

МЕТОДИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ БОЛИ*

Ф.Е.ВАСИЛЮК

Эта статья завершает описание двух психотерапевтических этюдов (см. МПЖ № 1 и № 2 за 1997г.), посвященных работе с зубной болью. В первом из них речь шла об облегчении острой зубной боли, во втором – о предотвращении боли, которая должна была наступить после окончания действия лекарственной анестезии. Цель настоящей работы в том, чтобы попытаться извлечь из эмпирики этих случаев методику – операциональную схему, которую можно было бы использовать в аналогичных ситуациях.

По отношению к этой задаче – создания методики психотерапевтического облегчения боли – описанные случаи заметно отличаются друг от друга. В первом из них эффект был достигнут с помощью ремесла и технологии, во втором – с помощью искусства и вдохновения. Пытаться гармонию вдохновения перевести на язык психотерапевтической алгебры – дело хоть и заманчивое, но для целей методических достаточно бесперспективное¹. Поэтому не стану давать технологический анализ этого этюда и лишь обращу внимание коллег на то, что они могут включить в свой арсенал психотерапевтических метафор родившийся в данном случае образ замерзшей реки, который таит под своим льдом много плодотворных возможностей для работы с психологическим временем. Итак, предметом методического анализа станет лишь психотерапевтический случай Марины З.

В этом психотерапевтическом этюде можно выделить следующие этапы, которые вместе и составляют схему методики психотерапевтического облегчения боли:

* Исследование проводится при финансовой поддержке ГНТП «Здоровье населения России». Грант «Разработка методов психологической помощи населению».

¹ Рекомендую читателю публикуемую короткую заметку об этом случае Е.Шерягиной, написанную с редкой искренностью и в редком жанре самоотчета психотерапевта.

0. Создание шуточно-игровой рамки.
 1. Поиск целебного контекста.
 2. Индикация боли.
 - 2.1. Выбор способа индикации.
 - 2.2. «Договор с индикатором».
 - Т. Наведение трансa.
 3. Перевод сознания в целебный контекст.
 - 3.1. Путешествие по карте.
 - 3.2. Погружение в целебный контекст.
 4. «Проживание» целебного контекста.
 - 4.1. Целебный контекст как позиция наблюдения.
 - 4.2. Наблюдение из целебного контекста.
 - 4.3. Психотерапевтический анекдот. Использование шуточно-игровой рамки.
 5. Работа с болью-индикатором.
 - 5.1. Описание боли.
 - 5.2. Обезболивающие манипуляции.
 - 5.3. Распространение онемения на область первичной боли.
 6. Посттерапевтическая установка.

Само собой разумеется, что эта схема является не жестко регламентирующим предписанием, вытекающим из априорных теоретических построений, а лишь фиксацией фаз эмпирически сложившегося терапевтического действия. Поэтому, чтобы схемой можно было воспользоваться в других случаях, гибко подлаживая ее к специфике конкретной ситуации, необходимо осознать, какие именно приемы были использованы, каков их психотехнический смысл и каковы психологические механизмы, обеспечивающие желаемые эффекты.

0. СОЗДАНИЕ ШУТОЧНО-ИГРОВОЙ РАМКИ

Перескажем для удобства читателя, не имеющего под рукой журнала с описанием случая (МПЖ, 1997, № 1), соответствующий фрагмент консультации.

На занятии психотерапевтической мастерской у Марины З. разболелся зуб. Один из студентов предпринял попытку психотерапевтической работы с болью, но дело не заладилось, и Марина сказала, что сомневается в возможности помочь ей таким способом и ей лучше просто пойти к хирургу и вырвать зуб.

Мне не хотелось ни чтобы Марина осталась с болью, ни чтобы сеанс кончился так бесславно, и я поспешил на помощь терапевту. Прежде всего нужно было вернуть сознание Марины в терапевтический процесс. Ее слова о хирурге были сказаны уж не из терапевтического контекста, а из обыденно-жизненного: вот самообман психотерапии, вот реальность стоматологии, я выбираю второе. Как можно было пригласить ее вернуться в терапевтический процесс, ведь в психотерапии насильно мил не будешь? Чтобы не звать ее назад и не

соревноваться, кто лучше, психотерапевт или хирург, пришлось обернуться последним и тем ассимилировать образ хирурга в организм психотерапии.

– Миша! – попросил я своего сотрудника, – принесите побыстрее плоскогубцы! (Кажется, произнося эту грозную фразу, я был вполне конгруэнтен, во-первых, потому что плоскогубцы в самом деле были неподалеку, в редакции Московского психотерапевтического журнала, утром того дня использовались и, так сказать, не успели остыть, во-вторых, потому что прошел всего лишь час с момента моей собственной встречи с аналогичным инструментом в зубоврачебном кресле.) Миша тем не менее воспринял мою просьбу как шутку и почему-то долго мялся, прежде чем отправиться за плоскогубцами.

– Пока Миша принесет инструмент, – обратился я к Марине, мне хочется спросить...

Итак, пациентка готова была прибегнуть не к психотерапевтической помощи, а к хирургической. Поэтому введение в терапевтическое поле «хирургического» инструмента в шуточной форме удовлетворяло этот запрос пациентки, тем самым приглашая ее снова войти в психотерапию, но уже не как в серьезное и обоюдно ответственное дело, а как в шуточно-балаганное действие.

Если мысленно вычеркнуть всю эту грубоватую прелюдию психотерапевтического сеанса и начать его со следующих слов терапевта («...так ли я понял, что вы верите: как только зуб будет удален – боль пройдет»), то логически в нем ничего не изменится. Однако эстетически он приобрел бы совсем другой характер.

