

СЕРГЕЙ ЛЫСЕНКО

Практическая наркология

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Сергей Лысенко

**Практическая наркология.
Учебное пособие**

«Издательские решения»

Лысенко С.

Практическая наркология. Учебное пособие /
С. Лысенко — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-852236-9

Популярный автор книг по лечению зависимостей предлагает вашему вниманию очередной труд, в котором обобщает свой многолетний опыт в наркологической практике. Книга будет полезна как врачам психиатрам-наркологам, так и всем интересующимся психологией и психотерапией зависимостей.

ISBN 978-5-44-852236-9

© Лысенко С.
© Издательские решения

Содержание

Предварительные замечания к последующему тексту	6
Глава первая. Введение в практическую наркологию	16
Глава вторая. Нейро-лингвистическое программирование	20
Конец ознакомительного фрагмента.	33

Практическая наркология Учебное пособие

Сергей Лысенко

© Сергей Лысенко, 2017

ISBN 978-5-4485-2236-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Практическая наркология
(учебное пособие)

Автор: врач психиатр-нарколог Лысенко Сергей Александрович

Посвящаю своему сыну Егору Сергеевичу

Предварительные замечания к последующему тексту

Есть книги, которые пишутся в голове автора всю жизнь. Чаще всего это книги связанные с творчеством, с созиданием, с профессией. С годами мы становимся опытнее, мудрее, рискованнее. Меняются приоритеты, точки зрения, предпочтения. Одну из таких книг, учебное пособие от практикующего врача психиатра-нарколога, вы держите в своих руках. Прародительницей этой книги следует считать «Современную психотерапию алкоголизма», изданную в 2009 году издательством «Миклош» (г. Москва). Эта книга переиздавалась бесчисленное количество раз, и до сих пор живет на многочисленных официальных и неофициальных интернат-порталах так или иначе связанных с наркологической тематикой. Из этой книги я позаимствовал духовную составляющую, с которой согласен до сих пор. Затем последовал «Современный гипноз», изданный в том же издательстве в 2010 году. Методология и структура этой книги также помогли мне в создание данного учебного пособия. В 2011 году я издал «Секреты практикующего нарколога». В последней книге я избрал в целом верный путь, но, к сожалению, утратил дух первой книги и методологию второй книги. Поэтому она и не стала столь популярной, в сравнении с моими предыдущими опусами. После этого я временно отошел от наркологической тематики, и увлекся спортивной психологией. В 2010 и 2016гг. я издал два пособия призванных усилить психологическую составляющую в подготовке к спортивным соревнованиям. Эти книги имели заметный успех, и воодушевленный этим я решил вновь вернуться к позабытой наркологической теме. В итоге появился новый труд скооперированный из моих предыдущих книг с добавлением того нового, что я наработал за последнее время. Пролистав бегло книгу уважаемый читатель, возможно, усомнится в целесообразности ее названия. «Какая же это „Практическая наркология“ если речь, по сути, идет о психотерапии алкоголизма?», – спросит он. Из методологических соображений я специально повел речь всего лишь об одной наркологической нозологии. Алкоголизм – краеугольный камень современной клинической наркологии. Замечу, что если вы овладеете мастерством избавлять пациентов от зависимости к алкоголю, то и преодоление других зависимостей не составит для вас труда. С какой бы зависимостью вы не имели дела: будь то влечение к алкоголю, к табаку, к труду, к сексу или играм, во всех случаях мы имеем один и тот же патогенез. При всех зависимостях задействован все тот же пресловутый «центр удовольствия» расположенный в головном мозге человека. Опять же методы психотерапии, применяемые для алкоголезависимых одинаково приложимы и для всех остальных зависимостей. «Хорошо, – скажет читатель, – но в предлагаемом пособии нет, ни слова о лекарственных методах лечения. В „Практической наркологии“ эта тема должна быть одной из приоритетных!». И здесь мне есть что ответить. Действительно желающий преодолеть свою зависимость пациент должен, просто обязан, прийти к врачу психиатру-наркологу в межприступный период. В случае с алкоголизмом это период между запоями. В цивилизованных странах пациенты изначально поступают в центры детоксикации, где их приводят, как говорится в «в божеский вид». И только после этого они направляются на групповую психотерапию, или в сообщества взаимопомощи, по типу «Анонимных алкоголиков», «Анонимных наркоманов» или «Анонимных игроков». Врач психиатр-нарколог должен заниматься тонкой психологически-личностной работой, которая и есть суть его профессии. Наша наркологическая система уже утонула в этих бесчисленных «откапываниях» и «откачиваниях». Лечебный случай статистически закрывается, когда пациент в состоянии на своих ногах выйти из отделения. В связи с большим потоком вся отечественная наркология превратилась в центры детоксикации по типу зарубежных. В большинстве случаев,

ни о какой психотерапии в стационарах речь уже не идет. Опять мы идем своим собственным путем, не осваивая позитивный опыт других стран. Со сменой поколений, все чаще и чаще встречаются молодые врачи психиатры-наркологи которые при слове «психотерапия» делают удивленной лицо. Система насильственно превращает молодых врачей или уже более опытных психиатров-наркологов во «врачей – опохметологов». А ведь психотерапия зависимостей – это и есть главный стержень современной наркологии! Тончайшая, строго индивидуальная личностная работа – вот, что всегда должно быть в приоритете. И большая беда, прямо таки катастрофа, что наши современные врачи психиатры-наркологи буквально завалены кипами бумаг и вымотанные от бесконечных «откапываний» теряют свой профессионализм и занимаются абсолютно всем, но только не пациентами. Поэтому о лекарственном лечении в этой книге не сказано ни слова. В конце концов, о «таблеточном» лечении и так понаписаны горы книг. В СМИ или интернете периодически появляются сообщения о том, что некая фармацевтическая компания уже близка к созданию препарата от зависимости к алкоголю или наркотикам. Автор глубоко убежден, что биохимический подход в проблеме зависимостей ведет к очередному бесславному тупику. Любая зависимость приводит к нарушениям в нашей личности, и прежде всего в ценностной иерархии. О каких таблетках и порошках, при таком раскладе может идти речь? С помощью современных нейролептиков мы способны угнетать мозг человека до зомбиподобного состояния. Пациент действительно перестанет пить и колоться, и уже не подойдет к игровому автомату, потому что его личность будет попросту уничтожена. Он будет мирно сидеть в кресле и глупо улыбаться. Это не член общества, он конечно не будет иметь зависимости, но и человеком уже не будет. Прочтите 2—3 книги о том, как работали Милтон Эриксон, или Верджиния Сейтор, или Фриц Перлз. Вы где-нибудь встретите там хотя бы одно слово о лекарствах – психотропах? А ведь тот же Милтон Эриксон был не только великим гипнотерапевтом, но и профессором психиатрии! Алкоголизм, весьма наболевшая проблема для сего мирового сообщества, по праву занимает центральное место в моей книге. Подавляющее число входящих в наркологический кабинет пациентов – это лица имеющие зависимость к алкоголю. Не слишком я затруднился и в презентруемых мною методах психотерапии зависимостей. В советскую эпоху в наркологии доминировали в основном директивные трансовые подходы. В 30—70 годы прошлого века много внимания уделялось и так называемой условно-рефлекторной терапии. Оно и понятно, идеи И. П. Павлова в то время были представлены как базовые самим государством. Но все эти тошнотно-рвотные техники эффективные в опытах на животных не слишком приложились к человеку. Поэтому о такой «психотерапии» я говорить категорически отказываюсь. А вот директивный гипноз, особенно с примитивными личностями, до сих пор показывает хорошие результаты. Так что не стоит этот подход списывать в утиль. С большей симпатией я говорю здесь об эриксоновском гипнозе. Интеллигентный, тонкий, глубоко личностный подход интересный и для врача и для пациента. И директивный и недирективный гипнозы относятся к краткосрочной психотерапии, т.ч. в наше стремительное время они актуальны как никогда. Даже само нахождение в трансовом состоянии, как показывают многолетние исследования, целебно для человеческого организма. Эриксоновский гипноз очень удачно вписался в схему психотерапевтической работы с зависимыми пациентами. Вкрадчивый, ненавязчивый, с обилием косвенных внушений и мощными разноплановыми метафорами, он практически идеально подходит для зависимых, большинство из которых скрытны, недоверчивы, насторожены. Не стоит забывать, что психотерапия, практически при любой зависимости настоятельно требует хорошей порции директивности. Постоянные сюсюкания и поглаживания по голове очень нравятся нашим непростым пациентам, и очень скоро они вас психологически оседлают, разыгрывая всевозможные вариации ролей «глубоконесчастной и несправедливой жертвы». Сам Милтон Эриксон, родоначальник недирективного гипноза, был весьма гибким профессионалом. Мягкий и косвенный

подход у него не редко сменялся директивностью порой доходящей до психотерапевтически оправданной жесткости. Один из видных учеников великого мэтра Джеффри Зейг признался, что начиная работать с пациентом, он сначала пробует директивный подход, и если сталкивается с мощным сопротивлением, то переходит на более мягкую чисто эриксоновскую терапию. Однажды, сидя в кабинете у своего коллеги, махрового эриксоанинца, я увидел такую картину. К нему вошел пациент, который уже загодя находился в приличном трансовом состоянии. Переступая по кабинету на негнувшихся ногах, с заметно остекленным взглядом он медленно поднял голову и спросил: «Здесь лечат гипнозом?». Мой коллега, неисправимый недирективщик, начал сходу бомбардировать его косвенными внушениями и осыпать сложными метафорами. Чтобы не мешать работе я незаметно вышел. Спустя несколько дней встретив незадачливого профи я поинтересовался чем закончился сеанс. В ответ он только разочарованно развел руками: «Я проработал с ним целых три часа, как говорится „вложил в него всю свою душу“, а этот неблагодарный даже не соизволил явиться на второй сеанс!». По моему скромному убеждению, при таком раскладе как в данной ситуации, уважающий себя психотерапевт просто обязан был провести короткий (не более 20—30 минут) директивный гипноз. Его пациент, еще не дойдя до кабинета, сам погрузил себя в транс, ожидая, что психотерапевт, которого он заранее наделил мощной харизмой, будет вести себя активнее. Представитель французской школы недирективного гипноза Жан Беккио на своих семинарах не раз повторял, что многие из его сеансов гипноза, особенно с детьми, продолжаются всего несколько минут. В психотерапевтической работе нужно быть чрезвычайно гибким и свободным. Глубоко убежден, что у того же Беккио в работе сплошь и рядом присутствует директивность. Просматривая учебные видеоролики отечественных эриксоновских гуру, всегда сталкиваешься с одной и той же картиной. В начале семинара они яростно ругают классический директивный гипноз противопоставляя ему «правильный и современный» недирективный подход. Так и хочется сказать этим горе-учителям: «Хорошо, что всю эту глупость не видит сам Милтон Эриксон. Он бы вам задал перцу!». Великий американец дал массу подсказок, как работать с пациентами. Возможно, что его главным вкладом в душеведение является непрестанное подчеркивание роли качественной коммуникации. Ричард Бендлер в своих многочисленных книгах подробно описывает, как Эриксон якобы подстраивался к позе, дыханию и голосу своих пациентов. Из доступных видеоматериалов о творчестве Эриксона нам достались примеры его работы в последние годы его жизни. Ни о какой подстройке к внешнему поведению пациента там речи уже не идет. На этих роликах мы видим парализованного человека в согбенной позе, с трудом выговаривающего слова. Тут никакой подстройкой и не пахнет! В таком состоянии человек даже модулировать голосом не в состоянии. Возможно, что в более молодые годы, имея гораздо лучшие физические кондиции, какая-то подстройка и была. В конце концов, Эриксон много с чем экспериментировал, и его интересовало практически все. Для себя лично я вынес убеждение, что Эриксон во главу угла ставил личность психотерапевта, его харизму и авторитет. При соответствующем уровне харизмы каждое слово несравненного мастера было на вес золота. Вот над словами Эриксон работал всю свою жизнь. Известно, что единственной настольной книгой у него был орфографический словарь. Есть масса примеров, когда одной простой фразой людей вгоняли в тяжелые невроты или доводили до суицида. Эти негативные примеры лишний раз подчеркивают безграничную мощь и необузданную силу слова. Поэтому всем пси – специалистам нужно много работать над словом постигая его тайны. В защиту всего сказанного я приглашу Эрнеста Росси, одного из любимых учеников Эриксона, с которым он сотрудничал многие годы. Росси в своих книгах нигде не пишет о пресловутой подстройке. Более того в доступной стенограмме его единственного, насколько я знаю, семинара проведенного в России на вопрос как он относится к подстройке, мэтр резонно ответил, что не мы должны подстраиваться к пациенту, а он к нам. А вот о мощи

