть. Но если вы немного подождете, чтобы вашей ки-

нестетической системе хватило времени заново успокоиться, вы можете обнаружить, что принуждения больше нет".

Больной Т., 39 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), Из-за расстройства эрекции не может совершить половой акт. Собирается жениться. После проведенной интенсивной психотерапии фобический компонент тревожного опасения сексуальной неудачи нивелировался, однако осталась навязчивая фиксация на напряжении члена, что ведет к отключению восприятия женщины во время предварительного периода. Обуславливает фиксацию внимания на члене внутренний голос, сомневающийся в успехе интимной близости. Сам больной характеризует свою проблему следующим образом: "При возникновении эрекции мозг как бы автоматически отключается от женщины, и внутренний голос как бы спрашивает, а будет ли эрекция сильнее или нет, а вот если я сейчас начну вводить член, то он потеряет эрекцию? Бывает, что контроль сначала отсутствует и тогда введение члена происходит, но сразу же внутренний голос начинает сравнивать ощущения от ласк, допустим, груди, с ощущениями, связанными с введенным членом. Затем возникает мысль о том, не пропадет ли эрекция, и, в конечном счете, так и происходит".

Было принято решение применить метод "взрыва навязчивости".

**Техника.** Предложили пациенту представить предварительный период и услышать свой внутренний голос. Отметили, что это ведет к гиперконтролю напряжения члена. Попросили уменьшить громкость внутреннего голоса. Это привело к уменьшению фиксации на напряжении члена. Вначале, однако, он не понял инструкцию: все не мог понять, как это внутренний голос может иметь громкость. Тогда мы подошли по-иному и начали говорить (когда пациент закрыл глаза), что он находится в предварительном периоде и его внутренний голос звучит нечетко, расплывчато и отдаленно. Это привело к тому, что больной перестал фиксировать внимание на члене и полностью сосредоточился на женщине. Потом предложили вернуть голос к исходной громкости. Затем сказали, что громкость голоса увеличивается. Сначала пациент не смог выполнить эту инструкцию. Он отметил, что сейчас внутренний голос звучит слабее, чем при интимной близости, а также тише, чем на начальном этапе выполнения описываемой техники. Звучит на грани исчезновения. Затем мы опять предложили ему услышать внутренний голос обычной громкости, такой,

который он обычно слышит во время предварительного периода. Он опять не смог это сделать. Тогда мы сказали, что подождем, пока это не случится, и что не его голос должен им управлять, а он должен управлять своим голосом. Потом больной услышал голос обычной громкости. Затем предложили ему увеличить ее. Однако это не удалось осуществить. Тогда нацелили его представить, что внутренний голос звучит громче, и это дало возможность его усилить. Пациент представил, что голос звучит сильнее, и это увеличило контроль напряжения члена. Затем попросили его представить, что голос звучит еще громче (для облегчения выполнения инструкции мы рассказали о реостате, с помощью которого свет в зале кинотеатра/театра после окончания сеанса/представления становится все ярче и ярче). Для того, чтобы в процессе выполнения техники исключить или уменьшить выход пациента из внутренней реальности, мы попросили его сигнализировать указательным пальцем правой руки об усилении громкости внутреннего голоса (поднять его в тот момент, когда эта громкость будет усилена до предела). Клиент выполнил эту инструкцию.

После окончания выполнения этой техники он рассказал, что параллельно с усилением громкости голоса у него начали усиливаться различные неприятные ощущения в организме, но когда он дошел до верхнего порога громкости, то пропал и внутренний голос, и все неприятные ощущения, сопровождавшие его усиление. Затем мы подробно опросили клиента о том, что происходило с ним при усилении громкости голоса. На этот вопрос он ответил следующее: "Голос усиливался. Было давление в верхней части головы, неприятные ощущения в области горла, сжатие мышц щек. Затем наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу (его звучание)". Конкретизируя испытанное при прохождении "порога", пациент отметил: "Когда перешел барьер, голос пропал, пустоту своеобразную почувствовал".

Затем проверили результативность проведенной терапии. С этой целью пациенту предложили представить себя в ситуации интимной близости. Однако он не смог этого сделать и не услышал свой голос. Потом попросили, чтобы он представил ласки и поцелуи. На этот раз ему это удалось, однако внутренний голос он так и не услышал. Раньше же при представлении интимной ситуации всегда слышал внутренний голос, отражающий неуверен-



ность в самом себе. Затем еще раз попросили его представить себя в интимной ситуации, но голос вновь не зазвучал. Сделан вывод о хорошем терапевтическом эффекте.

Через 1 месяц после описанной терапевтической сессии мы связались с пациентом по телефону. Он рассказал, что после ее проведения его половая функция полностью нормализовалась (живет регулярной половой жизнью с женщиной, на которой женился после окончания лечения).

В данном случае, в отличие от предыдущего, в процессе проведения характеризуемой техники пациент совершенно четко ощутил, когда он перешел "порог" и вступил в новую реальность — реальность здорового человека ("... наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу").

Таким образом, приведенные примеры по использованию метода "взрыва навязчивости" свидетельствуют об его эффективности даже при лечении труднокурабельных форм синдроматревожного ожидания сексуальной неудачи.

## Глава 9

### "ПОСЛЕДНЯЯ СОЛОМИНКА"

Данная техника также, как и метод "взрыва навязчивости", относится к пороговой. Из обыденной жизни мы знаем такие часто употребляемые выражения, как "Ну, это уже чересчур", "Это конец", "На этот раз вы перешли черту", "Я сыт этим по горло" и т. п. В течение некоторого времени человеку приходится что-то делать или что-то терпеть. Однако это что-то может быть само по себе очень неприятным или, напротив, приятным, но имеющим какие-то неприятные и даже разрушительные последствия. Поэтому оно может существовать лишь до определенного момента, а затем накопление этого "чего-то" ведет к тому, что последняя его порция становится той соломинкой, которая переломила хребет верблюду.

Иногда для того, чтобы перейти порог, достаточно однократного соприкосновения с этим "чем-то". Так, например, одна женщина на первом же свидании получила от мужчины пощечину. Этого было ей достаточно, чтобы раз и навсегда разорвать с ним отношения (так называемый "мезанизм единственной соломинки" (К. Андреас, С. Андреас, 1994).

Являясь пороговой техникой, техника "последней соломинки" на ее пути к порогу в отличие от метода "взрыва навязчивости" использует не усиление желания (принуждения) что-либо сделать, а, напротив, усиление желания не совершать этого. Последнее из желаний усиливается до момента пересечения порога. Это достигается с помощью накопления репрезентаций неприятностей, связанных с продолжением поведения, от которого желают избавиться.

В механизме порога выделяют три стадии:

- 1) накопление примеров;
- 2) срабатывание способа говорить этим примерам "Никогда больше";
- 3) возникновение репрезентации новой жизни.

Не бывает двух одинаковых людей, у которых бы этот трехстадийный процесс протекал совершенно аналогично. В качестве одного из примеров пересечения порога в характеризуемой технике можно привести следующий (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 157-158):

"Один мужчина имел довольно избыточный вес и перепробовал все виды диет, таблеток и планирования веса, но ничто не сработало. В определенный момент он просто решил: "Никогда больше. Я не собираюсь переждать, как делал это раньше". С этого момента он без труда соблюдал диету и очень быстро снизил вес до разумного. Он сделал это самостоятельно одним "раздумчивым" вечером; он не ходил к терапевту и так далее. Он назвал это "силой воли", но в НЛП мы всегда спрашиваем: "Какова структура его силы воли?" Если это могло сработать для него, это может сработать для кого-либо еще. Он создал серию картин. Сначала он увидел себя таким, каким он выглядел в настоящем — большим и круглым. Потом он создал картину себя через несколько недель, где он был немного больше и круглее. Он продолжал строить эти картины самого себя, двигаясь дальше и дальше в будущее, и становясь все больше и больше, круглее и круглее. В последней картине он увидел, как он лежал мертвый, словно выброшенный на берег кит, а рядом стояла его маленькая дочка, у которой был очень печальный вид. Когда он увидел эту финальную картину самого себя, громкий голос сказал: "Нет!" — и он пересек порог".