Так же, как для понимания содержания психотерапевтической сессии чрезвычайно важны первые слова пациента, так для определения ее формы важны жанрово-стилистические особенности первых слов терапевта. Часто именно они создают эстетическую рамку сеанса, отделяющую обыденное жизненное пространство от мира психотерапии (отделяющую, но и связывающую их.). То, какова будет эта рамка, незримо, но существенно и постоянно влияет на весь процесс, задавая спектр и характер возможных действий и внося в каждое событие психотерапии некий смысловой эстетический коэффициент. В анализируемом случае шуточно-балаганная рамка позволила терапевту позже включить в процесс элементы гротеска, пародируя эриксоновский гипноз и нейро-лингвистическое программирование. В форме пародии они приносили свои плоды, а без этого пародийного коэффициента характер работы отдавал бы порой дурным тоном, отторгался бы сознанием пациента и оказывался бездейственным.

Итак, эстетическая, в данном случае шуточно-игровая рамка, является малоприметным, но важнейшим средством управления терапевтическим процессом.

1. ПОИСК ЦЕЛЕБНОГО КОНТЕКСТА

Т.: ...Так ли я понял, что вы верите: как только зуб будет удален – боль пройдет?

Видно было, что Марина задумалась, стараясь воображением вникнуть в предложенную ситуацию. Неожиданно на ее лице появилась осторожная и какая-то блаженная улыбка:

П.: Нет, той боли, которая будет после заморозки, я не боюсь и даже хочу ее...

В описываемом психотерапевтическом случае развернутых действий, направленных на поиск «целебного контекста», не понадобилось, дело свелось к одному вопросу и одному ответу. Но сам этот ответ позволяет сделать важное различие между болью и смыслом боли. Страдание можно описать как отношение боли к смыслу боли. Не сама по себе боль, а именно страдание является предметом психотерапевтической помощи. Боль – есть реакция и функция *организма*, страдание – есть состояние *личности*, но не только состояние, а еще и деятельность личности. Не избавить человека от страдания, а помочь ему в его работе страдания – вот задача психотерапии. Не зря древние говорили: «Научись страдать и ты сможешь не страдать».

Что касается конкретно проблемы боли, то необходимо стремиться к уменьшению отношения боль/смысл боли: чем меньше боль и чем больше ее позитивный смысл, тем меньше страдание.

Психотерапия может быть направлена на обе эти цели. Первый шаг на пути к их достижению состоит в том, чтобы обнаружить «целебный контекст». В соответствии с двумя сформулированными целями «целебный контекст» может быть двух видов. В первом из них смысл боли остается прежним, но изменяется способ восприятия боли и за счет этого снимается интенсивность болевых ощущений. Назовем такой целебный контекст «анальгетическим». Вторым из них можно назвать «смысловым». В нем, напротив, болевое ощущение остается прежним, а меняется лишь его смысл.

В описанном клиническом случае сначала был найден именно смысловой целебный контекст. Пациентка с радостью готова была бы согласиться на такие же болевые ощущения, если бы они означали, что стоматологические манипуляции уже позади.

Процедура поиска смыслового целебного контекста по стилистике может быть самой разнообразной – от рационалистически-научнообразной до сказочно-завораживающей. Она должна быть направлена на обнаружение вполне конкретного ситуативного контекста (однажды испытанного пациентом или только воображаемого), в котором боль вообще или данная боль в частности может иметь позитивный смысл (испытания мужества, средства самовоспитания, жертвенного претерпевания, но и способа привлечения внимания, извлечения психологической выгоды и т.д.). Ключевые процедурные моменты состоят

в следующем: а) смысл этот не должен быть навязан; б) необходимо помнить, что в момент процедуры боль у пациента сохраняется, и чем она сильнее, тем меньше он способен на длительное интеллектуальное усилие; в) желательно следить за тем, чтобы каждый обсуждаемый смысловой контекст не просто назывался, а хотя бы немного, «пробно» переживался.

Поиск «анальгетических» целебных контекстов, в ходе которого терапевт выясняет у пациента или экспериментально создает во время сеанса условия, способствующие снижению чувствительности к боли (например, игровой азарт у спортсмена во время состязания), может быть отдельной процедурой. Однако эта операция может быть встроена в другие процедурные части методики. Так было и в нашем случае.

2. ИНДИКАЦИЯ БОЛИ

Марина сказала, что боль немного утихла и вообще идет по синусоиде.

– Покажите рукой в воздухе эту синусоиду... Так... А теперь покажите, какая будет синусоида после зубного. (Рука Марины рисует постепенно затухающую кривую).

– Согласна ли ваша рука послужить индикатором и показывать текущее значение боли, пока мы с вами будем беседовать?

В ответ на вопрос Марина кивнула, и рука ее повисла в воздухе.

– Я прошу вашу руку быть внимательной ко всем изменениям ощущениях.

Психотехнический смысл индикации боли

Индикация боли – достаточно простая психотерапевтическая процедура, которая выполняет тем не менее ряд очень полезных функций в терапевтическом процессе. Если структуру терапевтической ситуации представить в виде треугольника с вершинами «терапевт» – пациент» – «проблема», то окажется, что каждая сторона этого треугольника испытывает на себе позитивное влияние индикации.

Терапевт – проблема: улучшение контроля над текущей ситуацией.

Хотя «проблема» является основным предметом совместной работы терапевта и пациента, но психотерапия так неудобно устроена, что получение достоверной информации о том, что происходит с проблемой, обычно довольно затруднительно. Поэтому в тех случаях, когда постоянный мониторинг проблемы возможен – а работа с болью именно такой случай – терапевту стоит воспользоваться этим шансом улучшения контроля над ситуацией. Индикация боли создает удобную психотехническую ситуацию, а психотерапевт, как и всякий профессионал, обязан позаботиться об удобстве своего «рабочего места».

Терапевт – проблема: профилактика манипулятивных отношений.