и силе слова Милтона Эриксона он написал много. Благодаря нему мы узнали о знаменитых косвенных внушениях Эриксона. Настоятельно рекомендую его книгу «Гипнотические реальности». По-моему это одна из немногих книг, которая действительно отражает саму суть знаменитого метода Милтона Эриксона. «Гипнотические реальности» необходимо прочитывать многократно. С каждым прочтением вы будете все глубже и глубже погружаться в таинственный мир созданный гением Эриксона. В силу традиции я достаточно подробно говорю в своей книге о подстройке к внешнему поведению пациента. Но, обращаю на это ваше внимание, не следует из подстройки делать самоцель. Помните, что главным в работе является ваша личность и мастерское владение словом. Мощь слова многократно возрастает в искусно созданной метафоре. Речь Милтона Эриксона изобиловала метафорами. Короткий рассказ, байка, проникновенная история стали его основным психотерапевтическим оружием в последние годы жизни. Все его обучающие семинары заключались в рассказывании поучительных историй для врачей и психологов. О метафорах можно говорить бесконечно. Недаром все святые писания состоят сплошь из притч и занимательных историй. Метафора – это самый совершенный способ передачи любой информации. Метафора всегда интересна и насущна, а значит, привлекает внимание и проникает в наше подсознание, минуя все нагромождения психологических защит. Очень хороши видеосеминары о метафорах в исполнении Дэвида Гордона, Аллы Радченко, Михаила Гордеева. Есть масса очень качественных книг о мастерстве применения метафор. Я глубоко убежден, что личность психотерапевта плюс мастерское владение словом (метафоры и косвенные внушения) и есть самая настоящая суть профессиональной и действенной коммуникации в психотерапии. Погружение в транс приоткрывает двери в наше подсознание, а косвенные внушения и метафоры реорганизуют его. Поэтому они так эффективны и сочетаемы. Не секрет, что в работе над любой зависимостью в большинстве случаев достаточно ограничиться подобным трансовым подходом. Почему же я презентую наряду с чисто трансовым подходом еще несколько других? Как резонно заметил уже известный нам Жан Беккио: «Я хочу, чтобы в вашем колчане была не одна стрела, а несколько». К тому же рутинное использование одного и того же, пусть и достаточно эффективного, подхода на каком-то этапе может стать душевно обременительным. Не бойтесь постигать и применять, что-то новое. Ведь одна стрела в колчане, это так скучно!

По понятным причинам, в своей книге я не смог пройти мимо нейролингвистического программирования. НЛП привлекает своей структурностью и прагматичностью. Без преувеличения можно сказать, что книги Ричарда Бендлера и Джона Гриндера в 80—90-е годы прошлого века буквально взорвали во многом консервативное мировое психотерапевтическое сообщество. Мысль о том, что появилась возможность смоделировать паттерны работы таких корифеев психологии и психотерапии как Милтон Эриксон, Вирджиния Сейтор и Фриц Перлз, казалась оптимистически-революционной. Впечатляющие примеры легкости преодоления фобий настраивали на безоблачное и радостное психотерапевтическое будущее. Большую роль сыграло яркое литературное и ораторское мастерство Ричарда Бендлера. Его неумный оптимизм и пренебрежительное отношение к другим методам психотерапии зашкаливали. Стенограммы его семинаров разлетались по всему миру, и в особенности в России, как веселые весенние птицы. Излечив несколько десятков фобий, я с нетерпением ждал техник работы с зависимостями, со сложными неврозами, с девиациями поведения. Наконец-то появились долгожданные книги о работе с частями личности. По Бендлеру получалось все до гениальности просто. Берешь проблемную часть личности, например ту, которая отвечает за зависимость к алкоголю, и заключаешь с ней договор. Теперь она реализует свои скрытые намерения, чаще всего стремление к релаксации, не влечением к спиртным напиткам, а совершенно другими более здоровыми паттернами поведения. В итоге, после совершенной трансформации, алкоголик хватается не за бутылку,

а идет играть к соседу в шахматы или бегают трусцой. И вот здесь, лично у меня оптимизма уже поубавилось. Сотни проведенных рефреймингов в большинстве случаев не привели к ожидаемым результатам. Во-первых, подобная мыслительно-абстрактная психотерапия подошла далеко не ко всем пациентам. Во-вторых, даже при успешной трансформации многие пациенты легко соскальзывали на уже привычное патологическое поведение. В-третьих, многократное повторение одних и тех же техник приводило к профессиональной скуке. НЛП тем временем заняло свою нишу в рекламе, коучинге и в политике, все более и более удаляясь от медицины. Многочисленные тренинги НЛПеров уже не обещали исцеления от застарелых неврозов или зависимостей, а презентовали базисное повышение коммуникационных способностей. Все чаще и чаще НЛП – гуру стали заявлять, что НЛП с самого начала не имело никакого отношения к вопросам здравоохранения. Позвольте, а как тогда объяснить изначальное моделирование творчества Милтона Эриксона, Вирджинии Сейтор и Фрица Пёрлза? Ведь все они успешные психотерапевты! Родоначальники НЛП стремились создать именно исцеляющие стратегии психотерапии. Другое дело, что на каком-то этапе, те кто их моделировал зашли в творческий тупик и с огорчением осознали, что патологически измененная психика человека в большинстве случаев по просту не преодолима стена. Эту стену успешно пробивали гениальные Эриксон, Сейтор и Пёрлз, а их адепты оказались бессильны. Харизму корифеев психотерапии смоделировать не возможно. То, что могли сделать они, попросту не дано совершить другим. Красивая сказка о новом революционном подходе к болезненной психике человека развеялась как дым. Тем не менее, НЛП все же сыграло весьма позитивную роль в вопросе, которому посвящена моя книга. Среди плевел все-таки нашлись и здоровые зерна. Ряд лингвистических открытий Бендлера, Гриндера, Гордона и других заметно укрепили позиции эриксоновского гипноза. Коммуникация, и я сейчас говорю не только о пресловутой подстройке, так же не помещает врачу психиатру-наркологу. Ряд техник НЛП, и в первую очередь знаменитые техники «взмах», рефрейминг, визуально – кинестетическая диссоциация, работа с якорями, весьма эффективны с определенным контингентом наших пациентов. Другое дело, что к новациям НЛП нужно относиться критически и перестать считать их как что-то догматически-неизменное. Сам Бендлер не раз повторял: «Если у вас что-то не получается с одной техникой попробуйте другую». Если у вас с данным конкретным пациентом не пошло НЛП проявите свою гибкость и переходите на другой психотерапевтический подход. Моделирование творческой работы гениев без сомнения во многом продуктивная тема, которая дает много полезного нам простым обывателям. Для примера вспомним, что взяли у Милтона Эриксона его весьма талантливые ученики. Эрнест Росси обратил внимание на то, как Эриксон мастерски применяет косвенные внушения. Дэвид Гордон был потрясен тем, как Эриксон управляется с метафорами. Джеффри Зейг ухватил общую методологию супергипнотизера. Стивен Гиллиген перенял навыки мотивирования пациента на грядущие позитивные изменения. В результате этого своеобразного коллективного моделирования родилось несколько ветвей отходящих от единого древа, которое мы теперь называем эриксоновским гипнозом. В наше время насчитывается уже несколько тысяч методов психотерапии о значительной части которых подробно рассказано в замечательной «Психотерапевтической энциклопедии» Карвасарского. Бендлер и Гриндер тоже мечтали создать суперметод с помощью которого благодарное человечество с легкостью избавится от своих наболевших психологических проблем. Кстати, НЛП не заняло доминирующих позиций в США, на родине родоначальников этого подхода. А ведь это говорит о многом. Американцы по-прежнему погружены в свой любимый психоанализ и когнитивно – бихевиоральные подходы. Российские психотерапевты клонули на НЛП – приманку по нескольким причинам. Во-первых, мы традиционно не любим «длинную психотерапию». Даже в наших народных сказках все решается радикально и быстро. Емеля попросил щуку, и она сразу все организовала. Поэтому

у нас так спотыкается длительная реабилитационная работа. Ну, не хочет, да и не способен наш человек, на многие месяцы помещаться в центр реабилитации, чтобы преодолеть свою зависимость. По большому счету НЛП – это чисто российская рафинированная мечта. Было бы очень здорово одним махом разрубить треклятый Гордиев узел. Но на поверку не все так просто. Зависимость слишком глубоко прорастает в личность пациента, и для того чтобы от неё избавиться порой требуется очень много времени. Во-вторых, для современных россиян типичен упрощенный подход к душевному миру. Такое впечатление, что приписываемые нам сомнения, неуверенность и рефлексия навсегда переместилась из нашей страны в Западную культуру. Апологет рефлексии Федор Достоевский популярен больше у них, а не у нас. Сейчас мы более сиюминутны и порой чрезмерно радикальны. Большинство пациентов приходящих на прием к психиатрам и психотерапевтам с порога нацелены не на углубленную и порой длительную психологическую работу, а на заветное лекарство, которое вмиг что-то переключит в мозге и они смогут дальше более-менее качественно функционировать. В понимании россиян мозг это что-то легко понятное и доступное. Нужно просто дать некий толчок, и он опять заработает нормально. В-третьих, мы до сих пор склонны верить в чудо. Наверное, поэтому у нас так популярна плацебо-терапия. Сходил к врачу – наркологу, поставил «торпеду» и зависимость с легкостью взята под контроль. Вот и с НЛП также. Врачи-наркологи и психотерапевты живо подхватили идею быстрого и безболезненного исцеления. Автор этих строк в свое время тоже попался в эту культуральную ловушку. Кстати, так называемые экстрасенсы и народные целители всех мастей живо подхватили идею эриксоновского гипноза и НЛП. В их работе качественная презентация чудо-способностей имеет главенствующее место. Коммуникативные навыки, которые развивают с помощью этих подходов ими весьма востребованы. Поэтому практикующие пси-специалисты в этом плане не должны от них отставать. Эриксоновский гипноз и НЛП, с критическим осознанием их возможностей и ограничений, должны быть в арсенале специалистов по зависимостям. Проще всего освоить эти подходы на специальных тренингах, где имеется возможность, познакомиться не только с теорией, но и с практикой. Я бы все-таки порекомендовал посетить зарубежные тренинги. Общение с такими профессионалами как Годэн, Ластиг, Вильямс и др. оставило в моей душе неизгладимый след. Достойное место уделено в моей книге саморегуляции. Стоит напомнить, что в советское время в основном применялись всевозможные вариации аутогенной тренировки Шульца. Позднее, скорее всего из-за повышенной загруженности работой, врачи-наркологи отошли от этой методики. А ведь еще наш знаменитый соотечественник профессор В.М.Бехтерев в начале прошлого века активно практиковал и рекомендовал другим использовать техники саморегуляции в наркологической практике. Весьма любопытны исследования последних лет касающиеся так называемого «эффекта Пигмалиона», или «самоисполняющегося предсказания». Напомню, что человеческая психика имеет три автономных уровня мышления периодически интегрирующихся в единую систему. Первый уровень мышления – это наше дорогое и любимое сознание. Его функция в основном заключается в обдумывании того или иного нашего поведенческого паттерна. Советская марксистско-ленинская идеология считала, что сознание это и есть наша психика, двумя нижележащими уровнями мышления коммунисты попросту пренебрегали. Второй уровень – это подсознание. Подсознание доказывает целесообразность обдуманного и презентуемого сознанием предстоящего поведения. Третий уровень мышления – это бессознательное, которое запускает механизмы реализации обдуманного и целесообразного (с точки зрения подсознания!) поведения. Конечно, это очень упрощенная схема нашей психической деятельности. Мы не будем останавливаться на всех тонкостях и сложностях. Напомню только, что на уровне подсознания еще существует целая система всевозможных психологических защит, т.е. своеобразных ментальных фильтров через которые мысль-идея буквально проталкивается на нижний бессознательный