При пересечении порога всегда возникает некое дискретное субмодальное изменение. В приведенном примере это был гром-

кий побуждающий голос, говорящий: "Нет!". Кроме этого, следует отметить, что для пересечения порога в данном примере использовалось так называемое "накопление в будущее", которое может быть полезно в ряде случаев для того, чтобы терапевтический процесс оказался эффективным.

Вот еще один пример пересечения порога в технике "последняя соломинка", где весь процесс протекал иным образом (К. Андреас, С. Андреас, 1994, с. 159):

Хэнк: Может быть, это звучит и глупо, но в определенный момент жизни я решил больше никогда не есть бутербродов с горячими сосисками.

— О'кей, расскажите нам, как именно вы переступили порог с горячими сосисками.

Хэнк: Ну, в университете мы всегда собираемся группой на "Пятничные 25-центовые бутерброды с горячими сосисками" в Студенческом союзе. Я обычно съедал один или два, а получасом позднее наступала расплата — расстройство желудка, газы, боли. Наконец я устал от этого и решил: "Никогда больше!"

— Как конкретно вы достигли этой точки?

Хэнк: Я создал диссоциированную картину самого себя — по существу, цветной фильм — испытывающего пагубные последствия этих горячих бутербродов. Фильм начинался очень близко, но по мере того, как я смотрел его, камера как бы "отъезжала", пока он не оказывался достаточно далеко, так что я мог видеть, как глупо это было — продолжать поедать эти ужасные вещи. В этой точке вступил мой собственный голос и сказал: "Это просто нелепо. Я никогда больше не съем ни одного такого бутерброда!" И больше я их никогда не ел.

— Понадобилось ли вам накопить больше примеров, чем один этот фильм?

Хэнк: Нет, я думаю, что именно его уменьшение в размере и оказалось самым главным. Наконец я оказался достаточно далеко, чтобы увидеть, насколько нелепой была эта ситуация.

— Прокручивали ли вы через это какое-либо новое содержание?

Хэнк: Да. Мне нужно порвать формальные отношения с той группой, на встречах которой я председательствовал. Поскольку эти отношения больше не отвечают некоторым моим основным интересам, я хочу проводить меньше времени с этой группой и больше времени — за работой над моими собственными проектами. Я думал некоторое время о разрыве, но так и не собрался это сделать.

— Ну, и что же вы сделали?

Хэнк: Я создал фильм самого себя на одной из этих встреч — когда мне это наскучило до чертиков, но я по-прежнему стараюсь сделать так, чтобы все продолжалось гладко. Я заставил его отдаляться, пока не достиг точки, где я мог видеть, насколько бесполезным было для меня присутствие там. В этой точке я сказал нечто вроде: "Следующая встреча будет моей лебединой песней! Итак, решение принято, я ухожу".

В данном случае достижение порога достигается за счет отдаления фильма (аналоговая часть достижения порога). Когда же он достаточно отдаляется, возникает дискретное изменение — голос говорит: "Это глупо! Никогда больше!"

После того, как человек перешел порог, восприятие им самого себя в своем воображении может претерпеть определенные изменения. Одним из них является то, что обычно теперь он видит свой старый образ в прошлом, тогда как раньше он видел его в настоящем, а иногда в будущем.

Так как эта техника дает необратимые результаты, выбирая репрезентацию новой жизни, следует быть вполне уверенным, что после пересечения порога она станет лучше. Большинство людей, не имея презентации новой, удовлетворяющей их жизни, не хотят приходить к "Никогда больше". В результате пересечения порога без создания альтернативы лучшей жизни человек с большой долей вероятности может погрузиться в депрессию, что, в свою очередь, может обусловить возникновение у него суицидальных мыслей. Так, например, одна женщина, страдающая алкоголизмом, спонтанно перешла порог, однако не имела здоровой альтернативы. В течение трех дней она лежала в постели, испытывая желание покончить жизнь самоубийством.

Зная, как работает характеризующая техника, и имея хорошую чувствительность, можно осуществить данную технику без выяснения всех деталей того, что происходит в мозгу пациента для перехода порога. Однако этот способ не столь надежен, что может требовать возвращения от "бессознательного подхода" к проведению этой техники с прояснением всех необходимых деталей происходящего процесса.

Следует отметить, что некоторые люди бесконечно долго остаются в своей болезненной ситуации и так и не переходят порог. Это может быть обусловлено следующими факторами:

- 1) человек не знает, как накапливать опыт;

2) имея много неприятных примеров в прошлом, он думает, что в будущем все изменится к лучшему;

3) человек осознает, что его ужасная жизнь будет продолжаться, но не видит никакой альтернативы.

В противоположность этому, можно наблюдать случаи, когда переход осуществляется крайне легко (как по маслу). Однако из-за чрезмерной генерализации достигнутые результаты будут явно неудовлетворительными. Так, человек, которого кто-то обманул в денежном отношении, может перестать доверять этому человеку во всем. Поэтому иногда полезно переходить порог в отношении чего-то конкретного, а не уничтожать отношения целиком.

В заключение следует отметить, что описанная техника является очень мощной. Она может привести к большим переменам в жизни. Ее называют "техникой последнего средства". Прежде чем применять ее, следует сначала использовать другие техники НЛП.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### ТЕХНИКА ТАЙНОГО ПРОВЕДЕНИЯ НЛП

"Здесь у кого-нибудь есть фобия? Я люблю фобии, но их так легко чинить, что они у нас уже кончаются. Видали? Здесь фобии есть только у людей, страдающих фобией поднятия руки в присутствии аудитории.

**Джоан:** У меня есть.

У вас настоящая, махровая фобия?

**Джоан:** Ну, довольно скверная. (Она начинает дрожать и дышать учащенно.)

Я это вижу.

**Джоан:** Вы хотите знать, с чем она связана?

Нет, не хочу. Я математик. Я работаю исключительно с процессом. Я все равно не имею доступа к вашему внутреннему опыту, так зачем о нем говорить? Чтобы изменить внутренний опыт, не обязательно говорить о нем. Вообще-то если вы о нем говорите, то ваш терапевт может ограничиться ролью профессионального компаньона. Вы знаете, с чем связана ваша фобия? Это нечто, что вы видите, слышите или чувствуете?

**Джоан:** Это нечто, что я вижу.

О'кей. Я собираюсь попросить вас проделать несколько вещей, которые вы можете проделать в уме очень быстро, так что ваша фобия вообще никогда больше не побеспокоит вас. Я буду давать вам указания по одному шагу за раз, а потом вы идете внутрь и выполняете их. Кивните, когда закончите. Сначала я хочу, чтобы вы представили, что сидите в центре кинотеатра, и вверху на экране вы можете увидеть черно-белый фотоснимок, на котором видите саму себя в ситуации как раз перед тем, как у вас появляется фобическая реакция. Затем я хочу, чтобы вы выплыли из своего тела наверх, в проекционную будку, откуда вы можете наблюдать за собой, наблюдающей за собой. С этой позиции вы будете способны увидеть себя, сидящую посреди кинотеатра, а также себя на неподвижной картинке вверху на экране. Теперь я хочу, чтобы вы превратили снимок на экране в черно-белый фильм и просмотрели его от начала до момента сразу после завершения этого неприятного переживания. Когда дойдете до конца, я хочу, чтобы вы остановили фильм — как слайд — а затем впрыгнули внутрь изображения и прокрутили фильм назад. Люди будут ходить задом наперед, и все остальное будет происходить наоборот — точно как при перемотке фильма, за исключением того, что вы будете внутри фильма. Прокрутите его обратно в цвете, и потратьте на это только одну-две секунды. Теперь подумайте о том, с чем была связана ваша фобия. Увидьте то, что вы увидели бы, если бы на самом деле были там.

**Джоан** : Меня теперь не волнует, но я боюсь, что в следующий раз, когда я действительно там окажусь, это может не сработать.