Как известно, терапевтические отношения бывают наполнены бессознательными аффектами и проекциями, а также вполне сознательными страстями, которые порождают особую психотехническую

задачу, направленную на прояснение и очищение этих отношений. Если при психотерапевтической работе с болью пациент берет на себя обязательство все время показывать текущий уровень боли, то тем самым он лишается по крайней мере одного соблазна – припрятать в рукаве козырную карту возросшей боли, чтобы предъявить ее в конце сеанса: «Нет, знаете, все это мне не помогает».

Пациент – проблема: анальгезирующее действие индикации.

Несмотря на всю важность индикации боли для выстраивания плодотворных психотерапевтических отношений, главная ее функция состоит в том, что индикация сама обладает обезболивающим действием. Различные аспекты индикации влияют как на непосредственное ощущение боли, так и на сопутствующие ей переживания тревоги, неуверенности, страха и т.д. Опишем механизмы, которые обеспечивают анальгезирующий эффект индикации боли.

Объективация боли.

При необходимости показывать уровень боли она превращается для пациента в наблюдаемый *объект*. Одно дело – боль терпеть, другое – измерять. Боль, превратившаяся из активного агента в пассивный объект, воспринимается сознанием человека на особом уровне, который мы называем «уровнем сознавания» (Василюк, 1988). Чем больше доминирует уровень сознавания, тем меньше удельный вес уровня переживания, а он-то и ответственен за непосредственное испытывание болезненных ощущений.

Понятно, что феноменологические изменения объекта прямо связаны с изменениями субъекта. Субъект, который измеряет, оценивает и показывает, отличается от того, который терпит и мучается. Недавний страдалец, становясь наблюдателем, начинает немного напоминать бесстрашного естествоиспытателя. Исследовательская позиция прибавляет ему достоинства, мужества и спокойствия, а все это прекрасные лекарства от малодушия и тревоги, которые любят паразитировать на боли и, будучи неприятны сами по себе, создают еще для исходной боли эффект увеличительного стекла.

Важно еще отметить, что боль в этом контексте становится для человека объектом по-своему *интересным*. Субъект феноменологически ищет встречи с ней, чтобы точно ее измерить и описать. Этот активный поиск боли снимает всегда присутствующий, особенно в сильной боли, компонент страха и обреченности. Обычно человек не принимает боль, пытается не чувствовать ее, как бы бежит от нее, превращаясь в *жертву*, а боль превращая в *преследователя*. Поскольку в этой погоне боль неизбежно настигает его, то кроме нее он вынужден испытывать чувство страха и чувство обреченности. Стоит же ему развернуться к боли лицом, страх и обреченность начнут рассеиваться.

Отвлечение.

Измерение боли в терапевтическом сеансе является вспомогательным

действием, которое пациент должен выполнять параллельно с другими. Это приводит к раздвоению его внимания и, соответственно, устраняет опасность полной поглощенности болью. Отвлечение внимания является одним из первых культурных психотехнических способов овладения болью, с которыми человек сталкивается в детстве («Ой-ой-ой! Смотри, какой шарик!»). Обезболивающий эффект этого механизма может быть описан с помощью физиологических понятий (доминанты, ориентировочного рефлекса и др.), на феноменологическом же уровне он основан на том, что боль перестает быть единственным содержанием поля сознания.

Контролируемость боли.

В том же направлении, но благодаря другому механизму, действует на снижение болевых ощущений факт контролируемости боли со стороны пациента. При индикации боли она становится определенной и обозримой – это объект с вполне очерченными границами в пространстве и во времени. (Если человек обнаруживает источник нелокализованной боли, сам этот факт успокаивает. «Боль не проходит, но от века / Страшится хаоса душа, / И даже в боли человеку / Определенность хороша», – подмечает Ф.Искандер). Очерчивание границ устраняет опасность панической инфантильной тревоги, которая таится в каждом болевом ощущении и состоит в том, что боль может быть воспринята как «все и навсегда» – то, что заслоняет собой весь горизонт жизни и то, что никогда не кончится.

Диалогизация боли.

Всякая боль в глубине своей интимно связана с переживанием одиночества. В боли человек одинок уже по одному тому, что другой не может полностью разделить с ним само испытывание боли, даже и тогда, когда есть обоюдная потребность в сопереживании. Чувство одиночества в боли создает дополнительный компонент страдания, и потому для человека бывает столь утешительно хотя бы знать, что о его боли знают. Не зря же высшая доблесть в трудах по переживанию боли признается за тем, кто перетерпел ее, не подав виду. В силу этих соображений при психотерапевтической работе с болью подобный мониторинг болевых ощущений не только информирует терапевта о текущем состоянии, но и сам по себе оказывает успокаивающее и облегчающее воздействие, вводя боль в диалогический контекст.

Важно еще то, что пациент при этом получает позитивный социально-коммуникативный статус; он тот, кто несет ответственность за важное дело – информировать терапевта о текущих болевых ощущениях, то есть он – *равноценный партнер*, а не жалкая *жертва*, вся роль которой в социальном пространстве сводится к тому, чтобы ее утешали и жалели.

Подытоживая, можно сказать, что индикация боли – есть одна из возможностей создания «анальгетического» целебного контекста. Мы видим, что анальгетический и смысловой целебный контексты не отделены друг от друга непроходимой границей. Процедура индикации,

изменяя, казалось бы, лишь условия и способы восприятия боли, одновременно преобразует и смысловой контекст ее переживания.

2.1. Выбор способа индикации

Описанный в нашем психотерапевтическом случае способ индикации боли, разумеется, не является единственным. Здесь есть большой простор для творчества. Можно предложить пациенту открывать глаза тем шире, чем больше боль, и опускать веки по мере уменьшения боли. Можно просить его говорить тем громче, чем сильнее боль, или, например, вздыхать в конце каждой фразы и делать вздох тем глубже, чем больше мучений ему пришлось перенести за время произнесения данной фразы. Нет нужды множить перечисление возможных процедур, важнее попытаться ответить на вопрос, каковы критерии выбора процедуры, адекватной для каждого конкретного терапевтического случая.