уровень мышления. Психологические защиты построены на основе тех принципов, правил и догматов, которые сформировались в процессе накопления нашего жизненного опыта. А теперь поясним этот краткий теоретический экскурс практическим примером. Допустим, у человека случилось диспепсическое расстройство, говоря народным языком «несварение пищи». Подобные симптомы известны всем. Это и метеоризм, и урчание в желудке, и слабость с расстройством стула. Большинство людей примут ферменты, составят правильную диету, и проблема разрешится сама собой. А у отдельных индивидуумов может запуститься механизм «самоисполняющегося предсказания». Сознание этого мнительного человека забьет тревогу. Появится мысль том, что эти с виду банальные симптомы, на самом деле не что иное как начало серьезного заболевания желудка. И вот практически здоровый человек начинает копаться в специальной литературе и проходить многочисленные медицинские исследования. И самое главное, он все время подозрительно наблюдает за функционированием желудка. Своим близким он подробно рассказывает обо всех перенесенных ранее симптомах и в конце концов уже искренне уверяется, что «желудок совершенно не годный». Мнение врачей он игнорирует, т.к. «медицина – это несовершенная наука, да и врачи, похоже, не все ему говорят». Подсознание начинает формировать модель патологического поведения, т.е. человек попросту погружается в настоящую болезнь. Загруженный паттерн поведения реализуется бессознательным в клинически выявляемую язву 12^{-й} перстной кишки. Получается, что возникшая на ровном месте болезнь порождена мозгом самого человека. Этот драматический пример относится к разряду «негативного самоисполняющегося предсказания». По такому механизму срабатывают все «сглазы» и «порчи». На вас пристально посмотрела цыганка, а на следующий день вы попали в автомобильную аварию. Через некоторое время вы не смогли въехать в гараж и ударились автомобилем в забор. В памяти всплывает недобрый взгляд цыганки, которой вы отказались давать деньги. «Это проклятие цыганки!» – с ужасом думаете вы. Подсознание принимает эту идею, и бессознательное реализует патологическую программу, проявляющуюся в дальнейшей не уверенной езде с риском повторных аварий. Нас с вами естественно больше интересует «позитивное самоисполняющееся предсказания». В одной из книг по бизнесу я прочел интересную байку, имеющую прямое отношение к нашей теме. «По улице идут два только что полностью разорившихся человека. Один из них бизнесмен, который потерял на рынке ценных бумаг десять миллионов долларов. Другой, простой трудяга, потерявший работу, с зарплатой в пять тысяч рублей. Бизнесмен идет и думает, что он сделает все, чтобы реализовать новый проект, и заработает в итоге не десять, а двадцать миллионов долларов. А рабочий мечтает найти новую работу, где ему заплатят вожделенные пять тысяч рублей. И что самое интересное, оба этих человека обязательно достигнут поставленных перед собой целей!». Эта простая история хорошо поясняет тему мощи наших уровней мышления направленных в верное русло. Саморегуляция, во всех её разновидностях, как раз и построена на идее использования «эффекта Пигмалиона». Возьмем, к примеру самый простой вариант саморегуляции, методику французского аптекаря Эмиля Куэ. Мы программируем свое сознание его знаменитым самовнушением: «С каждым днем, во всех отношениях мне становится все лучше и лучше». При соответствующем настрое и подходящих условиях (тишина, дремотное состояние, многократность повтора) это самовнушение без труда протиснется через психофильтры подсознания в бессознательную часть, которая возьмет его в реализацию. Пройдет время, и вы действительно начнете отмечать положительные сдвиги в своем состоянии здоровья. Время не стоит на месте, и за прошедшее время были созданы более сложные и изощренные методы саморегуляции. Мы, практикующие врачи – наркологи и психотерапевты, просто обязаны обучать своих пациентов подобным методам самопомощи. Лечение не может ограничиваться временем нахождения больных в нашем кабинете. Активная самопомощь должна продолжаться и в их доме. Владение навыками саморегуляции само

по себе душевно успокаивает многих пациентов. Они убеждаются на собственном опыте, что способны и без врача «приводить себя в порядок». Саморегуляция напрямую показана и самим пси-специалистам. Что такое «синдром профессионального выгорания» знает каждый врач, но не всякий занимается его профилактикой. А ведь хорошо поставленный навык саморегуляции можно практиковать и в перерывах на работе, и во время езды на автомобиле, и во время прогулки на улице. Эти техники, как ни что другое очень хорошо вписываются в наше бурное, стремительное и насыщенное заботами время. Смешно сказать, но саморегуляция являющаяся обязательным компонентом в подготовке спецназа до сих пор не входит в программу обучения врачей вообще, и пси-специалистов в частности. Как всегда сапожники сидят без сапог! Трансовый опыт, а саморегуляция это разновидность транса, крайне необходим пси-специалисту. Милтон Эриксон не скрывал от своих учеников, что при работе с пациентами он также находился в «рабочем трансе». И это помогало ему находить те паттерны своего поведения, которые так эффективно изменяли больных. «С помощью своего подсознания я влиял на подсознание клиента» – не раз повторял знаменитый мэтр. Любое трансовое состояние, включая и самостоятельный транс, приоткрывает врата в подсознание, что позволяет позитивно программировать его. Никогда не забывайте об этом, практикуйте саморегуляцию как в своей собственной жизни, так и в жизни всех тех, кто вас окружает. Многие из пациентов говорят, что техники саморегуляции помогли им не только решить ряд проблем, но и узнать о себе много нового. Мы люди, как сознательные существа просто обязаны поставить такой мощный феномен как «самоисполняющееся предсказание» себе на службу. Теоретический аспект «эффекта Пигмалиона» учит нас не обращать внимание на тот психологический мусор который так и норовит проникнуть в подсознание, и буквально испортить жизнь. Незнание всего того, что мы только что обсудили зачастую толкает людей к всевозможным экстрасенсам и целителям, которые за баснословные деньги снимают «порчу», «сглазы», «наговоры» и «родовые проклятия». Возможно, наступит время, когда азам психологии и навыкам саморегуляции начнут обучать в средних школах и медицинских Вузах. Ну а пока мы, т.е. пси-специалисты, будем нести свет знаний всем страждущим. Глава условно названная «Биоэнерготерапия», по всей видимости, вызовет некоторые споры, но упражнения в ней представленные успешно работают, и я их настоятельно рекомендую.

И наконец, представляю довольно старый, но весьма важный метод, одним из названий которого является «библиотерапия». «Вначале было слово» – первая строка Евангелия от Иоанна (Новый завет). Использование слова, или второй сигнальной системы по И. П. Павлову, по большому счету и отличает человека от всех других представителей животного мира. Вспоминаются слова великого отечественного писателя Ф. М. Достоевского: «Главное читайте хорошие книги, все остальное Бог устроит». Фраза к которой нечего добавить. Чтение подходящей в данный момент жизни книги дает ответы на насущные вопросы и заставляет идти дальше. Согласитесь, что есть книги способные буквально перевернуть нашу жизнь, перестроить её, или говоря языком психологов, трансформировать. Но не стоит забывать, что печатное слово это обоюдоострый меч. По историческим меркам, совсем недавно, мы наблюдали, что сотворила книга «Маин камф» с такой высокоцивилизованной страной как Германия. А книги лидеров сект всех мастей? Ведь им искренне поверили не только, так называемые «простые люди», но и известные актеры, профессора, высококвалифицированные инженеры и педагоги. Во всем мире создалась уже целая индустрия, возглавляемая профессиональными психологами использующих лингвистические тонкости с целью манипулятивного влияния на подсознание ничего не подозревающих обывателей. Именно здесь и пригодились наработки НЛПеров, специалистов – эриксоновцев и психолингвистов. Большинство известных пси-специалистов ушли в коучинг, рекламу, политику. Оно и понятно, ведь профессиональная работа со сложными неврозами или зависи-

мостями дело весьма трудоемкое и неблагодарное, а в рекламе и политике вертятся такие громадные деньги от которых каждый мечтает что-нибудь отщипнуть. Вот и получается, что с утра до вечера в СМИ, интернете и по телевидению мы сталкиваемся с мастерски составленными НЛПерами текстами. На всех улицах развешаны зазывные баннеры и рекламные щиты, в текст которых вкраплены косвенные внушения. Продавцы – консультанты прошедшие спец. подготовку по психолингвистике, мошенники всех мастей, называющие себя экстрасенсами, колдунами и целителями стали постоянными участниками НЛП – тренингов или тренингов по эриксоновскому гипнозу. По всей планете без преувеличения бушует настоящий психолингвистический бум. На НЛП – тренинги и курсы эриксоновского гипноза те специалисты которым это действительно нужно, я имею в виду специалистов по душеведению (психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов) скоро уже не попадут. Спрос определяет предложение, и цены на подобные тренинги постоянно растут в арифметической прогрессии. Со своими нищенскими зарплатами врачам и психологам все это уже не с руки. Поэтому я призываю практикующих врачей и психологов, с незапятнанной душой, и продолжающих профессионально исцелять людей почаще публиковаться обмениваясь своими наработками с коллегами по цеху. Один мой хороший знакомый психиатр и психотерапевт, доцент на кафедре, в кулуарном разговоре признался, что современные профессора больше всего любят копаться в книгах написанных обычными практикующими пси – специалистами, т.к. только там можно найти то-то новое. Если профессора гоняются за подобными публикациями, то коллеги, с которыми мы работаем локоть в локоть, тем более нуждаются в подобной печатной продукции. Ведь некоторые профессионально написанные книги зачастую заменяют собой, как правило, недоступный по цене тренинг. Опубликовав в 2009 году свою книгу «Современная психотерапия алкоголизма» я столкнулся с любопытным феноменом. Оказывается, что мою книгу с интересом прочитали сотни людей имеющих ту или иную зависимость, и многие из них (я располагаю информацией как минимум о 70—80 случаях) избавились от неё. Возможно, что это и было одним из поводов возобновления наркологического писательства спустя годы. Признаюсь, положу руку на сердце, что я ничуть не огорчен, что моя «Современная психотерапия алкоголизма» продолжила свою жизнь в интернете. Её я встречал в наркологических интернет ресурсах, в электронных библиотеках, в большинстве торрент – серверах. Если она действительно востребована, то Бог с ней, пусть распространяется и живет дальше. Но вернемся к библиотерапии, помятуя о том, что это очень серьезный и действенный метод психологического влияния на страждущего человека. Понятное дело, что этот метод хорош не для каждого пациента. Дементированный больной в третьей стадии зависимости вряд ли изменит свое поведение. Трудности возникают и с личностно сохранными, но молодыми больными. В наше электронное время печатная бумажная книга к сожалению отступила на второй план. Сейчас текст или читают с монитора или слушают в аудиоверсии. Значит, будем приспосабливаться к новым веяниям. Лично я предпочитаю аудиокниги. Можно удобно расположиться в кресле и слушать книги в исполнении профессиональных чтецов. Подстраивайтесь к пациентам, не суть важно какой они предпочитают способ получения информации. Главное это донести до них всю силу и мощь печатного слова. У меня было немало пациентов которые спустя многие годы вернулись к чтению книг. В своем большинстве они испытали настоящий когнитивный диссонанс. «Почему я столько лет не читал книги?», «Оказывается именно это настоящий кайф!», – удивлялись они. Как только достигните возвращения пациентов в книжную вселенную берите ситуацию под контроль, и начинайте планомерно рекомендовать целевое прочтение, только не перегружайте пациентов обилием книг. Хорошая книга заставляет интенсивно думать, а современная цивилизации во многом не думающая, а штамповано – автоматизированная. Погружайте людей в мир книг постепенно, чтобы не отвратить их перенапряжением. Но если у вас, и у вашего пациента все получится как надо, вы достигнете поистине потря-