Вы можете где-нибудь здесь найти реальный пример, чтобы проверить это?

**Джоан** : Да, это фобия лифтов.

Отлично. Давайте сделаем маленький перерыв. Идите попробуйте, а после перерыва отчитаетесь. Те из вас, кто является скептиками, идите, смотрите и задавайте ей вопросы, если хотите. О'кей. Ну как, Джоан?

**Джоан**: Чудесно. Вы знаете, я никогда раньше по-настоящему не видела лифт изнутри. Этим утром я даже не могла войти туда, потому что была слишком напугана, но вот только что я несколько раз прокатилась вверх-вниз (Р. Бэндлер, 1994, с. 49—50).

## Приложение 2.

### ТЕХНИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ИСТОРИИ

Больной по имени Чак был обеспокоен тем, что при общении с женщинами и в особенности в сексуальном контексте, его всякий раз постигает неудача. Анализ показал, что его уверенность в своей несостоятельности была обусловлена прошлым опытом. Для управления текущим поведением он использовал эйдетические образы прошлого в качестве ведущей системы, а затем репрезентировал их кинестетически как чувства по поводу того, что он собирался делать. Когда он встречался с женщиной, то находил визуальный образ из прошлых переживаний неудач контакта с ними и был убежден в том, что его вновь ждет неудача. С лечебной целью Лесли Кэмерон-Бэндлер (ЛКБ) было произведено изменение личностной истории. Приводим протокол лечебного сеанса:

**ЛКБ.** Чак, можешь ты мне еще раз рассказать, как ты себя чувствуешь, когдаходишь к женщине?

**Чак.** Конечно же. Хотел бы я это забыть! Я просто чувствую, будто я весь в дерьме, понимаете ли? (Пока он отвечает, я пристально смотрю, повторится ли то же выражение, что и раньше, когда он говорил о женщинах. Часть его — ключ доступа "вверх и налево").

**ЛКБ.** (Когда все составляющие выражения достигают полноты, я прикасаюсь к его правому колену). Хорошо, это важно, что ты сейчас вот вспомнил это чувство.

**Чак.** Да, а почему?

**ЛКБ.** Ты скоро поймешь. Теперь возьми это чувство (терапевт снова прикасается рукой к его правому колену и задерживает руку, дожидаясь возвращения выражения), это "весь в дерьме", и скажи мне, какая сцена из прошлого приходит тебе в голову.

**Чак.** Ну, это было года два назад, я был на улице с этой женщиной, и у-у-у — я попробовал приставать к ней. У-у-у! Это было ужасно!

**ЛКБ.** Я тебе верю. Теперь я хочу, чтобы ты взял это самое чувство, и отправился назад во времени в свое прошлое, и чтобы ты находил там другие сцены, в которых у тебя были эти чувства.

**Чак.** (Закрывает глаза). О'кей.

**ЛКБ.** Вот так. Просто двигайся назад во времени, а я буду иногда тебя останавливать.

Просматривая свое прошлое по пути, намеченному этим определенным "чувством", Чак припомнил другие переживания, представителем которого оно было. Содержание менялось (участники сцен, их возраст, высказывания различных людей и т. п.), но "чувство" в переживании оставалось постоянным. Пока он это делал, я следила за легкими увеличениями в аспектах выражения: более ярким цветом кожи, углублением складок на лбу и вокруг рта, сжиманием губ, изменениями в дыхании. Эти усиления показывали, что он вспоминает особенно интенсивные переживания, в которых возникло это чувство.

Постоянное удержание якоря сохраняет чувство постоянным и поэтому обеспечивает поиск в прошлом, определяемый этим специфическим "чувством". Когда я видела усиление, я говорила Чаку:

**ЛКБ.** Вот! Остановись здесь. Всмотрись в эту сцену хорошенько. Что она значит для тебя в отношении этого чувства? (Другой рукой я отмечала эти специфические переживания прикосновением к другому колену, чтобы иметь возможность вернуться к нему потом).

**Чак.** Да, она связана с этим переживанием.

**ЛКБ.** А сколько тебе лет в этой сцене?

**Чак.** Ну, мне лет шестнадцать.

**ЛКБ.** Хорошо, хорошо. Теперь продолжай путешествие назад во времени, как ты делал это.

**Чак.** О'кей.

Я снова жду усиления. Проходит некоторое время, пока вновь не возникает значительное усиление выражения.

**ЛКБ.** Остановись здесь. Посмотри на эту сцену пристально. Скажи, сколько тебе лет здесь?

**Чак.** Мне около шести (голос гораздо выше, более детский, чем раньше).

**ЛКБ.** И что с тобой здесь случилось, Чак?

**Чак.** Я в приходской школе. Бог мой, как я ненавидел школу! И у меня трудности с монахинями. Я не знаю из-за чего, но я действительно помню, что каким-то образом это был первый раз, когда я вдруг понял, что монахини — женщины. Я не знаю, за кого я раньше их принимал, но здесь в первый раз я понял, что они — женщины.

**ЛКБ.** (Я снова отметила это другим прикосновением к колену, оставляя возможность возвращения к этому переживанию. Потом я сняла руки



с его колен). Теперь, Чак, я хочу, чтобы ты вернулся сюда. Открой глаза и посмотри на меня. Вот! Ты побывал в длинном путешествии. Полностью ли ты вернулся? Можешь ли ты почувствовать за собой спинку стула?

**Чак.** Да, конечно, я здесь.

**ЛКБ.** Хорошо. Теперь я бы хотела, чтобы ты подумал, что тебе нужно было бы в этих ситуациях, чтобы превратить их в хорошие переживания, такие, про которые ты мог бы вспоминать с удовлетворением. Какие ресурсы тебе нужны?

**Чак.** Что значит — ресурсы?

**ЛКБ.** Что-то вроде того, чтобы ты был уверен в себе, или спокоен, или не напряжен. Вот, например, если бы ты был настойчив, ты действовал бы совсем иначе, и эти переживания могли бы стать такими, что они удовлетворяли бы тебя, а не заставляли чувствовать себя в "дерьме".

**Чак.** Ну, мне нужно было бы в такой ситуации, чтобы женщина меня любила.

**ЛКБ.** Я согласна с этим, но что ты мог бы сделать, чтобы эти женщины тебя любили, чтобы ты им нравился?

**Чак.** Я не знаю.

**ЛКБ.** Ладишь ли ты с мужчинами?

**Чак.** Ну, великолепно.

**ЛКБ.** Какие ресурсы у тебя есть, когда ты имеешь дело с мужчинами, что это получается так хорошо?

**Чак.** Не знаю. Наверное, я не напряжен. Да, действительно, я совсем не напряжен. Я не беспокоюсь по поводу того, что может случиться. Это вроде бы не имеет значения.

**ЛКБ.** Вот-вот. Именно это мы и ищем. Продолжай, Чак, вспомни случай, когда ты действительно был совсем не напряжен, вот как ты описываешь, может быть такой случай, когда кто-то нервничал, а ты как раз был спокоен и не напряжен (говоря это, я спокойно наклоняюсь вперед, чтобы прикоснуться к его руке и поставить на якорь это переживание).

**Чак.** Ну вот, вспомнил.

**ЛКБ.** Хорошо (дотрагиваюсь до его предплечья). Расскажи мне.

**Чак.** Я просил босса о прибавке и был так спокоен, как только возможно. Мне действительно было не важно, что он скажет. Мне нечего было терять, так что я был совершенно не напряжен.

**ЛКБ.** Великолепно (снимаю руку с его руки). Множество людей не могли бы этого. Так что ты действительно знаешь это чувство ненапряженности (я снова прикасаюсь к его руке и вижу выражение ненапряженности, которое возвращается к нему).

**Чак.** Угу.

**ЛКБ.** Теперь я хочу, чтобы ты взял это чувство ненапряженности в те другие переживания. Давай начнем с самого раннего, о котором мы го-

ворили; я хочу, чтобы ты взял с собой свою ненапряженность и посмотрел, насколько по-другому это будет (эти чувства сохраняются благодаря тому, что я держу руку на его предплечье, используя таким образом якорь для высвобождения чувства ненапряженности). Посмотрим, как ты ведешь себя, когда эти чувства с тобой, и насколько по-другому эти женщины реагируют.