Эти критерии, во-первых, задаются теми терапевтическими отношениями, которые терапевт хочет сформировать. По жанрово-стилистическим особенностям терапевтические отношения могут быть самыми разными – «научными», «медицинскими», «шуточными», «задушевными», «педагогическими», «материнскими» и т.д. Выбор способа индикации должен соответствовать этой стилистике. Во-вторых, выбор процедуры определяется наличием собственного обезболивающего эффекта у того или другого действия. Например, известно, что медленный выдох оказывает психофизиологическое релаксирующее действие, поэтому, если психотерапевт «поручит» индикацию боли выдоху и сделает его длительность знаком интенсивности боли, то одновременно со смысловой терапевтической работой будет проходить сеанс релаксации, сам по себе снижающий и болевые ощущения, и сопутствующую им тревогу. В-третьих, выбор конкретной процедуры индикации может мотивироваться дополнительными терапевтическими задачами, например, предложение закатывать вверх глаза довольно скоро может вызвать специфическое утомление мышц, что создаст психофизиологические предпосылки для перевода пациента в состояние естественного сна. Такого рода процедуры могут быть особенно уместны в условиях стационара.

В описанном нами случае такими дополнительными задачами стало вызывание искусственного очага боли в руке, возникшего вследствие перенапряжения мышц. Нужно заметить, что создание подобной дополнительной боли часто бывает полезно для совладания с основной болью, поскольку появляется, с одной стороны, вполне контролируемое, а с другой – достаточно сильное ощущение, способное конкурировать с исходной болью за внимание пациента. Этот прием люди часто используют и вне психотерапии, например, сжимая до боли руку или кусая губы.

В целостном терапевтическом контексте важной дополнительной задачей, которая определяет процедуру индикации боли, является наведение транса или поддержание трансового состояния.

2.2. «Договор с индикатором»

«Согласна ли Ваша рука послужить индикатором и показывать текущее значение боли, пока мы с Вами будем беседовать?»

То, по какой именно инструкции пациент начнет показывать текущее состояние боли, заметно влияет на многие параметры психотерапевтической ситуации. В описываемом нами случае не было сказано «показывайте рукой», но – «согласна ли ваша рука...». Такая персонификация руки, приписывание ей свободы воли создает волевую диссоциацию личности пациента. Эффект здесь двойной: с одной стороны, возникающее измененное состояние сознания (транс) обеспечивает удобные условия для предстоящей работы, с другой, само по себе появление в жизненном мире нового волевого центра, который соглашается взять на себя заботу о контроле за болевыми ощущениями, разгружает «основное» Я пациента от этой заботы и соответственно частично освобождает от боли.

Использованная возможность вовсе не единственная: «договаривающиеся стороны», заключающие контракт об индикации боли, могут быть различны. Это могут быть прямые отношения терапевт-клиент, и, соответственно, прямая инструкция («показывайте рукой...»), это может быть пара клиент-рука («попросите Вашу руку, не согласится ли она...»), это может быть пара терапевт-рука («я прошу Вашу руку показывать...» или «можно ли я обращусь к Вашей руке и скажу ей: «Уважаемая рука, не согласитесь ли Вы показывать.»), это может быть, наконец, пара боль-рука («можете ли Вы обратиться к Вашей боли и попросить ее поднимать Вашу руку настолько, насколько сама боль будет возрастать, и опускать, насколько она будет снижаться?»). Все эти варианты очень по-разному влияют на личность пациента и на все вовлеченные в работу «субличности». Например, в последнем из вариантов боль превращается из «гонимого», сила которого отчасти в его гонимости, в легитимизированный и уважаемый персонаж, которому нет нужды доказывать свое право на существование, поскольку его и так принимают. Боль, с которой перестали бороться, порой переживается как менее интенсивная, а иногда и *становится* менее интенсивной благодаря уменьшению мышечного напряжения, сопровождающего всякую борьбу.

Критерии выбора той или другой технической возможности, как и в предыдущем случае, зависят от отношений, которые стремится установить терапевт, от потенциального обезболивающего эффекта, и от дополнительных задач, главной из которых является наведение трансa.

Т. НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА

– Я прошу вашу руку быть внимательной ко всем изменениям в ощущениях, и пока она наблюдает, скажите, Вы имели в виду ...

Этому шагу методики не присвоен порядковый номер потому, что наведение и поддержание трансa осуществляется здесь не как отдельное

самостоятельное действие, а как бы попутно, при решении других задач. Кроме того, это уже не первый момент, работающий на создание измененного состояния сознания. Операции по наведению и поддержанию транса прослаивают собой другие терапевтические операции, включаются в них и таким образом рассеяны повсюду. Но если все же потребовалось бы локализовать их в схеме методики, то в материале уже описанных фрагментов они более всего сконцентрированы между пунктами 0 и 1 и между 2 и 3. В обоих этих случаях главной осью, вокруг которой создавались и распространялись волны измененного состояния сознания, было скромное словечко «пока».

ПОКА Миша принесет инструмент, мне хочется спросить...

Я прошу вашу руку быть внимательной ко всем изменениям в ощущениях, и ПОКА она наблюдает, скажите, вы имели в виду...

Принцип работы «ПОКА» в обоих случаях один и тот же, поэтому достаточно описать его лишь на последнем примере. Речь по сути идет об одной из эриксоновских техник наведения трансового состояния. В данном примере стоит отметить два характерных методических момента.