сающих результатов. Помимо чисто целебного эффекта в будущем ваши пациенты заполнят освободившуюся от зависимости нишу здоровым хобби, интерес к которому пронесут через всю свою жизнь. Все представленные в этой книге методы в той или иной степени трансовые. Давно известно, что зависимые пациенты повышенно тропны к трансовому влиянию, т.ч. здесь мы с вами, по сути, не открываем ничего нового. Мои «предварительные замечания» порой будут несколько различаться с каноническим текстом. Это объясняется тем, что разные страницы писались в разное время. Я специально не вгонял текст «в одну колею». Пусть будет, так как есть, критические замечания порождены возросшим опытом работы с непростым контингентом наркологических больных. Спорные замечания надеюсь, приведут к самостоятельной мыслительной деятельности моих уважаемых коллег, и возможно породят конструктивную дискуссию. В любом случае я отвечаю за каждое написанное здесь слово потому что они искренние. Все знают, что знаменитые мэтры, проводящие обучающие семинары «говорят не обо всем», и «самое важное скрывают, т.к. именно этим они зарабатывают себе на жизнь». Я не мэтр, поэтому рассказал в своей книге все что знаю. Надеюсь, что мой скромный труд найдет своего читателя. Прежде всего, эта книга предназначена для молодых пси-специалистов, работающих с зависимостями. Но если и уже опытные врачи ознакомятся с этими строками, я буду от всей души рад. Каждый из нас умеет что-то делать лучше других, и ознакомление с чужим опытом всегда благотворно. И, пожалуй, главное, что я стремился передать уважаемым коллегам, это сохранить свою душу от повреждения и бережно относиться к пациентам страдающих зависимостями, и порой видящих в нас ту последнюю надежду, без которой их ждет беспросветный мрак и забвение.

С уважением Автор.

Глава первая. Введение в практическую наркологию

Несмотря на то, что пьянство и алкоголизм, как планетарная проблема, существует уже несколько тысячелетий, история эффективного врачебного лечения алкоголезависимых в лучшем случае охватывает временной период, не превышающий 100 лет. Скептикам, не согласным с такой точкой зрения, предлагаю полистать базовое руководство по психиатрии выдающегося французского психиатра Маньяна (1893 г.) «Наркологические» потуги врачей 19 века в настоящее время вызывают только сочувственную улыбку. Они практически не могли лечить алкоголизм, но, тем не менее, набирались эмпирического опыта, который так пригодился врачам последующих поколений.

Сейчас уже смешно вспоминать, а ведь ещё в середине прошлого века многие психиатры не признавали алкоголизм психической нозологией. В многочисленных публикациях эти горе-психиатры обосновывали свою точку зрения, где алкоголизму отводилась роль скромной вредной привычки. Шло десятилетие за десятилетием, а воз оставался всё там же. Во второй половине 20 века начинает развиваться психофармакоиндустрия. Создаются всё новые и новые методы психотерапевтического лечения психических расстройств. Не забывают и об алкоголизме, пытаются приспособить все терапевтические новации преодолению этой зловредной привычки. Перед психиатрией во все времена ставилось много задач, а тут ещё дополнительно эти неискоренимые наркологические загадки. Назрела необходимость создания отдельной медицинской службы, где специалисты смогли бы работать над наркологическими проблемами, не отвлекаясь на вопросы, стоящие перед общей психиатрией. Организаторы медицины многих стран мира уже осознали крайнюю необходимость этого шага.

В 70-е годы прошлого века расчётливая советская медико-чиновничья номенклатура наконец-то рождает новую врачебную субспециальность, которую звучно называли «психиатр-нарколог». Примерно в эти же годы и на Западе появляются врачи, специализирующиеся на оказании помощи лицам, страдающим аддиктивными (зависимыми) расстройствами. Именно на этих государевых или частнопрактикующих слуг отныне возложена сложнейшая задача по разгребанию накопившегося алкогольного мусора. Теперь чиновники вздохнули с облегчением, так как наконец-то появилась возможность с помощью нескончаемых указов и приказов, адресованных врачам-наркологам периодически оживлять бесконечную борьбу с «зелёным змием».

Именно с появлением официально созданной наркологической службы начинается сакраментальный процесс «отделения зёрен от плевел». Сумма знаний, доставшаяся наркологам, походила на бесконечный терминал, набитой всякой всячиной. В течение многих десятков лет алкогольная болезнь перебивалась в тысячах разных рук. Видные психиатры, педагоги, психологи, социологи, антропологи, философы, политологи, неустанно занимались этим вопросом.

Первое, что удалось понять и принять отечественным наркологам, – это включение алкоголизма в ряд душевных заболеваний.

Второе важное открытие – алкоголизм можно преодолеть только в тех случаях, когда этого хочет сам пациент.

Третье – алкоголизм, как патология повышенно тропен к трансовым методам психотерапии.

Вся последующая практическая деятельность врачей-наркологов уже опиралась на эти три важнейших базовых принципа. Работать стало гораздо легче. Канула в Лету професси-

ональная безысходность. Появились обнадеживающие практические достижения. Возник определённый профессиональный авторитет и значимость. Пришло понимание того, что эта сфера профессиональной деятельности подходит далеко не каждому и требует целого ряда врождённых личностных качеств. Даже приунывшие учёные как-то оживились и стали подкидывать врачам – практикам свежие конструктивные идеи. Тем не менее, по большому счёту это только оптимистическое начало. Лично мне кажется, что современная наркология, вместе со своим стержнем – психотерапией, представляется только черновым вариантом здания в виде возведённых стен и крыши. Вся последующая отделка и украшение этого сооружения ещё впереди.

Новое поколение врачей и учёных, которые, без сомнения, дерзнут продолжать эту каторжную работу, в конце концов, успешно доведут её до конца. Психотерапия, как основное направление в исцелении от алкоголизма, – это обширная и самобытная область врачебных знаний и умений. В течение десятков лет, с миру по нитке, эти методы собирались в единую логическую систему.

В нашей стране в течение нескольких десятилетий превалирует трансовая психотерапия. Даже в советские годы психотерапия, базирующаяся на внушении в изменённых состояниях сознания, осталась на плаву. Все другие виды психотерапии, и прежде всего русский психоанализ, подверглись беспощадной обструкции. К счастью, алкоголизм хорошо лечится методами трансовой психотерапии, то есть можно сказать, что психотерапия зависимостей до определённой степени у нас прогрессировала. «Железный занавес», отгородивший нашу страну от научных достижений мирового психотерапевтического сообщества привёл к тому, что, начиная с 80-х годов, советская психотерапия начала заметно топтаться на месте. Уже всё, что можно было выжато из классического гипноза и пресловутой аутогенной тренировки. Новые, более или менее значимые методы психотерапии не создавались. В это время за рубежом, и прежде всего в США, психотерапия и клиническая психология цвели буйным цветом. За последние 50—60 лет у них зародились такие важнейшие методы психотерапии как аналитическая психотерапия Юнга, индивидуальная психотерапия Адлера, гештальт-терапия, психосоматика Райха, радикальный бихевиоризм Скиннера, когнитивная психотерапия Бека, клиент-центрированная психотерапия Роджерса, трансперсональная психотерапия, гуманистический психоанализ Фромма, эриксоновская терапия и гипноз, психотерапия индивидуальности Оллпорта, экзистенциальная психотерапия Мэя...

В 90-е годы в России начались демократические перемены, и в нашу страну хлынул долгожданный поток передовой западной психотерапевтической литературы, а ведущие психотерапевты США, Франции, Великобритании и Германии стали проводить в Москве и в других городах России мастер-классы.

Я хорошо помню, как тысячи психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов с так называемого «постсоветского пространства» жадно набросились на эти книги и начали записываться на международные обучающие семинары. Это было блаженное время. Мы все погрузились в профессиональную эйфорию; нам казалось, что теперь мы свернём горы. Прошли годы, стих шум восторгов, подошёл к концу период переосмысления психотерапевтической действительности. На проверку оказалось, что всё не так просто. Некоторые методы зарубежной психотерапии с большим трудом адаптировались к современным российским реалиям. Тем не менее, обнаружили и поистине золотые находки. В частности, гештальт-терапия, эриксоновская терапия и гипноз, нейролингвистическое программирование, групповая психотерапия и некоторые разновидности психоанализа и трансперсональной психотерапии нашли в нашей стране своих последователей. Российские наркологи, прежде всего, ухватились за нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз. Оба этих подхода хорошо вписались в общую систему оказания помощи зависимым пациентам. Одновременно с этим пришло понимание того, что наши

отечественные наработки в рамках трансовой психотерапии алкоголизма ещё рано выбрасывать в утиль.

Дело в том, что алкоголезависимые пациенты очень хорошо откликаются на трансовую психотерапию. Ещё в старых руководствах по психиатрии отмечался тот факт, что алкоголики повышенно внушаемы и с большой лёгкостью погружаются в состояние гипноза.

Зачем же избавляться от тех лечебных методов, которые достаточно эффективны? Другое дело, необходимо модернизировать и усовершенствовать этот подход. Симбиоз советской трансовой психотерапии с продвинутыми трансовыми психотехнологиями Запада и явился для нас этим позитивным компромиссом.

Современная психотерапия алкоголизма по определению должна быть массовой и короткой. Большинство наших пациентов с готовностью посетят около 15 сеансов психотерапии. На нашу удачу, и Милтон Эриксон, и Бендлер с Гриндером поддерживали эту идею краткосрочности исцеления.

Все их техники апеллируют к взаимодействию с бессознательной сферой пациента. А эта сфера, по мнению многих ведущих психотерапевтов мира, является самой мощной и гибкой во всей структуре нашей психики.

Теперь, когда мы, российские наркологи, вооружены целым арсеналом методик и техник для работы с бессознательным пациентом, просматриваются определённые перспективы. В советское время превалировала суггестивно-дидактическая психотерапия алкоголизма и работа велась преимущественно с сознательной сферой алкоголезависимых. Объединение нашего опыта с американским, после небольших трений и нестыковок, оказалось достаточно плодотворным. О бессознательной сфере более подробно мы ещё поговорим в двух последних главах этой книги.

В каждом учебном пособии автор стремится реализовать ту или иную стержневую идею. В этой книге ставилась цель привлечь внимание врачей, специализирующихся в оказании помощи алкоголикам, к тем методам психотерапии, которые уже прошли жёсткую проверку временем и доказали свою практическую эффективность. После длительных размышлений я остановился на пяти основных методах психотерапии, которые, как считаю, наиболее удачно применимы к нашим российским реалиям.