**Чак.** О'кей.

**ЛКБ.** Хорошо. Когда ты пройдешь через это первое переживание и будешь совершенно им доволен, — только когда ты будешь совершенно доволен, — кивни головой. Теперь отправляйся.

Через некоторое время Чак кивает.

**ЛКБ.** Прекрасно. Теперь я хочу, чтобы ты вернулся в ситуацию, когда тебе шестнадцать лет (я использую якорь другого колена, который вызывает это переживание), и переделал его, как ты переделал предыдущее переживание. Когда ты полностью пройдешь его и будешь совершенно доволен, кивни опять.

Через некоторое время Чак начинает слегка хмуриться.

**ЛКБ.** О, что случилось?

**Чак.** Я не уверен, но, кажется, я не могу сделать это вполне. Оно стало лучше, чем было, но все же я чувствую себя плохо.

**ЛКБ.** Ничего страшного. Это лишь значит, что тебе нужны еще какие-то ресурсы (я отпускаю якоря, снимая руки). В конце концов, шестнадцатилетний мальчик нуждается во всяческой помощи, какую только можно найти, когда дело доходит до трудностей с монахинями. Давай посмотрим, что же еще тебе нужно взять с собой. (Чак открывает глаза и возвращается в здесь и теперь). Как ты думаешь, что?

**Чак.** Ну, они давали мне почувствовать, что я действительно плох. Действительно плох и грязен.

**ЛКБ.** Но теперь ты знаешь лучше, не так ли?

**Чак.** После двух лет терапии, можно надеяться (ко мне Чак попал спустя два года лечения у мужчины-психолога).

**ЛКБ.** Хорошо. Теперь расскажи мне о каком-нибудь случае, когда ты сделал что-то прекрасное, может быть, что-то приятное для кого-то, что дало тебе чувство, что ты действительно хороший человек.

**Чак.** Хм-м-м, посмотрим-ка (глаза вверх и налево). Ну, вот я помог моему соседу прикрепить что-то в машине. Я едва знаю его, но у него что-то не получалось, и я видел его из окна, вышел и помог ему. Это заняло целый вечер, но я так чувствую, что это действительно было хорошо (пока он описывает этот случай, я опять ставлю его на якорь, прикасаясь рукой к его запястью).

**ЛКБ.** Хотела бы я, чтобы ты был моим соседом. Так значит, ты знаешь это чувство, когда ты чувствуешь себя действительно хорошим, знаешь, что ты действительно хороший человек (я пробую якорь)?

**Чак.** Угу.

**ЛКБ.** И чувство, когда ты совершенно не напряжен? (Я запускаю якорь ненапряженности, так что обе мои руки на его руках запускают одновременно оба ресурса).

**Чак.** Угу.

**ЛКБ.** Хорошо, возьми все эти чувства с собой и посети своих монахинь, и кивни, когда переживание станет таким, что действительно удовлетворит тебя.

Закрывает глаза. Проходит некоторое время, он широко улыбается и кивает головой.

**ЛКБ.** (отпускает его руки). Великолепно. Ведь действительно совсем другое дело, когда ты пользуешься своими ресурсами, когда они тебе нужны, правда?

**Чак.** Конечно. Эти переживания теперь кажутся мне просто забавными.

**ЛКБ.** Правда? Хорошо. Тогда вернись к ним еще раз, снова вспомни их, проверь.

**Чак.** О'кей (закрывает глаза, несколько мгновений сидит спокойно, потом улыбается). Ага, в них нет ничего существенного.

**ЛКБ.** Прекрасно. Когда в следующий раз ты собираешься встретиться с женщиной? Не считая меня, конечно.

**Чак.** (смеется). Ну, вы не в счет, вы терапевт.

**ЛКБ.** Премного благодарю. Но когда тебе предстоит встреча с женщиной, которая имеет какое-то значение?

**Чак.** Ну, ничего такого нет, пока я не устрою...

**ЛКБ.** Когда у тебя будет ближайшая возможность это сделать?

**Чак.** Ну, я мог бы подойти к Салли. Это девчонка на моей работе, она одна и привлекательна.

**ЛКБ.** Великолепно. Я хочу, чтобы ты представил себе, как ты подходишь к ней, но обязательно возьми с собой чувство ненапряженности и хорошее отношение к себе, хорошо? (на этот раз я не использую якоря, чтобы выяснить, обобщаются ли на образы будущего те изменения, которые были осуществлены относительно прошлых впечатлений).

**Чак.** О'кей (закрывает глаза, сидит спокойно, потом появляется полуулыбка, потом смешок).

**ЛКБ.** Как твои дела с Салли?

**Чак.** Вполне хорошо. Не то, чтобы я был похож на Пауля Ньюмена или что-то вроде того, но возможность поговорить с ней меня не пугает.

**ЛКБ.** Фантастично! Это заслуживает рукопожатия. Итак, ты действительно чувствуешь себя в порядке по поводу разговора с ней. Это великолепно! (Психотерапевт и Чак обмениваются ритуальным рукопожатием). Таким образом, рукопожатие также становится якорем для этого успешного внутренне порожденного переживания, которое впоследствии может быть запущено им. С этого момента было легко помочь Чаку

в планах на будущее и в придумывании ролей, чтобы он чувствовал себя ненапряженно и естественно с женщинами" (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993, с. 152-156).

### Приложение 3

#### КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА ШЕСТИШАГОВОГО И КОНТЕКСТУАЛЬНОГО ПЕРЕФОРМИРОВАНИЯ

Л. Кэмерон-Бэндлер (1993, с. 175—179) использовала данную технику для лечения сексуального расстройства у пациента Тома.

**ЛКБ.** Вот что, Том, я знаю, что часть тебя, которая удерживает тебя от реагирования, старается сделать для тебя нечто позитивное. Так что я хочу, чтобы ты отправился внутрь себя и спросил, что эта часть тебя пытается сделать, и после этого обратил пристальное внимание на слова, картины, звуки или ощущения, которые возникают.

**Том.** (Мгновенно закрывает глаза, тело отклоняется назад, как бы избегая удара).

**ЛКБ.** Так что же произошло?

**Том.** Я задал вопрос, но никто не ответил.

**ЛКБ.** Ответил, ответил. Что же произошло?

**Том.** Ну, я увидел свою мать, какой она бывает когда... ну... вы знаете (Том был соблазнен матерью, когда ему было около десяти лет, и он не смог справиться с задачей адекватно; эта неадекватность продолжалась и теперь).

**ЛКБ.** И...

**Том.** И ничего... У меня возникло то же чувство, которое всегда возникает, когда я вспоминаю мать таким образом.

**ЛКБ.** И ты не думаешь, что эта картина и порождаемое ею чувство имеют отношение к вопросу, который ты задал?

**Том.** Ну, если так посмотреть... но мать умерла. Какое это имеет отношение ко мне теперь?

**ЛКБ.** Мать-то умерла, но картина не исчезла. Теперь отправься внутрь себя и спроси эту часть себя, скажет ли она тебе, что она старается сделать для тебя. Если она скажет "да", пусть покажет тебе ту же картину опять. Если "нет", пусть сделает что-нибудь другое.