Первый состоит в том, что достаточно независимые в логическом отношении события – «внимательность руки» и рассказ пациента («скажите») – связываются между собой временем наблюдения за болью («ПОКА») в единую грамматическую конструкцию, чем создается ощущение естественного перехода от одного к другому. Наблюдение руки за болью («пока она наблюдает») превращается в условие и «обстоятельство времени» для сообщения пациентом сведений, никакого отношения к наблюдению руки не имеющих. Второй методический момент заключается в том, что руке походя дается инструкция продолжать наблюдение *самостоятельно*, по мере того, как сам пациент занят беседой с терапевтом. Выходит, что, с одной стороны, фраза грамматически увязывает реально не связанные вещи и тем самым избегает сопротивления сознания, удовлетворяя обычное стремление сознания к логичности, понятности и связности опыта, а с другой стороны, эта фраза диссоциирует два волевых центра личности – Наблюдающую Руку и Рассказывающее Я. До сих пор рука называлась все время «Вашей рукой» и как бы удерживалась вблизи Я, а теперь она оставляется на своем посту наблюдателя, а Я уходит дальше вглубь беседы с терапевтом. Это создает некий диссоциативный объем в феноменологическом пространстве консультации, предоставляя терапевту дополнительную степень свободы переходить, когда этого требуют обстоятельства, от одной плоскости этого объема, беседы с Я, к другой – договорным отношениям с рукой, выполняющей задания по индикации боли.

3. ПЕРЕВОД СОЗНАНИЯ В ЦЕЛЕБНЫЙ КОНТЕКСТ

... Скажите, вы имели в виду какого-то конкретного врача? (*Кивок*)

Знакомая клиника? Известное вам место? (*Кивок, кивок*) Можете ли вы вспомнить, как выглядит карта Москвы... (*Кивок*)... и разглядеть на ней точку, где находится эта клиника... (*кивок*)... и теперь – другое место, где вы окажетесь уже после того... когда все позади... (*Кивок*)... когда заморозка начинает отходить – и снова ощущается боль... а рука продолжает показывать... (*как бы в скобках напоминаю я с требовательной интонацией руке ее обязанности, тем самым вовлекая и этот волевой центр а переживание реальной боли, но – в воображаемом контексте*) – и можно ли сквозь боль осмотреть, что вас окружает...»

3.1. Путешествие по карте

Как заметил читатель, пациент был достаточно быстро перемещен с места консультации через стоматологическую клинику к себе домой. Общий смысл этого перемещения ясен: Марина З. боялась лишь боли до стоматологической операции, а боль *после* нее была даже желанна именно потому, что она – после, то есть является свидетельством, что все уже позади. Однако для того, чтобы движение, руководимое этим общим смыслом, оказалось терапевтически эффективным, необходимо было осуществить его особым образом, в этом помог выбранный способ перемещения по карте.

Нужно сказать, что данный психотерапевтический прием – очень простое и удобное средство для воображаемых путешествий, которые приходится время от времени проделывать в терапевтических сеансах, где применяются имагинативные методы. Перемещение по карте удобно, во-первых, тем, что оно может быть очень быстрым и просто-напросто экономить время консультации. Во-вторых, и это главное, такое перемещение является максимально безопасным для пациента, что создает возможность совершать комбинированные маршруты, проходя особо опасные участки по карте, и наоборот, «приземляясь» в реальность на тех отрезках пути, которые желательно как можно более полно прожить. Так было и в этом случае. Самая страшная точка маршрута – клиника – была пройдена максимально быстро, одним только упоминанием и обозначением ее. Напротив, конечная точка этого пути стала местом, где нужно было надолго остановиться и закрепиться.

3.2. Погружение в целебный контекст

...Когда заморозка начинает отходить и снова ощущается боль... а рука продолжает показывать...

Здесь прежде всего следует остановиться на одном, казалось бы, странном обстоятельстве. Пациент вроде бы отвлекся от болевых ощущений, и вот терапевт, вместо того, чтобы поддерживать это отвлечение, сам напоминает ему о боли, причем не о боли, которая когда-то была, а о боли, которая ощущается сейчас. На последнее обстоятельство указывает построение фразы терапевта в настоящем

времени («снова ощущается боль... а рука продолжает показывать...»). Дело заключается в том, что ощущение боли в данный момент является, как это ни парадоксально звучит, релевантным целям обезболивания: боль в данном случае оказывается переживанием, которое удостоверяет реальность воображаемого места и времени, то есть реальность целебного смыслового контекста, внутри которого сама она есть уже не страшная боль *до*, а желанная боль *после*. Произнесенная вслед за этим инструкция руке продолжать показывать боль как бы подхватывает это превращение тем, что выделенный ранее волевой центр индикации боли также вовлекается в переживание реальной боли, но – в воображаемом контексте, перенося тем самым чувство реальности с боли на контекст и, обратным ходом, формируя из чувственного материала боли *до* новую, желанную боль *после*.

«И можно ли сквозь боль осмотреть то, что Вас окружает...»

Эта реплика является пограничной между обсуждаемой фазой погружения в целебный контекст и следующей фазой проживания целебного контекста. Психотехнический смысл ее состоит в том, что боль превращается из *предмета наблюдения* в *средство наблюдения*, некий окуляр, сквозь который рассматриваются предметы окружающей обстановки. Это не совсем то же самое, что превращение фигуры в фон в смысле гештальтпсихологии. Феноменологически фон – это всегда *там*, на полюсе наблюдаемого объекта, а средство наблюдения – это *здесь*, это продолжение моего тела, искусственный орган зрения. Внутренний контур окуляров бинокля вовсе не воспринимается как фон, по отношению к которому наблюдаемый объект является фигурой. Эти наблюдения из области феноменологии восприятия нуждаются в отдельном психологическом обсуждении, но в данном контексте они важны тем, что боль, только что бывшая предметом наблюдения, не изображается как фон (пациент в это мог бы не поверить), не имитируется, что боли нет, и не выказывается пренебрежения к реальности ее переживания. «Вот она, Ваша боль, – как бы говорит терапевт, – я знаю о ней, и не будем делать вид, что ее нет, но можете ли Вы *сквозь* нее взглянуть на окружающее?» Это, с одной стороны, сочувствие, но не сентиментальное, а с призывом к мужеству – смотреть сквозь боль, а с другой стороны – вживание в рассматриваемый сквозь боль целебный контекст, которое необходимо для последующей работы в этом контексте. Мало доехать до лечебных вод и поселиться в санатории, надо еще там пожить, пить воду, дышать чистым воздухом.