Структура книги тщательно продумана, и представленные методы расположены по степени значимости. По моему личному мнению, именно в такой последовательности они и должны осваиваться начинающими наркологами. Во главу угла поставлено нейролингвистическое программирование. Почему я пошёл на такой шаг? Да потому, что НЛП впервые предложило целый комплекс знаний и умений, без которого современного нарколога уже и невозможно представить. Если нарколог кроме НЛП больше ничего не знает, он уже может называть себя настоящим наркологом. В главе, посвящённой НЛП, я постарался остановиться на самом главном, на что пытливый врач, прежде всего, должен обратить внимание. Более основательные и систематизированные знания вы получите на специальных (желательно – международных!) семинарах и тренингах, посвящённых этим методам. Ну а с качественной литературой и видеозаписями работы мэтров НЛП сейчас вообще нет проблем. Помните, что нейролингвистическое программирование – это та база, на которой стоит всё здание современной наркологии!

Вторым по значимости методом я обозначил старый и добрый гипноз. Причём рассуждения о классическом гипнозе достаточно основательно дополнены рассказами о гипнозе эриксоновском. Метод, предложенный Милтоном Эриксоном, – это более изощрённая и сложная трансовая работа, которая уже доказала свою состоятельность в практике лечения алкоголезависимых пациентов. Как показывает опыт, техники НЛП весьма хороши в сочетании с трансовым наведением. Поэтому освоение гипноза также весьма важно для современного нарколога. Психическая саморегуляция, несмотря на своё сродство с гипнозом,

выделена в самостоятельную главу. Тенденция короткой психотерапии алкоголизма предусматривает психотерапевтическую оснащённость наших пациентов, с целью продолжения трансовых сеансов уже в домашних условиях.

Глава, посвящённая биоэнерготерапии, возможно, многих из вас удивит. Этот метод практикуется современными наркологами крайне редко. Именно поэтому я посчитал необходимым привлечь к нему ваше пристальное внимание. В США биоэнерготерапия в течение многих лет активно развивается. Возникает вопрос: «А чем мы хуже их?» Ведь анергия алкоголезависимых – это тот феномен, на который просто невозможно закрывать глаза. По-моему, идея подойти к разрешению этой проблемы с позиции биоэнерготерапии весьма плодотворна.

Заканчивает наш обзор основных методов современной психотерапии алкоголизма глава, посвящённая библиотерапии. Думаю, что этот психотерапевтический подход, который очень активно исследуется и практикуется в странах Запада, также привлечёт ваше внимание.

К счастью, наши психотерапевты внесли весьма ощутимый вклад в разработку основных положений этого интересного и эффективного психотерапевтического воздействия.

Все предложенные в этой книге методы могут эффективно использоваться как в индивидуальной, так и в групповой работе.

Для их усвоения, как правило, не требуются многолетние образовательные программы.

В изложении представленного материала автор сознательно пошёл на определённый схематизм и упрощенчество, так как книга прежде всего создавалась для начинающих врачей-наркологов. Освоение любой профессиональной деятельности начинается с азов. Таким образом, эта книга – своеобразное введение в наркологическую практику.

Глава вторая. Нейро-лингвистическое программирование

Большим подарком для современных практикующих наркологов является нейро-лингвистическое программирование. Этот метод был внедрён в практику в середине 70-х годов прошлого века стараниями нейролингвиста Ричарда Бендлера и доктора психологии Джона Гриндера. Оба этих талантливых американца заинтересовались механизмами психологического влияния выдающихся психотерапевтов современности. Идея изучить паттерны (образцы поведения) великих гуру от психотерапии лежала на поверхности, но ведь только они, представители западной прагматичной культуры, по-настоящему ухватились за неё!

Схожую работу, правда, не в психотерапии, а в шахматной игре, около 100 лет назад выполнил гроссмейстер Аорон Нимцович. Весь процесс шахматной партии он разложил на ряд элементов и наглядно показал, как каждый отдельно взятый элемент разыгрывается выдающимися игроками. Будет нелишним добавить, что его книга «Моя система» до сих пор считается лучшим пособием по шахматной стратегии. Если Бендлер и Гриндер – любители шахмат, то мы с вами открыли истоки их плодотворной идеи.

Ну, а если серьёзно, то структурирование лечебного процесса у нейролингвистического программиста-практика сильно смахивает на функционирование современного продвинутого компьютера. Во всяком случае, одна из базовых интервенций НЛП, так называемая «трансформация психики пациента», очень уж напоминает компьютерную перезагрузку...

Итак, Бендлер и Гриндер начинают изучать творчество, пожалуй, наиболее выдающегося гипнотерапевта современности Милтона Эриксона, позже исследуют психотерапевтические подходы Вирджинии Сейтор (семейная психотерапия) и Фрица Пёрлза (гештальт-терапия).

Можно только представить, сколько творческих мук перенесли эти два энтузиаста. Недаром говорят: «Чужая душа – потёмки». А какими «потёмками» являются души великих коммуникаторов? Об этом даже подумать страшно! И здесь снова пришёл на помощь знаменитый американский прагматизм. Осознавая, что полностью понять паттерны поведения творческого человека не представляется возможным, Бендлер и Гриндер всё внимание переключают на два основных аспекта работы корифеев. Во-первых, они тщательно исследуют их лингвистические (языковые) наборы. А во-вторых, замечают и усваивают невербальные проявления их профессионального поведения. В итоге удалось вытащить на свет ряд психотерапевтических техник, которые использовались великими как сознательно, так и бессознательно.

Но ведь подобный метод можно назвать своеобразным «психологическим Франкенштейном»! – воскликнут некоторые критически настроенные читатели, и отчасти будут правы. То, что НЛП не удалось стать «психо-панацеей» от всех душевных проблем, сейчас, по происшествии более чем 30 лет уже всем ясно. НЛП – это конгломерат отдельных (но далеко не всех!) аспектов профессиональной эффективности ряда крупных психотерапевтов. НЛП слишком технично, и личность пациента зачастую полностью игнорируется. Адепты НЛП считают, что человек – это просто-напросто биocomпьютер, и целью оператора (психотерапевта) является игра на клавишах, управляющих его поведением...

Можно долго ругать НЛП, но следует всё же признать, что в многочисленных племенах можно увидеть и съедобные зёрна. Во-первых, этот метод учит желающих, как подстраиваться, т.е. коммуницировать с пациентом. Во-вторых, в НЛП есть ряд симптомо-центрированных техник, которые весьма эффективны не только при фобиях, но и практически

при всех видах аддиктивного (зависимого) поведения. В-третьих, НЛП позволяет не только достигнуть определённой цели, но и зафиксировать её.

Согласитесь, уже немало, а ведь я перечислил ещё далеко не всё. Вот именно поэтому наркологи, и почему-то именно российские, так широко применяют отдельные техники НЛП в своей практике. В этой главе мы рассмотрим ряд техник, которые нашли наибольшее применение в современной отечественной наркологии.

И начнём мы с того, как вообще необходимо создавать и поддерживать контакт с зависимым пациентом, т.е. с «подстройки» к нему.

«Подстройка».

Я думаю, что уважаемый читатель, который прямо сейчас пробегает своим взором эти строки, с лёгкостью воспроизведёт в памяти ситуацию, когда он наблюдал ссорящихся людей. Люди, находящиеся в конфликте, противоположны в занимаемых позах, они дышат совсем не так, у них разные жесты, они отстранены друг от друга, т.е. всем своим поведением собеседники как бы отгораживаются от неприятного общения. А теперь представьте себе влюблённых парня и девушку. Если внимательно приглядеться, то станет ясно, как они «отзеркаливают» поведение своей «половинки». Про таких говорят: «Они дышат в унисон».

Примечательно, что они не только согласно дышат, но и занимают ту же позу, совершают схожие жесты, говорят одним тембром, часто используют характерные вербальные выражения. В первом рассматриваемом нами случае мы видели полное отсутствие раппорта, т.е. подсознательного доверия.

Во втором случае перед нами классический пример успешного и качественного раппорта. Бендлер и Гриндер первыми обратили на это внимание и возможно, что это вообще одно из их главных психологических открытий.

Давайте поговорим об этом подробнее. В конце концов, «подстройка» необходима каждому врачу, и поэтому весьма важно овладеть ею основательно. Прежде всего необходимо, незаметно для пациента, смоделировать его позу. Как правило, это делается очень легко. Сначала расположите соответствующим образом свое туловище, спустя некоторое время отзеркальте руки, чуть погодя смените позицию ног... Уже на этом первичном этапе подстройки вы будете приятно удивлены тем насколько позитивнее стала ваша коммуникация.

Очень мощным подстроечным приемом является синхронизация дыхательных движений. Дышите также как пациент, и вы сами обратите внимание на то, как между вами улучшается раппорт.

Когда этот навык автоматизируется, научитесь произносить слова в момент выдоха вашего собеседника. В этом случае ваше влияние резко усиливается, т.к. адресат воспринимает передаваемую информацию как бы своим внутренним голосом. «Как всё просто!» – скажете вы. На самом деле эта «простота» как раз из той поговорки, где её отождествляют с гениальностью.

Другим, пожалуй, таким же эффективным способом установления раппорта является «подстройка» к жестам пациента. Постарайтесь качественно «отзеркалить» телодвижения и жесты. Не нужно полностью моделировать внешнее поведение человека, т.к. это сразу бросится ему в глаза, и вы навсегда потеряете с ним раппорт. Достаточно, если вы отразите, к примеру, позу, дыхание и наиболее типичные жесты.

Следующим этапом тренировки своей коммуникабельности является «подстройка» к голосу. Данный вид присоединения такой же мощный, как и предыдущие, но требует большей гибкости и артистизма. Но ведь мы с вами не боимся трудностей и в конце концов знаем, что даже медведя можно научить езде на велосипеде, верно?

Для начала постарайтесь подстроиться к голосу диктора телевидения или к кому-то из своего окружения. Прекрасной тренировкой станут ваши телефонные разговоры, где этот вариант «подстройки» вообще единственно возможный. Моделируйте тембр, громкость,

интонацию, ритм, высоту и другие параметры голоса собеседника. Уверен, со временем, подобная психотерапевтическая игра придётся вам по вкусу, и по мере отработки навыка автоматизируется.

Следует помнить, что все рассмотренные нами способы «отзеркаливания» воздействуют на подсознательную сферу человека, и от вашего профессионализма зависит, чтобы его сознание не обратило на это никакого внимания. Очень важно не спешить, особенно когда пациент совершает достаточно заметное движение с большой амплитудой (например, скрестил руки на груди или закинул ногу на ногу). Подождите несколько секунд и лишь, затем смоделируйте требуемый паттерн поведения.

Нужно помнить, что подстройка к пациенту осуществляется постепенно и не сразу в полном объёме. Например, начав устанавливать раппорт, вы сначала моделируете его позу, спустя некоторое время «берёте на вооружение» какой-либо из его жестов, после этого переходите к голосовым параметрам и т. д.

Очень важно, что все стратегии НЛП можно проверить на эффективность. Это же относится и к «подстройке». Как же убедиться в том, что раппорт существует? Вы меняете позу, и ваш собеседник следует за вами, т.е. непроизвольно также изменяет свою позу.

Если раппорта нет, вам не следует ни в коем случае злиться и паниковать. Попробуйте «подстроиться» заново, и я уверен, что у вас всё получится.

Самое главное, – чтобы сидящий рядом с вами человек был интересен вам как личность. Лев Толстой мог часами говорить с каким-нибудь неказистым мужичком и никогда не считал затраченное на беседу время потерянным.

Весьма способствует благорасположению вовремя сказанная шутка, каламбур и даже анекдот. Дозированный юмор – очень могучее средство «подстройки» с последующим выходом на подсознание пациента. Используйте это оружие, и больные будут от вас в восторге.

Пациент должен видеть и знать, что вы работаете с ним как с индивидуальностью, а не просто как с «входящим следующим». Вы хотите со временем стать «суперпрофи»? Тогда начинайте «подстройку» к окружающим прямо сегодня!