**Том.** (Закрывает глаза, снова то же произвольное отклонение назад).

**ЛКБ.** Хорошо, она ответила "да".

**Том.** Откуда вы знаете?

**ЛКБ.** Это нетрудно. Попроси ее продолжать и сказать тебе.

**Том.** (Закрывает глаза на несколько секунд, потом открывает глаза, но еще несколько секунд сидит неподвижно).

**ЛКБ.** Ну?

**Том.** Она говорит, что пытается защитить меня от матери.

**ЛКБ.** Согласен ли ты, что нуждаешься в защите от матери и, может быть, от чего-то с нею связанного?

**Том.** Да, конечно.

**ЛКБ.** От чего же?

**Том.** Она была жуткая сука. Кастрация. Она меня испортит.

**ЛКБ.** Так что ты согласен, что нуждаешься в защите от нее.

**Том.** Да, но... как невозможность поднять его может меня защитить от нее? А теперь она мертва.

**ЛКБ.** Я не знаю. Можешь ли ты увидеть, как это могло защитить тебя от нее тогда?

**Том.** Гм-м-м-м (глаза вверх налево, направо, налево). Угу.

**ЛКБ.** Может быть, тебе это не понравится, но в тебе есть части, которые полагают, что ты все еще нуждаешься в защите от того, чтобы она тебя не кастрировала, или как ты об этом говоришь, да?

**Том.** Да, но не так же!

**ЛКБ.** Я хочу, чтобы ты отправился к своей творческой части и попросил ее предложить три других способа защитить тебя.

**Том.** Творческой части?

**ЛКБ.** Да, я знаю, что она у тебя есть. Просто отправься внутрь и дай ей сделать свое дело. Она может ответить картиной, словами, ощущениями, или как-то еще, и, может быть, ты не поймешь, но обрати внимание на все, что произойдет.

**Том.** (Закрывает на некоторое время глаза, потом кивает головой один раз, второй, третий; улыбается). О'кей, я нашел.

**ЛКБ.** Что же ты нашел?

**Том.** Я спросил себя, как вы сказали, и сначала ничего не было. Потом я начал видеть эти короткие кинокартинки. Я увидел, как я даю ей пинка, прямо-таки врезаю ей по башке. Потом, в другой картине, я просто ушел от нее. Прямо через переднюю дверь. Потом, это было лучше всего, я просто расхохотался ей в лицо. Ха-ха-ха.

**ЛКБ.** Великолепно. Похоже, что это гораздо лучше. Кстати, кто это был в твоих картинах?

**Том.** Как кто, жена (пауза), конечно. У-у-у, моя жена.

**ЛКБ.** Хм-м-м, что бы это могло значить? Ну ладно, пока не будем об этом. Пойдем дальше. Сейчас я хочу, чтобы ты спросил часть тебя, которая делает тебя импотентным, прежде всего, считает ли она, что это более пригодные способы тебя защитить. Отнесись внимательно к тому, что будет происходить. Если она скажет "да", пусть снова покажет тебе картину матери.

**Том.** (Закрывает глаза). Она говорит "да". Может быть, можно найти другой способ для нее говорить "да"? А то это очень неприятно.

**ЛКБ.** Конечно, попроси ее говорить "да" другим способом. Может быть, это будет теплое покалывание в теле.

**Том.** (Закрывает глаза, открывает, улыбается). О'кей.

**ЛКБ.** Теперь спроси ее, будет ли она создавать такие способы поведения, когда нужно. Поскольку это та самая часть, которая породила первоначальную проблему, она уж знает, когда тебе нужно такое поведение, да?

**Том.** Да.

**ЛКБ.** Но это же неверно.

**Том.** Да?

**ЛКБ.** Неверно. Если только ты не считаешь, что встреча в постели — это подходящий момент для того, чтобы дать возлюбленной пинка, или уйти от нее, или рассмеяться ей в лицо (Здесь я перехожу от техники отделения поведения от намерения к технике контекстуализации нового поведения).

**Том.** Ну да. Но было бы хорошо проделать это с моей старой леди — я имею в виду с моей мамочкой.

**ЛКБ.** Да, но это было тогда, а не сейчас. Как ты можешь узнать, когда нужно защищать себя от тех вещей, которые мать пыталась с тобой проделать?

**Том.** Вы хотите сказать — проделала... Я не знаю.

**ЛКБ.** Отправься внутрь себя и попроси свою творческую часть показать тебе, когда тебе нужно пользоваться такими способами поведения.

**Том.** (Закрывает глаза на некоторое время, выражение лица меняется, цвет становится краснее, хмурится, брови сжимаются, открывает глаза). О'кей.

**ЛКБ.** О'кей. Так как ты знаешь, когда нужно использовать такое поведение?

**Том.** (Глаза вниз направо). Когда на меня давят. Когда кто-то пытается взять верх надо мной. Знаете, когда кто-то пытается заставить меня делать что-то, чего я не хочу, повредить мне.

**ЛКБ.** Когда они пытаются заставить тебя делать то, чего ты не хочешь. О'кей. Итак, отправься снова внутрь себя и спроси, согласна ли первая часть тебя, что когда ты чувствуешь себя таким образом, чувствуешь, что на тебя давят, самое время дать пинка, или уйти, или посмеяться.

**Том.** О'кей. (Закрывает глаза). Я не могу вспомнить, о чем я должен ее спросить.

**ЛКБ.** (Повторяет указание).

**Том.** (Закрывает глаза, улыбается). Она говорит "да". Я думаю, она понимает это лучше, чем я.

**ЛКБ.** Будем надеяться (улыбается). В конце концов, только это и важно. Так что спроси ее, будет ли она порождать новое, более полезное поведение в подходящие моменты вместо старого; ты понимаешь, старое — это импотенция.

**Том.** О'кей (закрывает глаза). Она отвечает теплым чувством. Но что, если я только буду испытывать это теплое покалывание, и это не будет ничего значить.

**ЛКБ.** Вот Фома неверующий! Задай вопрос, на который ты знаешь, что она скажет нет, и посмотри, что будет.

**Том.** О'кей. (Глаза вверх, налево; затем закрывает глаза и принимает обычную позу, в которой он уходит внутрь себя; открывает глаза, смеется). Да уж конечно она не отвечает теплым и приятным ощущением, это уж точно.

**ЛКБ.** Ну, а не хочешь ли ты мне сказать, о чем ты спросил?

**Том.** Нет (краснеет). Я лучше подержу это при себе.

**ЛКБ.** Ладно, теперь ты веришь? Спроси, есть ли какая-нибудь часть тебя, у которой есть какие-нибудь возражения по поводу всех переговоров, которые мы тут устроили.

**Том.** О'кей (закрывает глаза). У меня возникло какое-то странное ощущение.

**ЛКБ.** Спроси, означает ли это, что возражения есть.

**Том.** (Закрывает глаза). Опять то же странное ощущение.

**ЛКБ.** Подожди минутку. Спроси, все ли части удовлетворены тем, что произошло.

**Том.** (Углубляется в себя, улыбается). Я получил теплое, хорошее ощущение.

**ЛКБ.** Попроси, если это означает "да", чтобы был дан тот же ответ.

**Том.** (Закрывает глаза, улыбается). Оно или они говорят "да".

**ЛКБ.** Хорошо, нужно быть внимательным, чтобы различить "да" и "нет". Ладно, это значит, что наступил момент, когда тебе можно проделать выход, если ты понимаешь, что я имею в виду (смеется). Но я хочу, чтобы ты подождал хотя бы недельку, пока твои части привыкнут к изменениям. Не важно, насколько ты реагируешь, жди до тех пор, пока ты не сможешь больше ждать. Ты теперь начинаешь учиться новым, более приятным способам реагировать на сексуальные стимулы. Прошлые времена миновали. Но об этом мы еще поговорим".

## Приложение 4

### ТЕХНИКА ТРЕХПОЗИЦИОННОЙ ВИЗУАЛЬНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Л. Кэмерон-Бэндлер была вызвана в полицию для работы с женщиной, которая была изнасилована. Она не могла сообщить какой-нибудь информации о нападавшем, так как каждое упоминание о происшедшем вызывало у нее психотический эпизод, требующий использования психотропных препаратов. Больная агрессивно реагировала в больнице на заботу и прикосновения мужского персонала, что не давало возможности заботиться о ее физических

потребностях. Она не хотела видеть своего друга, а когда он все же навестил ее, то пришла в неистовство.