4. «Проживание» целебного контекста

... И можно ли сквозь боль осмотреть, что вас окружает... («Я дома», – произносит Марина в паузе.) ... всю атмосферу дома, привычную обстановку – вещи... звуки... запахи...

В левой руке Марины (не занятой, как правая, показом уровня

боли) появилась подозрительная труба, с помощью которой она через пол-Москвы досмотрелась до окна врачебного кабинета, проникла внутрь и в конце концов увидела там свой собственный зуб. Grimаса отвращения, мелькнувшая на лице Марины, меня не огорчила (играем всерьез), но подвигла напомнить ей, что она – дома и сжимает одной рукой трубу (а другой не забывает показывать боль), и тем временем где-то там зуб выбросят... в мусорный бак (не щадя эстетические чувства, продолжаю я), сюда приедет машина, и повезет мусор через всю Москву...

4.1. Целебный контекст как позиция наблюдения

Рассматривая сквозь боль окружающую обстановку дома, пациентка все больше погружается в этот целебный контекст. Но целебность его, собственно говоря, зиждется лишь на том, что пространство здесь является символом времени, а именно – воображаемое состояние «я дома» лечит не само по себе, а тем, что оно – *после* клиники. Соответственно, для того, чтобы усилить и накопить целебный эффект, необходимо психотехнически подчеркнуть и воплотить как раз этот аспект отношений между хронотопом «дом» и хронотопом «клиника». Такая задача в данном случае решается организацией процесса наблюдения, в котором дом оказывается позицией наблюдения, а клиника и все, что в ней происходит, – объектом наблюдения. Разумеется, виртуальная реальность хронотопа дома обеспечивается и тем, что пациентка приглашается чувственно испытать запахи, звуки, ощутить всю атмосферу дома. Однако, реальность переживаемого пребывания в этом хронотопе еще более укрепляется и поддерживается превращением дома в позицию наблюдения. Позиция наблюдения – то, что обладает очень большой феноменологической убедительностью, ее реальность не нужно доказывать и внушать, она утверждается самим фактом состоявшегося наблюдения, утверждается косвенно и тем сильнее: наблюдаю, следовательно, существую.

4.2. Наблюдение из целебного контекста

Что касается самого наблюдаемого объекта – клиники, то и в нем психотехнически нужно было выделить и подчеркнуть то именно, что обеспечивает терапевтический эффект. Наблюдение удаленного зуба – достаточно веское доказательство, что все уже позади. И вот терапевт, не смущаясь натуралистических подробностей, спрашивал, может ли пациентка, стоящая дома с подозрительной трубой в руке, рассмотреть окно врачебного кабинета, в кабинете урну, в урне – свой зуб. Grimаса отвращения, мелькнувшая в этот момент на лице Марины З., знаменовала появление непосредственного чувства, которое, как всякое чувство, могло придать реальность психологическому контексту. Здесь было две возможности. Одна, опасная для процесса, состояла в том, что сознание пациентки «провалится» в хронотоп «клиника», то есть Марина окажется внутри зубо-врачебного кабинета, а это и есть место и источник основной тревоги. Вторая возможность, которая тут же была поддержана

психотерапевтом, состояла в том, что она испытывает это отвращение как чувство, возникшее у нее, стоящей дома и вглядывающейся с помощью оптического прибора в далекое окно. Именно поэтому психотерапевт тут же напомнил Марине, что она сжимает рукой подзорную трубу, тем самым загрузив уровень переживания хронотопа «дом», чтобы создать общий ток процессов переживания (кинестетических – сжатие рукой трубы – и эмоциональных – отвращение от наблюдаемых картин), которые убеждали бы ее: «Я уже дома, после посещения стоматолога».

Дальнейшее развертывание этого фрагмента терапевтической работы подчиняется той же цели. Пациентка становится наблюдателем прискорбного для ее зуба последнего и позорного пути на городскую свалку. Психотерапевтический смысл так организованного наблюдения двойной. Во-первых, он состоит в метафоризации понятия «удаленного зуба»: чтобы сознание пациентки удостоверилось, что хирургическое действие состоялось, и зуб действительно удален, он (в подражание логике сновидения) увозится все *дальше* и *дальше* от *издалека* наблюдающей за ним Марины и оказывается не просто удаленным, а *очень удаленным*. Во-вторых, эта акция позволяет создать эмоциональную отстраненность (тоже род удаленности) от злополучного зуба. Зачем? Ребенок, расшатавший и выдернувший молочный зуб, долго рассматривает его, а то и хранит в потайной коробочке, ощущая его родным и по-особому трогательно близким. Конечно, в детстве этим сентиментальным отношениям придает дополнительную прелесть будоражащее свидетельство наступающей взрослости – показавшийся из-под десны настоящий коренной зуб, а у взрослого человека всей этой волнующей гаммы эмоций уже нет, но аналоги подобных инфантильных переживаний сохраняются и в давно ушедших от детства возрастах. Зуб верой и правдой служил пару десятков лет, стал родным, и его потеря, кроме всего прочего, сопровождается обычной для любой потери реакцией горя, пусть маленького, но все же горя. Именно поэтому, решая задачу обезболивания, нужно было побыстрее создать отчуждение от удаленного зуба, то есть оборвать эмоциональную привязанность к нему. Решение этой задачи и было поручено чувству отвращения.

4.3. Терапевтический анекдот. Использование шуточно-игровой рамки

... Приедет машина и повезет мусор через Москву, и пока она в пути, я расскажу вам историю, которую слышал по радио. В отделение милиции вбегает человек с округленными глазами и заявляет: «Я человека съел!» У видавших виды милиционеров волосы дыбом. Выясняется, что он купил пирожок с мясом и обнаружил там человеческий зуб. Зуб, в конце концов, оказался его собственным, несостоявшийся людоед отправлен восвояси...