Ну, а что касается наркологической практики, то здесь без «подстройки», качественного раппорта лечебная работа просто невозможна. В конце концов, хирург может сделать операцию и без всяких подстроечных стратегий. Нарколог же в большинстве случаев сталкивается с пациентами, которые искренне убеждены в отсутствии у них зависимости к психоактивному веществу. Этот феномен получил название «анозогнозия». Как важно при таком раскладе войти в доверие к пациенту, чтобы повести его по тонкому мостику через бездонную пропасть. Пациенты, страдающие алкоголизмом, либо имеющие другую зависимость, – люди душевно ранимые, подозрительные, настороженно относящиеся к любым попыткам установления с ними неалкогольного контакта.

В этих условиях подсознательная и качественная «подстройка» становится интервенцией первого выбора. Несколько лет назад я заглянул на прием к одному из своих коллег. Маститый врач беседовал с пожилым алкоголиком. Беседа явно не клеилась. Сразу же бросилось в глаза отсутствие раппорта. Кардинально различались позы собеседников: пациент сидел, подавшись вперёд со скрещенными на груди руками, а врач, наоборот, откинулся далеко назад. Они по-разному дышали, говорили разными тембрами голосов. В конце концов, беседа сорвалась, и оба контактёра с радостью расстались друг с другом. Мой приятель скептически относился к НЛП, поэтому мне стоило немалых трудов к нему «подстроиться», чтобы объяснить ошибочность его профессионального поведения. Спустя месяц он сам позвонил мне, чтобы сообщить, что «подстройка действительно работает».

Вы думаете, это – единичный случай? Как бы ни так! К сожалению, большая часть врачебного сословия не знает, как правильно подступить к пациенту...

В свете всего вышеизложенного, лично мне представляется крайне необоснованной чрезмерная критика НЛП как «чисто технического», «удалённого от пациента», «компьютеризированного» психотерапевтического подхода. Надеюсь, что и уважаемые читатели теперь со мной согласятся. Даже если вы являетесь стойкими адептами других методов психотерапии, усвоение и последующая практика «подстройки» вам никогда не помешают.

Ну, а тех из наших читателей, которых по-настоящему заинтересовало НЛП, я прошу перейти к следующей стратегии.

Сбор информации о пациенте

Ещё древние врачи говорили: «Правильно поставленный диагноз – это уже половина успешного лечения». С этим трудно не согласиться. В наркологической практике врачи испытывают большие затруднения со сбором анамнестических данных. В большинстве случаев алкоголики (наркоманы, токсикоманы) откровенно преуменьшают степень зависимости, объёмы и частоту потребляемого психоактивного вещества, стаж потребления, личностные изменения и др.

Зачастую не очень активно помогают и родственники наших пациентов, как правило, предоставляя врачу заведомо искажённые анамнестические данные. Почему это происходит, особенно во втором случае, учёные уже разобрались. Оказывается, обыкновенная информация о больном подпадает под влияние целого комплекса психологических защит. Об этом очень много писала Анна Фрейд, дочь великого основоположника психоанализа. Да-да, я сейчас говорю о тех самых вытеснениях, отрицаниях, минимизациях и рационализациях. Как сами пациенты, так и их родственники либо не замечают возникающую проблему вообще, либо уходят от неё в сторону. Родственники продолжают жить прежней жизнью, как будто ничего не происходит и сильно раздражаются, если кто-то пытается указывать на явные признаки зависимости. «Мой сын – не алкоголик, просто решил немного расслабиться с друзьями» (так мать говорит о недельном запое сына). «Мой водку не пьёт, а вот пивком балуется, но ведь его сейчас все пьют, верно?» (оправдывается отец пациента с ежедневной толерантностью к пиву до 5—6 литров в сутки). Психологические защиты погружают как самих больных, так и их окружение в заманчивый мир обмана и лжи.

Конечно, это деструктивная позиция. Вместо того, чтобы бить во все колокола, делается всё, чтобы зависимость манифестировала, что всегда, как вы знаете, заканчивается печально. Это уже потом будет шок, растерянность и безысходная апатия... А сейчас «мы ещё на коне» и у нас «всё окей!»

НЛП, в лице его основоположников Бендлера и Гриндера и в такой ситуации приходят к нам на помощь. «Сбор информации о пациентах – это 90—95% терапевтического времени», – говорят они и предлагают нам целый ряд очень важных профессиональных поведенческих стратегий.

К рассмотрению этих интересных подходов мы с вами сейчас и приступим.

А Определение ведущей репрезентативной системы

Пожалуй, все врачи знают, что отражение окружающей реальности происходит с помощью зрения, слуха, чувств, обоняния, осязания и вкуса. Первые три репрезентативные (отражающие) системы являются глобальными в нашей жизнедеятельности. Оказывается, каждый из нас имеет доминирующую (предпочтительную) систему. В соответствии с этим всех людей мы можем разделить на визуалов, аудиалов или кинестетиков.

Визуалы в ходе беседы стараются заглянуть вам прямо в глаза и, рассказывая что-либо, жестами «рисуют» предмет беседы. Типичные для визуала слова: «яркий», «взгляд», «смотреть», «видеть», «раскрашенный», «туманный», «смазанный», «красивый», «очерченный», «чёткий», «зрительный», «вспышка», «свет», «образный», «контрастный», «сфокусированный», «пейзаж», «ландшафт», «глядеть», «вылупиться», «театр», «Большой» и др.

Понятно, что визуалы мыслят зрительными образами. Кстати, большая часть человечества (около 40%) – это типичные визуалы. Считается, что визуальная репрезентация характерна для людей с обострённым, тонким восприятием.

Аудиалы живут в мире звуков. Во время беседы они отвлекаются на посторонние шумы, в глаза глядят редко, любят сидеть боком к собеседнику (улучшают параметры слухового восприятия), зачастую предпочитают радио телевидению, хвалятся коллекциями аудиозаписей, правда, не всегда. Один из моих знакомых, типичный аудиал, увидев по телевидению изображение знакомого актёра или политика, называл его фамилию только после того, когда тот начинал говорить. Аудиалы предпочитают использовать такие слова: «слышать», «громкий», скрипучий», «шумливый», «молчаливый», «невнятный», «эхо», «громогласный», «лепечущий», «крикливый», «органный», «колокольный», «бормочущий», «плачущий», «сладкоголосый», «пушечный», «фанфары», «лающий», «крик», «орущий», «поющий», «звук» и др. В общей популяции аудиалов от 15 до 20%.

Кинестетики составляют 30—40% населения Земли. Во время беседы они смотрят перед собой и, рассказывая о чём-либо, часто прикасаются к собеседнику. Типичные «кинестетические слова: „шершавый“, „ледяной“, „тёплый“, „колючий“, „приятный“, „тяжёлый“, „невесомый“, „липкий“, „острый“, гладкий», «внутренний», «боль», «ушиб», «стиснутый», «зажатый», «облегчённый», «парящий», «упругий», «давящий», «Подавляющий», «неуютный», «спокойный» и др. По всей вероятности, кинестетиком был Ноздрёв.

Как же мы можем использовать знание о ведущей репрезентативной системе, спросите вы?

Во-первых, беседуя с пациентом, вы будете говорить на «его языке». Уже через несколько минут, слушая и наблюдая, вы легко определите его репрезентативную ориентацию. С аудиалом вы станете говорить «аудиальным» языком, с визуалом – «визуальным», а к кинестетику подберёте чувственные выражения.

Например, к вам на приём пришёл пациент и заявляет свою проблему такими словами: «Доктор, в последние два года я стал много пить. Эта проблема меня угнетает, и я не знаю, как выбраться из этого болота. Родственники давят на меня, а это ещё сильнее выводит меня из себя. Такое чувство, что во мне кто-то сидит и постоянно требует: «Пей! Пей!»

В ответ вы говорите: «Я ясно представляю ваши проблемы. Видно сразу, что вам нужна помощь. В моём представлении вы нуждаетесь в длительном лечении». Как вы считаете, ваши явно «визуальные» слова дойдут до пациента-кинестетика? Вряд ли! Сказать нужно было что-то типа: «Я чувствую, что вы нуждаетесь в помощи, не даром вы сами пришли ко мне. Вместе мы постараемся ухватить вашу проблему, чтобы вы смогли через тесный тоннель выйти на свободу...»

Вы обратили внимание, что мы опять возвратились к «подстройке»? Да, выходя на доминирующую репрезентативную систему пациента, мы действительно углубляем «подстройку», но не только это нас интересует!

Знание о репрезентативной системе нашего собеседника подсказывает, как организована его мыслительная деятельность, из каких кирпичиков (визуальных, аудиальных или кинестетических) сложен его внутренний опыт. Всё это является большой подсказкой психотерапевту и подвигает его к выбору той или иной лечебной стратегии. Хотите пример?

На приёме молодая женщина, бухгалтер, типичный аудиал. Она представляет такую проблему: «Я часто путаюсь с числами. Все говорят, что у меня нет никакой концентрации внимания. Если так пойдёт дальше, я не смогу работать бухгалтером». Обследование пациентки показало, что в детстве она испытывала трудности с усвоением счёта. Как-то её мать в раздражении сказала: «Ты никогда не научишься правильно считать, потому что бестолковая!» Оказывается, пациентка часто слышала эти слова матери в форме «внутреннего голоса». Не углубляясь в технические вопросы, поясню, что нам удалось заменить эту

деструктивную фразу на противоположную, которую также часто произносила мать пациентки: «Ну вот, ты меня послушала, и у тебя прекрасно всё получилось!» (слова матери после удачного исполнения девочкой музыкального этюда). Таким образом, за 45 минут психотерапии удалось разрешить проблему, которая могла поломать пациентке жизнь.

Б. Глазные сигналы доступа

Следующим, ещё более изощрённым, способом сбора информации о пациенте является психотехнология «чтения» глазных сигналов доступа. Наши предки говорили: «Глаза – это зеркало души», и Бендлер с Гриндером с научной точки зрения подтвердили, что это действительно так. Оказывается, движение глаз по вертикали и горизонтали отражает способ извлечения информации из бессознательного и перевода её в сферу сознания. Что это нам, практикующим врачам, может дать? Во-первых, вы сможете очень быстро определить сенсорную ориентацию пациента (визуал, аудиал или кинестетик). Во-вторых, узнаете структуру его стратегий мышления, что позволит адекватно подобрать и реализовать психотерапевтическую интервенцию (вмешательство).

Вот как определяются ГСД на практике. Во время беседы с пациентом вы наблюдаете за его движениями глаз. Если на заданный вами вопрос он смотрит прямо перед собой, значит, он сосредоточен на каком-либо внешнем раздражителе. При движении глаз вверх-влево он извлекает из своего опыта ранее виденные зрительные образы. Взгляд вверх-вправо говорит о том, что пациент представляет образ, который отсутствует в его жизненном опыте. Взгляд вверх-посередине даёт информацию о том, что этот образ либо уже был пережит, или, наоборот, отсутствует в опыте.

Горизонтальный взгляд влево – это вербальный (словесный) или звуковой уже пережитый опыт. Горизонтальный взгляд вправо – выдуманный, сконструированный звуковой образ. Взгляд вниз – влево говорит о том, что собеседник произносит внутренний диалог.

Движение глаз вниз-посередине и вниз-вправо отражает чувственное (кинестетическое) восприятие.

Нужно учитывать, что у левши только что рассмотренная схема ГСД будет зеркально отображена.

Важно также знать, что извлечённый из своего внутреннего опыта образ пациент зачастую ставит прямо перед собой. В этом случае вы будете наблюдать сфокусированный взгляд посередине-вперёд. Делается это для того, чтобы подвергнуть образ (чаще всего зрительный) аналитической обработке.

Метод ГСД на первый взгляд достаточно сложный, но при упорном тренинге успешно усваивается. Зато, какой позитивный психотерапевтический резонанс вы в дальнейшем получите! Своими глазными движениями пациент, сам того не осознавая, предоставит в ваше распоряжение массу полезной информации. Теперь во время лечебных интервенций вы сможете наблюдать, как пациент воспринимает ваше вербальное и невербальное поведение.