Психотерапевтическая работа начала проводиться спустя несколько дней пребывания пациентки в больнице. Первые несколько встреч были использованы для установления раппорта, доверия и мощных якорей для состояний безопасности и комфорта. Также были использованы гипнотические техники, которые помогли больной вспомнить ситуации безопасности и покоя из времен детства. Эти позитивные переживания были поставлены на якорь. После третьей встречи можно было считать, что доверие и соответствующие якоря установлены. Во время четвертой встречи была использована техника трехпозиционной сенсорно-кинестетической диссоциации. Приводим протокол терапевтического сеанса (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993, с. 164—167):

ЛКБ. Джессика, ты мне доверяешь, не правда ли?

Дж. Да, да, я вам верю.

ЛКБ. Это хорошо, потому что я хочу поговорить с тобой, и я знаю, что, поскольку ты мне веришь, ты вполне услышишь, что я скажу. Джессика, ты находишься со мной в этой комнате. И только мы с тобой находимся здесь. Ты удобно сидишь в постели, и я рядом с тобой. Чувствуешь ли ты мою руку (Джессика дотрагивается до предплечья психотерапевта). Хорошо держаться за кого-нибудь, правда?

**Дж. Да.**

ЛКБ. Ты помнишь, насколько в безопасности ты можешь быть, когда держишься за мою руку? (Дж. утвердительно кивает). Джессика, нечто произошло с частью тебя несколько дней тому назад (в этом случае был использован термин "часть", чтобы углубить диссоциацию Джессики от инцидента).

Дж. (Начинает сжиматься и показывает признаки реакции страха).

ЛКБ. Держись, держись, Джессика, сейчас ты здесь. Здесь, со мной в совершенной безопасности. Вздыхни и посмотри на меня (она подчиняется, и видно, как она расслабляется). То, что случилось, случилось с частью тебя, не со всей тобой. Ты понимаешь? Только с частью. А ты сейчас здесь (Джессика кивает и продолжает держаться за руку терапевта). Эта часть тебя нуждается в твоей помощи, Джессика. Ей нужно чтобы ты кое-чему научилась, чтобы снова быть в порядке. Ты сейчас здесь, в безопасности, со мной, ты можешь быть очень сильной и устойчивой. Но эта часть тебя сейчас не такова, и она нуждается в тебе. Тебе будет трудно почувствовать себя так хорошо, как ты можешь, пока эта часть не получит помощь, в которой она нуждается. Ты видишь, я рядом с тобой, здесь, правда Джессика? Начнешь ли ты вместе со мной помогать этой части тебя?

(Джессика утвердительно кивает).

ЛКБ. Замечательно. Так вот, Джессика, в последний раз эта часть тебя была в порядке прямо перед тем, как нечто случилось с ней. Я



хотела бы, чтобы ты увидела эту часть себя — ее — прямо перед тобой. Но увидь ее такой, какой она была до того, как что-то случилось. Кивни мне, когда ты сможешь увидеть ее перед собой.

(Зрачки Джессики расширяются, мышцы лица расслабляются. Она по-прежнему держится. Она кивает).

Джессика. Да, я вижу ее.

ЛКБ. Очень хорошо, Джессика. Как она выглядит? Кажется ли она тебе здесь о'кей? (при "здесь" — жестом указываю положение визуализации). Видишь ли ты, как она одета?

Джессика. Да. Она в джинсах и голубой курточке.

ЛКБ. Хорошо. Теперь оставь ее там, а сама почувствуй себя держащейся за мою руку.

Джессика. Угу.

ЛКБ. Теперь, Джессика, я хочу, чтобы ты выплыла из своего тела назад, оказалась как раз за спиной — так, что могла бы увидеть себя сидящей рядом со мной. Посмотри на себя, как ты держишь меня за руку и смотришь на ту часть Джессики, которая нуждается в помощи Джессики, которая перед ней. Отплывай назад, пока не увидишь Джессики рядом со мной, глядящую на более молодую Джессикау перед ней. Когда ты сможешь увидеть себя здесь со мной, кивни.

(Джессика совершенно замирает, дыхание становится более поверхностным, рука легко лежит на моей руке. Она кивает).

ЛКБ. (Я протягиваю другую руку и кладу ее на руку Джессики, чтобы поставить на якорь эту трехпозиционную диссоциацию). Очень хорошо. Теперь ты можешь начать помогать той части себя, которая там, впереди. Несколько более молодая Джессика — там. Медленно следи, как сцена начинает разворачиваться. Дай той части себя показать тебе, что случилось, чтобы ты могла знать, как помочь ей. Убедись, что ты остаешься в комфортном состоянии, наблюдая, как сегодняшняя Джессика смотрит на более молодую Джессикау, которая показывает то, что с ней случилось.

Пока Джессика визуализировала себя в прошлом опыте, я внимательно следила, не появляются ли признаки того, что она начинает ассоциировать себя с этим переживанием (то есть переживать чувства, что ее насилюют, вместо чувства безопасности и удобства со мной в настоящем). В течение следующих минут я повторяла инструкции несколько раз:

ЛКБ. Ты, Джессика, чувствуешь себя удобно и спокойно здесь, сейчас, наблюдая, как ты наблюдаешь за более молодой Джессикой там, проходящей через то переживание. А ты учишься. Ты узнаешь, что той, более молодой Джессике нужно от тебя, в чем она нуждается.

Если я замечала, что дыхание или сокращение мышц показывает, что она соскальзывает в реальность сцены изнасилования, то использовался якорь руки, чтобы помочь ей остаться в третьей позиции дис-

социации и повторялись указания, подчеркивающие те слова, которые усиливали процесс диссоциации: **она, там, более молодая Джессика** (все, что предшествует настоящему, моложе того, что есть сейчас, даже если речь идет о четырех днях); **ты, здесь, сейчас, сегодняшняя Джессика, безопасность** и пр.

Постепенно глаза Джессики наполнялись слезами и, в конце концов, слезы потекли по ее лицу.

**ЛКБ.** Это хорошо, Джессика. Смотри на себя здесь со мной, плачущую о ней. Она заслуживает твоих слез, а когда то переживание закончится, и та молодая Джессика оттуда успокоится, кивни мне.

Слезы Джессики были реакцией на то, что произошло, а не переживанием вновь сцены насилия. Джессика продолжала молча плакать, глаза открыты, зрачки расширены, она смотрела прямо перед собой на сцену впереди. Через несколько минут она кивнула.

**ЛКБ.** Хорошо, Джессика. Я знаю, что ты много увидела и многому научилась. Теперь я хочу, чтобы ты вернулась в свое тело, здесь, рядом со мной, почувствовала свою руку на моей, которая напоминает тебе о чувстве безопасности в настоящем. Когда ты вернешься, кивни мне.

(Джессика кивает).

**ЛКБ.** Хорошо, Джессика. Ты только что видела, как более молодая Джессика прошла через тяжелое переживание. Ей много нужно от тебя. Скоро ты отправишься к ней, возьмешь ее в свои руки, и будешь держать ее, уверяя, что ты из ее будущего, и что все будет хорошо. Есть другие люди, которые помогут, и ты можешь уверить ее, что она снова будет чувствовать себя в безопасности. Джессика, ей нужно знать, что ты ее любишь и заботишься о ней. Ей нужно знать, что с ней будет все в порядке и особенно — что ты ценишь ее. Она прошла через ужасное переживание, и ты можешь ценить ее за то, что она делала все, что было в ее силах. Ты готова сделать это, Джессика?

Джессика кивает и раздражается рыданиями. Она наклоняется перед собой, протянув руки, потом приближает их к себе, раскачиваясь и плача.

Во время следующих встреч использовалась та же трехпозиционная диссоциация, чтобы помочь Джессике вспомнить важные детали относительно преступника, необходимые полиции. Она быстро пошла на поправку, а ее друг оказался толковым помощником и хорошо ее поддерживал. Наша последняя встреча прошла как предбрачная консультация.