Непосредственный психотехнический смысл рассказанного терапевтического анекдота состоит в том, что он как бы подхватывает

действие предыдущей фазы методики. Отвращение, вызванное неприятными натуралистическими картинками, теперь пора сменить какой-то более здоровой эмоциональной реакцией. Смех в данном случае – лучшая из возможных.

Смех в той мере, в которой его удалось вызвать, захватывает все существо человека, и поэтому в нашем случае можно было ожидать его благотворного влияния не только на эмоцию отвращения, переживаемую в контексте хронотопа «дом», но и на эмоцию страха, в данный момент актуально не переживаемую благодаря проделанной психотерапевтической работе, но все же никуда не исчезнувшую из сознания (бессознательного), поскольку в реальном жизненном контексте пациентке по-прежнему грозило посещение зубоврачебного кабинета.

Мне много раз приходилось убеждаться на терапевтическом опыте, что от страха лучшее лекарство – именно смех. Возможная причина этого состоит в некотором сходстве их чувственно-телесных компонентов (в частности, «трясутся» и от страха, и от смеха). Вместо того, чтобы бороться со специфической дрожью от страха, можно пытаться трансформировать ее в содрогания от смеха и тем изжить страх в смехе. (При этом вовсе не обязательно стремиться вызвать у пациента гомерический хохот, вполне достаточны гомеопатические дозы – важен резонанс.)

Итак, там, где смешно, страху нет места. Но если не просто удастся засмеяться в страшной ситуации, а посмеяться над самим источником страха, смех действует вдвойне освобождаяще. Потому терапевтическая удача в нашем случае состояла в том, что само содержание анекдота включало в себя метафорический контрапункт переживаниям Марины. Марина боится процесса удаления зуба и мечтает о состоянии, когда зуб окажется удаленным. Герой анекдота прямо наоборот, как выпал его зуб, даже не заметил (на этой детали анекдот-то и выстроен, что, конечно, должен бессознательно понять всякий слушатель анекдота, а особенно такой заинтересованный, как Марина), пугается же он удаленного зуба, да еще так сильно, что даже у мужественных милиционеров волосы встали дыбом. Но если удаленный зуб и есть самое страшное, а Марина этого удаленного зуба и не боится, то тем самым она психологически оказывается благодаря смеху выше и сильнее всяких страхов.

При прохождении предыдущих шагов методики, как заметил читатель, психотерапевт вел себя не очень серьезно – какая-то подозрительная труба, подсунутая пациенту, путешествующий по Москве подобно гоголевскому персонажу Зуб, и в довершение всего – анекдот о претенденте в людоеды. Чтобы оправдать эту игривость, нужно придумать ей научное обоснование. Для этого удобно воспользоваться висящим с первого акта методики понятием шуточно-игровой рамки.

Напомню, что в самом начале сеанса Марина хотела отказаться от психотерапевтической помощи и воспользоваться услугами зубного врача. Поэтому на ее наметившемся пути к врачу был наскоро раскинут псевдостоматологический балаган, в котором психотерапевт, готовый

обрядиться в белый халат, уже взял в руки устрашающие плоскогубцы. Именно через этот балаган, правда, так и не дождавшись начала представления, Марина и прошла в город психотерапии. Жанрово-стилистические особенности такого входа дали характерную эстетическую рамку всему психотерапевтическому сеансу.

До сих пор мы описывали в основном картины, помещенные внутри этой рамки, поскольку именно они являются предметом и содержанием общения пациента и психотерапевта. Глубокая включенность сознания пациента в содержание безусловно является необходимой для успеха психотерапии. Но как бы ни была желанна эта глубина погружения, я никогда не хочу, чтобы виртуальная реальность картины стала для пациента единственной реальностью, то есть чтобы он полностью утратил память о мостках, соединяющих переживаемую им сейчас в воображении реальность с той жизненной реальностью, от которой он начал свой путь к психотерапевту. Я не хочу, чтобы мои пациенты совершенно проваливались в содержание картины, теряя из виду раму и переставая замечать, что они имеют дело именно с картиной, а не жизнью. Но почему, собственно?

На то есть несколько причин. Во-первых, из соображений, можно сказать, антропологических. Создавая множественные психотехнические миры, нанизывая их друг на друга и сопрягая их между собой, я как психотерапевт вступаю в коммуникацию с различными субличностями человека и вполне готов для прояснения внутренней структуры его сознания играть вместе с ним в эти субличности. Но я не хотел бы ни сам забывать, ни чтобы мой пациент забывал, что он прежде всего человек, личность, что мы общаемся друг с другом, в конце концов, как человек с человеком. И при всей напускной серьезности, с которой я могу общаться с искусственно выделенными в нем субличностями, по-настоящему экзистенциально серьезно я отношусь только к его личности и считал бы опасным для себя и для него заиграться в психотерапию так, чтобы перестать ясно различать виртуальную реальность субличности и онтологическую реальность личности.

Второе из соображений связано с тем, что психотерапия есть род искусства. Я думаю, что она может быть полезной и возвышенной, может лечить, утешать, помогать, вразумлять, радовать и т.д., оставаясь именно искусством. Если ковбой, глубоко поверивший в подлинность злодея на экране, начинает палить в него из кольта, искусство в этот момент кончается. Я не хотел бы, чтобы мои пациенты превращались в ковбоев.