Навык ГСД нужно тренировать постоянно. Движения глаз зачастую быстры и трудноуловимы.

Начните обучение, наблюдая за глазами дикторов телевидения и их собеседников с минимумом жестикуляций. Когда этот паттерн профессионального поведения будет усвоен, вы сможете его практиковать со всеми людьми без ограничений.

В. Определение правдивости ответов собеседника.

Наконец мы переходим к рассмотрению того аспекта процесса сбора информации, который больше всего интересует наркологов. Мы уже говорили о том, что как сами алкоголики, так и их родственники вследствие выраженной анозогнозии выдают врачу явно искажённую информацию. Как же узнать, когда пациент правдив, а когда – лжив? И здесь НЛП приходит нам на помощь. Дело в том, что человек может взять под свой сознательный

контроль внешнюю речь, т.е. пропускать через гипотетический фильтр те слова, которые он произносит собеседнику. Невербальные, большей частью телесные, проявления своего поведения под жёсткий контроль взять невозможно. Вот и получается, что задавая пациенту определённый вопрос, мы нередко слышим ответ «Да», хотя всё его тело, через видимые невербальные знаки, отвечает категорически «Нет». Итак, собеседник невербально соглашается с вами, когда его корпус подаётся вперёд, он совершает лёгкие кивательные движения головой, расслабляет мышцы лица, поднимает уголки рта, расслабляет кисти, слегка и совсем прикрывает веки, облегчённо вздыхает. И наоборот, при несогласии с вами («телесное «нет») вы наблюдаете отклонение корпуса назад, движение головы из стороны в сторону, застывшие мышцы лица, задержку дыхания, напряжение в кистях.

Как вы считаете теперь, когда вы усвоили этот способ сбора информации, вам легче станет объективизировать полученные от пациента данные? Я искренне убеждён, что если вы, уважаемые читатели, возьмёте из НЛП для своей врачебной практики только разделы «Подстройка» и «Сбор информации», даже это весьма повысит вашу профессиональную эффективность. Но собранный вами урожай может стать ещё богаче, если вы, набравшись терпения, пойдёте за нами ещё дальше!

Лечебные интервенции.

А. Работа с субмодальностями

Окружающую нас реальность мы, люди, отражаем с помощью зрительного, слухового, чувственного, обонятельного и вкусового анализаторов. Каждый из болков информации о материальной мире, полученный тем или иным анализатором, называется модальностью. Главными модальностями в НЛП считаются зрительная (визуальная), слуховая (аудиальная) и чувственная (кинестетическая). Модальности, в свою очередь, делятся на субмодальности, т.е. параметры данного конкретного канала восприятия. Так, например, зрительная модальность состоит из высоты, ширины, глубины, контрастности, заднего фона, цветности, яркости и др. Всё сказанное будет проще понять, если вы представите тот или иной зрительный образ, допустим, вызовите из памяти воспоминание о своей первой школьной линейке. Всплывёт картина, где будут представлены школьники из вашего класса, приветливые учителя, цветы, радостные лица родителей. Эта картинка будет либо цветной, либо чёрно-белой. Вы сможете точно определить её размеры. Скажете, насколько она яркая и чёткая. Определите глубину (перспективу) картины и т. д. Всё, о чём мы сейчас говорили, и есть визуальные субмодальности. У аудиальной модальности субмодальностями явятся параметры голоса (звуков), т.е. громкость, высота, тембр, ритм, сопутствующий фон и др. Кинестетическая модальность определяется давлением, твердостью, температурой, влажностью и др.

Бендлер и Гриндер доказали, а все последующие адепты НЛП подтвердили, что, изменяя субмодальности, мы можем кардинально изменять уже пережитый опыт. Например, пациент, страдающий фобией, застревает на каком-либо зрительном образе из прежде пережитого негативного опыта. Психотерапевт, изменив «фобическую картину», помогает пациенту избавиться от этого тягостного невроза. Какое же применение в наркологии может найти подобная техника? Давайте обратимся к клиническим примерам. Несколько лет назад на приём ко мне обратился мужчина, страдающий алкоголизмом, но последние два года находящийся в абстиненции. Вот как он заявил свою проблему: «Я – хронический алкоголик. В течение многих лет злоупотреблял запоями до 2—3 недель. Потом образумился и прошёл специальное лечение в одной из дорогостоящих частных клиник. Почти два года всё было нормально, и жизнь складывалась как нельзя лучше. Но в течение последнего месяца в мою голову лезут „алкогольные“ воспоминания, и я сильно боюсь, как бы всё это не закончилось срывом... Как вы считаете, мне опять нужно потратить кучу денег и пройти повторное лечение?»

«Думаю, что нет!» – ответил я.

«Что же мне делать?» – взмолился больной

Я предложил ему пройти краткосрочную амбулаторную психотерапию. На следующий день, в назначенное время пациент сидел в моём кабинете. Я решил применить одну из известных техник НЛП, так называемую технику «Взмах», когда негативный зрительный образ заменяется позитивным. Вот как проходил наш сеанс:

«-Аркадий, сядьте удобно в кресле, закройте глаза, восстановите дыхание и постарайтесь максимально расслабиться... Отлично! Мысленно нарисуйте образ самого себя, каким вы станете, полностью освободившись от «алкогольных» воспоминаний. Пусть картинка будет широкой, цветной, яркой и чёткой... Возьмите на создание этого портрета столько времени, сколько вам потребуется... Не спешите! Образ должен быть совершенным. Взглянув на него, вы должны подумать: «Вот именно таким я и хочу быть!»...

(Пациент расслабляется и в течение нескольких минут совершает внутреннюю работу. Когда я увидел, что он начал совершать непроизвольное лёгкое кивательное движение головой, я продолжил сеанс дальше).

Итак, вы создали сильный образ самого себя... Проведите внутреннюю ревизию, посмотрев на этот образ очень внимательно... Это действительно то, что вам надо? Вы хотите в своём будущем стать именно таким?

(Пациент спокойно дышит и в знак согласия кивает) Прекрасно! Пока уберите этот образ и вспомните, какое «алкогольное» воспоминание приходит вам в голову?

(Пациент напряжён, по лицу стекает капелька пота).

Вы можете рассказать об этой картинке?

– Да... чёрно-белое изображение стола, на котором расположены разнокалиберные бутылки... И водка... и коньяк... вино... портвейн... Какие-то люди незнакомые... Я вижу свою руку, которая лежит на столе... Брр! Дрожь пробирает, как вспомню свою прошлую загульную жизнь...

– Хорошо! Теперь нужно поработать. Поставьте эту картинку прямо перед собой. Сделайте её ещё более мрачной и несколько смазанной. Так она стала ещё хуже?

– Омерзительная картинка!

– В правый нижний угол этой картины поместите крошечный яркий и цветной образ самого себя без этой алкогольной проблемы.

– Поместил. Как огонёк горит...

– Отлично! А теперь произведём «взмах» по моей команде. Большая мрачная чёрно-белая картина начнёт быстро уменьшаться в размерах, пока не превратится в едва заметную тёмную точку. И с этого момента крошечный цветной образ «самого себя» начнёт очень быстро увеличиваться в размерах, пока не заполнит собой весь экран. Всё это необходимо совершить за 1 секунду! Вы готовы? Тогда начали!

(Пациент слегка наклоняет голову и в следующий момент поднимает в прежнее положение, тем самым невербально сигнализируя мне, что процедура «взмах» им выполнена).

– Прекрасно! Выполним это упражнение пять раз подряд. На каждый взмах 1 секунда. Начали!

(Пациент несколько раз выполняет «взмах», слегка опуская и поднимая голову).

– Очень хорошо! Ну, и в последний раз сделайте три раза подряд «взмах», и на этом мы завершим...

(Пациент успешно выполняет упражнение, и я убеждаюсь в этом, наблюдая за движениями его головы).

Всё хорошо. Можете открыть глаза. Я жду вас через неделю...

Когда я и пациент увиделись в следующий раз, он поделился со мной своими успехами. По его словам, у него хватило силы воли, чтобы не возвращаться к «алкогольным» воспоминаниям и он считает, что «может обойтись без психотерапии». Я поздравил его с большой

личной победой и выразил надежду, что у него хватит сил на решение своей главной проблемы. После этого мы расстались довольные друг другом.

Давайте прокомментируем всё произошедшее.

Нужно признаться, что мне достался достаточно креативный пациент, который выполнил весь процесс очень качественно и быстро. Например, образ «себя в будущем» (без алкогольных проблем) он создал за несколько минут. Иногда у некоторых пациентов на это уходит 10, 20 или 30 минут. Приходится увеличивать яркость образа, дорабатывать «выражение силы и уверенности в себе» и др. Негативный (проблемный) образ всегда должен быть чёрно-белым, неприглядным. В процессе выполнения упражнения подсознание пациента всегда выберет позитивный образ, и ... всё, «взмах» завершён!

В конечном итоге техника занимает достаточно мало времени, поэтому неудивительно, когда большинство пациентов искренне считают, что «психотерапии на самом деле и не было», а со своей проблемой они «справились сами».

Ну а теперь мы перейдём к следующей, также очень важной технике, в которой снова проведём изменение субмодальностей.

Техника «Два зеркала» весьма эффективна в работе с пациентами со сниженной самооценкой.

Вот пример из практики.

У меня на приёме Вадим, 40 лет. Он хронический алкоголик с пятилетним стажем. Прошёл курс амбулаторного противоалкогольного лечения. Ремиссия около шести месяцев. Заявленная проблема – «появление какой-то забитости, как будто я в чём-то провинился перед всем миром».

Для решения его проблемы также хватило одного сеанса. Вот аудиозапись проведённой психотерапевтической работы

– Вадим, тебе явно не нравится чувствовать себя виноватым и слабым. Давай поработаем над этим.

– Помогите, доктор, а то мне противно смотреть на самого себя даже в зеркало...

– Кстати, о зеркалах. Они нам как раз и понадобятся! Кресло тебя уже ждёт, устраивайся поудобнее...

(пациент садится в кресло и закрывает глаза)

Отлично! Сегодня мы используем для работы зеркало, даже два зеркала. Погрузись внутрь себя и представь, что ты стоишь между двух зеркал. Посмотри на одно из зеркал... там ты увидишь самого себя в будущем, когда ты полностью избавишься от чувства вины. Это портрет в полный рост, цветной, яркий, притягательный. Глядя на себя такого, ты наполнишься энергией! Проведи ревизию портрета, важно, чтобы твой образ не имел слабых мест... пусть каждая чёрточка твоего изображения непоколебимо отражает уверенность и мужество... Тот человек, которого ты видишь, действительно может свернуть горы! Он достигнет любых целей! Поработай над этим портретом, и когда он станет по-настоящему совершенным, дай мне сигнал кивком головы...

(Вадим в течение нескольких минут выполняет моё задание и, наконец, удовлетворённый, кивает головой).

Отлично! Теперь повернись к другому зеркалу. Здесь ты видишь самого себя с чувством вины. Этот портрет чёрно-белый, размытый, нечёткий...

(Уже через минуту Вадим кивает головой. По напряжению мышц лица и затруднённому дыханию я убеждаюсь, что он «попал в самую точку»).

Прекрасно! Итак, ты стоишь между двух зеркал... На каждом из них твоё изображение. Ты стоишь лицом к своему «виноватому» изображению и наблюдаешь, как этот портрет начинает сползать с зеркала... Через несколько мгновений ты уже видишь на полу кучку желеобразной массы. Остаётся только растоптать её ногами... Топчи, топчи сильнее!

(Пациент непроизвольно шевелит ногами).

Ты должен полностью уничтожить этот образ! Когда полностью закончишь, сообщи мне.

(Через пару минут пациент облегчённо кивает головой).

Молодец! Теперь повернись к другому зеркалу...