## Приложение 5

### ТЕХНИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТАФОРЫ

"Пара, Дон и Ирис, пришла на брачную консультацию, чтобы исправить отношения, которые с некоторого момента начали портиться. Дон был на шесть лет старше Ирис. Они были шесть лет женаты, у них было

двое детей, четырех и двух лет. Хотя Ирис была изящной, привлекательной женщиной, когда они познакомились, с тех пор она прибавила в весе 50 фунтов. Этот вес прибавлялся во время каждой из беременностей и не исчезал после родов. Дон находил ее внешность отвратительной и не вступал с ней в сексуальный контакт несколько месяцев.

Поскольку он занимал руководящую должность в большой фирме, с его работой были связаны определенные социальные обязанности. Он предпочитал не говорить Ирис о них, решив, что лучше он пойдет на соответствующие вечера один, чем будет рисковать смутить всех ее внешностью.

Решение иметь детей принял Дон, он был убежден, что это для них хорошая идея. Но когда она набрала вес во время первой беременности, он начал все больше задерживаться на работе. Даже во время консультирования колебания веса Ирис прямо зависели от того, сколько времени он с ней проводил, и ее кутежи с переадапацией происходили по вечерам, когда он работал сверхурочно. Хотя было непонятно, завел ли он интрижку на стороне, ясно, что такая мысль приходила ему в голову.

Дон был очень педантичен в отношении собственной внешности и говорил о том, как он сам себя видит. Ирис же говорила о том, как пуста ее жизнь, и как ей нужно чем-нибудь ее заполнить. Дон обычно представлял свой опыт как визуальный, Ирис — прежде всего как кинестетический. Они оба были согласны в том, что любят друг друга, хотя Дон чуть ли не вздрагивал, когда бросал взгляд на Ирис. Оба описывали свои прошлые сексуальные переживания как "идиллические". С двумя детьми Ирис в высшей степени зависела от Дона во всем, кроме своей материнской роли.

Для них обоих желательным состоянием было, чтобы Ирис потеряла вес и тем самым оживилось бы его физическое влечение к ней. Для Ирис влечение Дона (или отсутствие такового) в значительной мере определяло состояние ее субъективных переживаний. Чем более он отдалялся от нее, тем больше она передала, чтобы заполнить болезненную пустоту внутри, а в результате он отдалялся еще больше.

Поскольку усиление внимания Дона к Ирис могло бы в большей степени облегчить для нее возможность потери веса, улучшить ее общее состояние и уважение к себе, я могла бы просто сказать ему, как это зависит от его действий, и положиться на его добрые намерения в разрешении проблемы. Но добрые намерения, которые у него были, не помогли. Каким-то образом его чувство душевной близости с Ирис должно было быть усилено. Я была уверена, что если бы Дон мог оказать Ирис теплую поддержку, даже стать защитником, он бы отреагировала на это потерей веса и тем, что, по ее собственному

утверждению, она "была бы больше самой собой". Однако ее нынешняя внешность не давала им обоим возможности испытывать желательные реакции друг к другу.

Поэтому, имея в виду как ближайшую цель — усиление внимательности Дона к Ирис, так и более отдаленную — упрочение взаимоподдерживающих отношений, я решила воспользоваться терапевтической метафорой. Строя ее, я использовала информацию, полученную от них, относительно их поведения и ввела специфические выражения, которыми пользовался Дон, чтобы сделать ее более эффективной. В метафоре, созданной для Дона и Ирис, которую я приведу, Дон назван дядей Ронни, а земля и артишоки представляют Ирис. Отношение фермера к ним метафорически выражает отношение Дона к Ирис и конгруэнтно ему. Вот эта история.

"Вы говорите, ваш отец был фермером. Мой дядя Ронни тоже фермер. Так их называют в Калифорнии, что бы они ни выращивали. Он не всегда был фермером. Нет, до этого он сделал карьеру в бизнесе, и там он тоже был хорош. Но у его папы — моего дедушки — был большой, хороший надел земли на побережье в Калифорнии. Ну, и Ронни знал, что когда-нибудь эта земля достанется ему. Он держал это в уме, и время шло.

Его бизнес занимал у него уйму времени. Вы знаете, как это бывает. Наконец, пришло время, когда отец позвал его в Калифорнию и сказал, что ему тяжело этим заниматься, и что ему нужно, чтобы Ронни взял это на себя. Ронни казалось, что это могла бы быть прекрасная возможность. У него хватало денег, чтобы что-то сделать из этой земли, а это прекрасный участок, так что он не мог удержаться.

Некоторое время он просто наслаждался своим новым положением джентльмена-фермера. Но, наконец, он решил, что настало время заняться делом. Его отец занимался в основном разведением цветов. Прекрасно. Но Ронни думал не об этом. Рассмотрев несколько возможностей, он решил, что лучшим использованием земли будет выращивание артишоков. Они вполне соответствовали климату, считались деликатесом и стоили дорого.

Так что он распахал землю и посадил семена артишоков. Он полагал, что это был мудрый шаг с его стороны. Но артишоки не сразу начинают плодоносить, а Ронни был человеком нетерпеливым. Его интерес начал таять. Однажды, когда он посмотрел на свои поля, они показались ему совершенно безобразными. Он сказал себе, что, конечно, это более практично, но он потерял поля цветов. Он все больше отходил от земли и оставлял заботы другим. Конечно, земля страдала от этого. Руки наемных рабочих не заботились так о земле, ведь она им не принадлежала. И земля показывала результаты пренебрежения Ронни.

Ронни рассказал мне, как однажды он вышел в поле и огляделся. Он пришел в ужас от куч комковатой земли и непривлекательных растений-артишоков, листья которых свисали вниз. Он сказал себе:

"Боже мой, что я наделал? Это ужасно. Мне даже не хочется называть это своим. Лучше бы я не прикасался к этой земле!"

Но он обрабатывал ее. И что ему было делать с ней теперь? Правда, она давала артишоки, и они хорошо шли на рынке. Но земле нужно было больше его внимания и заботы, чтобы она была действительно плодотворной. Глубоко внутри себя он знал, что так это и есть.

Возвращаясь в большой дом, он протянул руку и сорвал артишок, и захватил его с собой. Сидя на кухне и размышляя о своих делах, он начал по-настоящему рассматривать этот артишок. Он был довольно безобразен. Выпирающие, несъедобные листья по краям. Он подумал, что вряд ли кто-нибудь соблазнится такой вещью. Но затем он начал осторожно его очищать. И по мере того, как он снимал слой за слоем, он все более очаровывался тем, что лежало ниже. Это было прекрасно! Мягкие, нежные внутренние листья вели его к сердцевине. Конечно, именно она заставляла людей выращивать и покупать артишоки. Люди знали, что внутри находилась прекрасная, сочная сердцевина. Выглянув из окна, он увидел теперь по всему полю сердцевин артишоков. Он смеялся, потому что вместо безобразных чешуйчатых растений видел теперь множество растений, которые изо всех сил были заняты тем, что внешние их слои защищали внутренние, чего, в конце концов, все от них и хотели. Эти грубые внешние слои защищали сердцевину от каждого, кто не хотел дать себе труд и время добраться до внутреннего сокровища.

В этом было что-то, что тронуло Ронни, потому что ему была близка идея уязвимости. Более того, артишоки не могли сами себя очистить. Они не могли раскрыть свое внутреннее сокровище без него. Это было его поле, его растения, и внезапно он почувствовал сильное желание заботиться о них и ухаживать за ними, обеспечить их рост и плодоношение. Он хотел быть уверен, что растения и плоды получают заботу, так что нежной сердцевине ничего не грозит. Теперь, разумеется, дядя Ронни — прекрасный фермер, он гордится своей землей и тем, что на ней растет. О своем прошлом он говорит, что чуть было не потерял направление, потому что позволил себе сомневаться, когда внешность не показалась ему хорошей. И эти сомнения стоили ему немало времени и усилий, чтобы привести все в порядок вновь.

Посмотрев внимательно на то, что у него было, он понял, что готов отдать все что угодно, только бы не потерять это. Естественно, земля ответила ему, сделав его богатым гордым человеком. Каждый мог видеть, что у него было нечто ценное" (Л. Кэмерон-Бэндлер, 1993, с. 200—203).