Этот образ тебя в будущем, сильный и яркий. Вот именно таким ты и хочешь быть! Мысленно подойти к нему ближе... Чувствуешь, как этот образ, наполненный энергией, согревает и притягивает тебя? Подойди ещё ближе... И теперь возьми в себя этот образ! Ты как будтоходишь в него! Пусть он наполнит тебя своей энергией и мужеством!

(пациент около двух минут наслаждается происходящим процессом и со вздохом облегчения качает головой).

Вадим, ты всё хорошо выполнил! Можешь теперь открывать глаза...

Мы рассмотрели ещё одну мощную «субмодальную» технику. Думаю, продемонстрированный пример не требует особых комментариев. Пожалуй, обращу только внимание на тщательность «отделки» позитивного образа. Пациент должен видеть «себя в будущем» обновлённым и сильным. Если что-то не устраивает его в этом портрете, то необходима качественная доработка. Пусть при необходимости на это уйдёт столько времени, сколько нужно.

Алкоголики в большинстве случаев испытывают чувство вины и сниженной самооценки. Обучив их технике «Два зеркала», вы дадите им в руки эффективную психотерапевтическую защиту от возможного срыва ремиссии.

Ну, а мы пока распрощаемся с субмодальностями и перейдём к следующей теме.

Б. Визуально-кинестетическая диссоциация

Одна из вариаций так называемой «визуально-кинестетической диссоциации» вполне пригодна для наркологической практики. Если каждому из нас полезно иногда посмотреть на ту или иную ситуацию под другим углом зрения, тем более это необходимо алкоголикам, большинство из которых по-настоящему «ранены жизнью».

Вот пример на эту тему:

У меня в кабинете Ксения, 35 лет. Она также после успешно проведённого противоалкогольного амбулаторного лечения. О своей проблеме она рассказывает так:

– Я соблюдаю трезвость уже четыре месяца. Всё бы ничего, но «старые грехи опять всплывают на поверхность». Идёшь по улице и слышишь, как тебе в спину говорят: «Вон, алкашка пошла!» Прячешься в четырёх стенах, плачешь, а изменить ничего нельзя!

– А если попробовать изменить, то что случится? – спрашиваю я.

Ксения смотрит на меня непонимающим взглядом.

– Да, Ксения, иной раз мы заикливаемся на каком-то событии и даже не подозреваем, что можем на всё это поглядеть как бы под другим углом зрения.

– Это как?

– Ты слышала восточную байку, как однажды султан попросил трёх своих мудрецов с завязанными глазами подойти к слону и, потрогав его руками, рассказать, что это такое?

– Нет!

– Один мудрец подошёл к хоботу, обхватил его и сказал: «Султан, твой слон – это толстая и гибкая змея». Другой мудрец ухватился за хвост и произнёс: «Нет, слон – это прочная и короткая верёвка». Третий мудрец дотронулся до ноги слона и задумчиво сказал: «Вы не правы, слон – это высокое и мощное дерево».

– Забавно, я бы хотела это попробовать!

– Садись в это кресло и закрой глаза. Представь во всех подробностях зрительный зал кинотеатра перед началом фильма. Горит свет, ты сидишь в центре зала, кроме тебя здесь никого нет...

Теперь выйди из своего тела и переместись в будку киномеханика. Посмотри на зрительный зал через окошко этой будки... Ты видишь саму себя сидящую в центре зала...

Оставайся всё время в этой позиции... ты сидишь в будке и смотришь кино... Одновременно с этим видишь саму себя в центре зала, смотрящую это кино...

(Пациентка кивает головой)

– Отлично! Свет в зрительном зале постепенно гаснет, загорается экран, и ты видишь на экране саму себя идущую по улице, и соседки глядят тебе вслед и о чём-то шушукаются...

(Пациентка напряжена, дыхание затруднено, подбородок дрожит).

– Хорошо! А теперь открывай глаза.

(Пациентка открывает глаза, и я даю ей возможность прийти в себя после «просмотра фильма»)

– Плохое кино?

– Отвратительное... Хотелось плакать...

– Закрывай глаза. Возвращайся в кинозал... Теперь посмотри весь этот кинофильм за три секунды. Пусть фигурки быстро перемещаются на экране!

(Пациентка выполняет задание. Открывает глаза. На её лице – недоумение).

– Этот фильм отличается от предыдущего?

– Да... непонятно как-то...

– Опять закрой глаза. Вернись в будку киномеханика. А теперь прокрути весь этот фильм задом наперёд за три секунды...

(Пациентка выполняет упражнение. На её лице полуулыбка-полуудивление).

– Забавно, не правда ли?

– Смешно... и странно...

– Закрой глаза. Вспомни какую-нибудь смешную песню или мелодию из любимой кинокомедии.

– А можно из мультфильма?

– Конечно, можно.

– Тогда песня крокодила Гены.

– Окей. Возвращайся в будку киномеханика. Нужно прокрутить твой кинофильм задом наперёд за три секунды. Во время просмотра должна громко звучать песня крокодила Гены.

(Пациентка на несколько секунд замирает, В следующее мгновение она с трудом сдерживает смех, но не выдержав, смеётся до слёз)

– Я вижу, кино тебе понравилось?

– Очень! Ведь вся эта ситуация, о которой я вам рассказывала, это действительно пустяк...

По моим катamnестическим сведениям, эта пациентка в стойкой ремиссии уже третий год.

Прокомментируем проведённый сеанс. Идея применения визуально-кинестетической диссоциации в психотерапии базируется на посылке тесной взаимосвязи негативного зрительного образа с тягостным телесным ощущением. К примеру, в сознании человека всплывает образ ранее пережитой патогенной ситуации (нападение грабителя, автокатастрофа, похороны и т.д.), и одновременно с этим происходит затруднение дыхания, напряжение мышц лица, дрожь в теле, учащается сердцебиение.

Бендлер и Гриндер поняли, что при таком раскладе необходимо развести образ и чувство, и тогда фобия (страх) дезактуализируется. Созданная ими техника ВКД явилась прекрасным средством против невротических фобий, но и не только... Мне кажется, что приведённый мною пример с Ксенией доказывает, как можно эффективно использовать ВКД и для решения других задач (преодоление чувства вины, утверждения мотивации на трезвость и др.)

В. Якорение

Другая техника НЛП, так называемое «Якорение» по сравнению с ВКД стремится решить диаметрально противоположную цель, т.е. объединение какого-то значимого зрительного (и не только!) образа с тем или иным (чаще приятным) ощущением. Приведу на эту тему только один пример из своей практики.

Альберт в ремиссии около полугода. Вот заявленная им проблема:

– Как только я увижу где-нибудь застолье, так внутри всё переворачивается, сразу становлюсь слабым и неуверенным в себе. Боюсь, что не выдержу и сорвусь...

(Я попросил пациента удобно сесть в кресло и, закрыв глаза, представить последнее застолье.

Через считанные секунды он заёрзал в кресле и даже облизнулся. Лучшего доказательства не потребовалось: действительно, питейное застолье могло привести к внезапному срыву ремиссии. Я применил технику «Якорение» для решения этой проблемы. Вот как продолжался сеанс)

– Альберт, закрой глаза и вспомни ситуацию, когда ты чувствовал себя сильным и уверенным.

(пациент погрузился внутрь себя и в течение нескольких минут выполнял моё задание. После сеанса он поведал мне, что вспомнил случай, как спасал в молодости тонущего человека. Его невербальные сигналы были достаточно демонстративными. Лицо стало мужественным, мышцы подтянулись. Его поза напоминала стальную пружину. «Прямо лев перед прыжком», – подумалось мне. Я положил свою правую руку на его левое плечо и тем самым наложил «якорь» на это позитивное чувство).

– Теперь, Альберт, я тебя попрошу о другом. Вспомни последнее застолье, где ты себя почувствовал слабым и неуверенным. (В считанные секунды Альберт стал другим: его плечи опустились, щёки обвисли, на лице появилась какая-то виноватая улыбка. В этот момент я положил свою руку на его правое плечо, тем самым активизировав ранее созданный якорь с чувством внутренней силы и уверенности. В считанные секунды Альберт вновь стал львом! Я несколько раз просил его вспоминать разные застолья, каждое воспоминание сопровождалось активизированием якоря).

Следующая наша встреча с Альбертом случилась через 2 недели. На мой вопрос, как он теперь себя чувствует, если видит застолье, он сразу перевёл разговор на другую тему, тем самым показав мне, что я его спрашиваю о таких пустяках, которые не стоят никакого внимания.

Тема якорения в психотерапии по-настоящему прорывная. Можно придумать массу клинических ситуаций, где она найдёт своё применение.

Кстати, концепция якорения продуктивна не только как психотерапевтический фактор. Якоря проясняют многие звенья патогенеза алкогольной зависимости.

Представим себе, что бывший алкоголик встречается со своим прежним собутыльником. Что в это время может произойти в его голове? По всей видимости, всплывут образы совместных алкогольных застолий, со всеми вытекающими отсюда последствиями, т.е. комплексом сомато-вегетативных ощущений, связанных с алкогольным опьянением. В этом примере собутыльник выступает своеобразным «алкогольным» якорем. И таких примеров можно привести множество. Так что, уважаемые противники НЛП, от некоторых положений данного психотерапевтического метода вам никуда не деться...

Алкоголик прошёл противоалкогольное лечение и записался в группу «Анонимных алкоголиков». Посетив несколько раз группу, он выбрал себе в качестве образца бывшего алкоголика З., и теперь каждый раз при встрече с этим человеком наш герой чувствует новый прилив сил для дальнейшего преодоления патологического влечения к спиртным напиткам.

Как вы, наверное, заметили, данный пример в отличие от предыдущего демонстрирует возможности «позитивного якоря».

Если эти психологические якоря так широко представлены в нашей жизни, то кто после этого посмеет их игнорировать?

Всевозможные якорные техники, предложенные основоположниками НЛП, реально обогатят вашу наркологическую практику.

Вот ещё один пример. Уже около трёх лет, с частотой 1 раз в месяц, ко мне на приём приходит бывшая алкоголичка Рита. Зачем приходит? За негативными и позитивными «якорями»!

Вот история нашего знакомства. Рита не очень хотела расставаться с бутылкой, и мне стоило больших усилий включить её в лечебный процесс. Как же я её смотивировал? Я обратил внимание, что во время наших бенсед она очень бурно реагировала на то, как сложится жизнь её малолетнего сына, если с ней что-то случится. «А что если это чувство позитивно заякорить?» – подумалось мне. Я наложил якорь на воспоминание о том, как радуется её сын, когда она трезвая приходит за ним в детский сад. Другой якорь был зафиксирован на её воспоминании, когда она в сильном подпитии незаслуженно его наказала. «Я до сих пор не могу забыть его печальных глаз», – призналась мне Рита. Теперь каждое её посещение проходит по одному и тому же сценарию. Я подхожу к Рите, активирую негативное воспоминание и спрашиваю: «Тебя не тянет к прошлой жизни?» До того, как она ответит, я, сняв негативный якорь, накладываю позитивный. Наша беседа длится всего 5—10 минут, и каждый раз благодарная пациентка произносит: «Спасибо Вам. От наших встреч я получаю большую силу!»

Во время встреч с бывшим алкоголиком Алексеем, который несколько лет своей жизни посвятил военным подвигам в «горячих точках», я активирую позитивный якорь на его воспоминании о спасении своего командира в казалось бы, безвыходной ситуации. Надо видеть, как мгновенно преображается пациент и куда улетучивается его временная слабость к «огненной воде»!

«Я не понимаю, как вы это делаете, но я получаю силы для борьбы со своим страшным недугом!» – признался он мне однажды.

Мы разобрали самые простые и демонстративные примеры включения техник якорения в наркологическую практику.

Более сложные «якоря» вы сможете изучить, заглянув в книги основоположников НЛП или посетив специальные семинары.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.