Оценивая эффективность использования метафоры, цитируемый автор отмечает, что она "хорошо сработала": Дон стал более внимательным к Ирис, подбадривал ее и даже принял участие в программе по снижению веса. По его словам, он "сделал свой вклад в этот брак" и ему следовало "потратить некоторое количество времени и энергии, чтобы этот вклад окупился".

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Александров А. А.* Современная психотерапия. — СПб.: Гуманитарное агентство "Академический проект", 1997. — 336 с.

*Андреас К, Андреас С.* (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление—и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП: Пер. с англ. - СПб.: Ювента, 1994. - 240 с.

*Бэндлер Р.,* (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса: Пер. с англ. - СПб.: Ювента, 1994. - 168 с.

*Бэндлер Р., Гриндер Д.* (Bandler R., Grinder J.) Из лягушек в принцы: Пер. с англ. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1993. - 208 с.

*Бэндлер Р., Гриндер Д.* (Bandler R., Grinder J.) ТРАНСФОРМЭЙШН. Нейролингвистическое программирование и структура гипноза: Пер. с англ. — СПб.: Изд-во "Петербург — XXI век" совместно с ИЧП "Белый кролик", 1995. - 317 с.

*Гордеев М. Н.* Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. — 240 с.

*Гордон Д.* (Gordon D.) Терапевтические метафоры: Пер. с англ. — СПб.: Изд-во "Белый кролик", 1995. — 196 с.

*Гриндер Д., Бэндлер Р.* (Grinder J., Bandler R.) Рефрейминг: Пер. с англ. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995. - 256 с.

*Гриндер Д., Бэндлер Р.* (Grinder J., Bandler R.) Структура магии: Пер. с англ. - М.: Каас, 1995. - 520 с.

*Кондратенко В. Т., Донской Д. И.* Общая психотерапия: Учеб. пособие. — 2-е изд., доп. и перераб. — Минск: Вышэйшая школа, 1997. — 464 с.

*Кочарян Г. С.* Сенестопатии в клинике сексуальных расстройств и возможности рациональной психотерапии. Немедикаментозные методы купирования болевых синдромов: Тез. Респ. науч. конф. — Киев, 1989. — С. 177—179.

*Кочарян Г. С.* Прием "сопоставление по аналогии" в сексологической практике. Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. — Харьков, 1990. — С. 213—215.

*Кочарян Г. С.* Прием "расширения сознания" в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными нарушениями. Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. — Харьков, 1990. — С. 215—217.

*Кочарян Г. С.* Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике. — М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. — 20 с.

*Кочарян Г. С.* Новый психотерапевтический способ влечения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. Сексология и андрология. — К., 1994. Вып. 2, -С. 88-93.

*Кочарян Г. С.* Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. Психотерапия сексуальных рас-

стройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. — С. 178—207.

*Кочарян Г. С.* Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. — Харьков: Основа, 1995. — 279 с.

*Кочарян Г. С.* Метод взрыва навязчивости в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. ВюникХарьовського університету. Серія "Психологія". - 2001. - № 517. - С. 95-98.

*Кочарян Г. С.* Об одном аверсивном феномене в клинике сексуальных расстройств. ВІСНІК Харювського університету. Серія "Психологія". — 2001. - № 517. - С. 99-102.

*КэмеронБэндлер Л.* (Cameron-Bandler L.) С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях: Пер. с англ. — Воронеж: НПО "МОДЭК", 1993. - 256 с.

*Макдональд В.* (MacDonald W.) Руководство по субмодальностям: Пер. с англ. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1994. - 89 с.

*МакМаллин Р.* (McMullin R.E.) Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. - СПб.: Речь, 2001. - 560 с.

*Нельсон-Джоунс Р.* (Nelson-Jones R.) Теория и практика консультирования: Пер. с англ. — СПб.: Изд-во "Питер", 2000. — 464 с.

*О'Коннор Дж., Сэймор Д.* (O'Connor J., Seymour J.) Введение в нейролингвистическое программирование: Пер. с англ. — Челябинск: "Версия", 1997. - 256 с.

*Пезешкиан Х.* (Peseschkian H.) Основы позитивной психотерапии. — Архангельск: Изд-во Архангельского мед. института, 1993. — 116 с.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского — СПб.: Питер Ком, 1998. - 752 с.

*Цзя М., Арава Д.А.* (Chia M., Arava D.A.) Сверхвозможности мужчины, доступные каждому. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина: Пер. с англ. — М.: Либрис, 1996. — 320 с.

*Цзя М., Цзя М.* (Chia M., Chia M.) Даосские секреты. Совершенствование женской сексуальной энергии: Пер. с англ. — М.: Либрис, 1995. — 400 с.

*Эриксон М.* (Erickson M.) Мой голос останется с вами: Пер. с англ. — СПб.: Изд-во "Петербург - XXI век", 1995. - 256 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Часть I. <b>ОСНОВНЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ НЛП</b> .....	6
Глава 1. <b>Присоединение</b> .....	6
1.1. Подстройка ("присоединение") к пациенту.....	6
1.1.1. Вербализация сфер сенсорного опыта, вербаль- ные ключи доступа и понятие о репрезентативной системе.....	8
1.1.2. Язык движения глаз, глазные ключи доступа и понятие о ведущей и референтной системах. . . . .	12
1.1.3. НЛП-типология и другие ключи доступа.....	15
1.1.4. "Отзеркаливание".....	17
1.1.5. Присоединение и ведение.....	18
Глава 2. <b>Субмодальности</b> .....	21
Глава 3. <b>Калибровка</b> .....	26
Глава 4. <b>Работа с процессом, а не с содержанием</b> .....	30
Глава 5. <b>"Мета-модель"</b> .....	32
Глава 6. <b>Методякоря</b> .....	36
Часть II. <b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ НЛП</b> .....	38
Глава 1. <b>Изменение личной истории</b> .....	38
Глава 2. <b>Переформирование (рефрейминг)</b> .....	39
2.1. Шестишаговое переформирование.....	42
2.2. Контекстуальное переформирование.....	45
Глава 3. <b>Наложение</b> .....	45
Глава 4. <b>Трехпозиционная визуально-кинестетическая         диссоциация и ассоциирование с переживанием</b> .....	48
4.1. Трехпозиционная визуально-кинестетическая диссоциация.....	48
4.2. Ассоциирование с переживанием.....	49
Глава 5. <b>Терапевтическая метафора</b> .....	49
Глава 6. <b>Способ коррекции поведенческих программ</b> .....	58
Глава 7. <b>Взмах</b> .....	62
Глава 8. <b>Метод "взрыва навязчивости"</b> .....	74
Глава 9. <b>"Последняя соломинка"</b> .....	87
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	92
Приложение 1. Техника тайного проведения НЛП.....	92
Приложение 2. Техника изменения личной истории.....	93
Приложение 3. Комбинированная техника шестишагового и контекстуального переформирования.....	98
Приложение 4. Техника трехпозиционной визуально-кинестети- ческой диссоциации.....	101
Приложение 5. Техника терапевтической метафоры.....	104
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	108



Научное издание

Серия  
"НОВЕЙШАЯ ПСИХИЛОГИЯ"

Выпуск 8

**Г. С. Кочарян**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ  
НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО  
ПРОГРАММИРОВАНИЯ  
(НЛП)**

Корректоры *Т. Захарова, В. Захарченко*  
Технический редактор *£ Соколов*  
Оригинал-макет и компьютерная верстка *В. Таргонская*

Формат 84 x 108/32. Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Уч.-изд. л. 6,33. Усл. печ. л. 5,88. Тираж 1500. Зак. № 1-269.

Издательство "Ника-Центр". 01021. Киев, ул. Институтская, 25  
т./ф. (044) 274-88-10;  
e-mail: [psyhea@sabbo.net](mailto:psyhea@sabbo.net),  
[servic57@i.com.ua](mailto:servic57@i.com.ua)

Свидетельство Госкоминформа ДК №305 от 28.12.2000

Отпечатано с готовых диапозитивов АТ «Книга»  
04655, МСП, Кшв-53, Артема. 25.