Наконец, третье соображение – психотехническое. Один из главных механизмов эффективности психотерапии можно условно назвать механизмом «глубоководного погружения». Если психотерапия идет «всухомятку», если не возникает измененное состояние сознания, не происходит глубокого погружения в переживания, процесс будет, скорее всего, неэффективен. Однако эффекты могут состояться только при условии, что переживания будут преобразовываться и позитивно влиять

на обычные состояния сознания и в конечном итоге на реальное течение жизни. Пациента можно уподобить ловцу жемчуга, и обязанность терапевта, сидящего в лодке, не ограничивается тем, чтобы помочь ему нырнуть и погрузиться, но и в том, чтобы поддерживать с ним постоянную связь во время погружения и помочь вынырнуть с жемчужиной в руках. На методических мастерских я порой формулирую такое психотерапевтическое правило: когда работа закончена, нужно все вернуть на свои места. Иначе говоря, нужно помочь пациенту вернуться в ту реальность, с которой начинался сеанс.

Если обратиться к анализируемому случаю, то в нем такой связью с «поверхностью» (с балаганной дверью в сеанс), служили грубовато-шутливые включения (например, подзорная труба), а сигналом к возвращению в реальность (все через ту же дверь-балаган) послужил психотерапевтический анекдот. Каким образом? И самим фактом рассказа анекдота посреди такого важного действия, как работа с болью, и тем, что он был рассказан нарочито юмористическими интонациями возвращающими коммуникацию терапевт – пациент в шуточно-игровую стилистику, которой был отмечен вход в психотерапию.

Собственно же техника возвращения с помощью анекдота состояла в том, что переход к нему увязывал различные хронотопы, уже до сих пор задействованные в психотерапии. Попробуем разобраться, в каком хронотопе проявился сам анекдот, и в каком можно локализовать его рассказчика и слушателя.

Формально анекдот привязан к хронотопу «клиника» или, точнее, – «Клиника: взгляд из дома», привязан с помощью все того же неприхотливого «пока»: «...*пока* она в пути, я расскажу Вам историю...» Кто здесь «Вы» – условная Марина, которая смотрит в подзорную трубу, или реальная, которая сидит передо мной? Реальная, но уже не прежняя, а вобравшая в свое сознание содержания и чувства, накопленные входе сеанса. Именно поэтому анекдот служит в данном случае способом возвращения из условных, воображаемых хронотопов в реальный хронотоп взаимодействия терапевта и пациента на сеансе. Для того, чтобы выполнить эту переходную функцию, анекдот одной своей частью должен быть привязан к воображаемому хронотопу («клиника»), а другой – к реальному: *пока* машина в пути, и *пока* Вы через трубу на нее смотрите, и *пока* Вы рукой показываете свою боль, – сквозь все эти нагромождения искусственных «ПОКА» я Вам, Марине, хочу рассказать забавную историю, которую слышал по радио (я действительно слышал ее по радио, но упомянул об этом не из любви к деталям, а, видимо, интуитивно почувствовав, что радио придает достоверность самому рассказу не в смысле его правдивости, а в смысле принадлежности рассказчика («И я там был, мед-пиво пил») к обычному социальному и жизненному контексту, в котором мы с Мариной существуем как личности, а не как условные персонажи тех или иных, даже эмоционально переживаемых, виртуальных хронотопов).

5. РАБОТА С БОЛЬЮ-ИНДИКАТОРОМ

– У меня рука устала, – прервала Марина мои рассказы.

– Как вы чувствуете усталость? Болит? Где? В этих двух местах? (Боль локализовалась в основном в области запястья и на тыльной стороне предплечья ближе к локтевому суставу.) Где больше? Здесь? (Ближе к локтю.) Получится ли у вас свести сюда всю боль? (*Марина кивнула*). А что теперь там? (*Показываю на запястье*).

– Бесчувствие какое-то, как онемение. (Судя по жесту Марины, «бесчувствие» обручем охватывало руку в запястье.)

– Вы это бесчувствие, онемение как рукав начните закатывать не торопясь. Получается? Прямо поверх боли. Так... прошло над ней? (*Рука Марины, продолжавшая играть роль индикатора боли, немного опустилась.*)»

– Когда дойдет до плеча – кивните. – Ага! – Можете позволить онемению захватить плечо?... когда коснется шеи – снова кивните. – Так, теперь по шее вверх – правую щеку. Если щека может постепенно насквозь пропитаться онемением (*рука Марины заметно пошла вниз*), то оно сможет распространиться на корень языка и весь правый край языка. (*Рука Марины расслабленно легла на колени.*)

– Когда завтра все уже будет позади, вы сами решите, насколько вам захочется позволить выпустить боль из-под онемения, когда анестезия начнет проходить.

5.1. Описание боли

Психотехнический смысл просьбы описать боль состоит в том, что, с одной стороны, это описание дает терапевту информацию и возможность производить терапевтические действия, хорошо ориентируясь в особенностях «рельефа» субъективного пространства пациента, с другой же стороны, описание выполняет такие же психотерапевтические функции, как и индикация боли (см. п.2).

5.2. Обезболивающие манипуляции

В данном случае они состояли из трех шагов.

Концентрация боли.

Первый шаг – сведение боли из всех точек в одно место, где и без того локализовалась максимальная боль. Этот прием не вызывает сопротивления пациента, потому что суммарная боль не увеличивается, а лишь меняется дислокация болевых ощущений. Конечно, не всегда и не всякий пациент сможет выполнить инструкцию по перемещению боли, и тогда придется искать другие возможности, однако важно понимать, что боль лучше всего перемещать туда, где она и без того есть, действуя по принципу разумного короля, героя Экзюпери, который приказывал только то, что и без приказа должно было случиться.

Создание зоны онемения.

В описанном случае бесчувствие в запястье возникло спонтанно,

после эвакуации оттуда боли вверх по руке. Если бы этого не произошло, пришлось бы прибегнуть к какой-нибудь специальной технике, вызывающей онемение. Но и здесь упомянутый принцип разумного короля придется как нельзя кстати; лучше всего предписывать онемение той части тела, которая и без предписания в данный момент наименее чувствительна. Во всяком случае, всегда можно предоставить роль первичной зоны онемения спине, воспользовавшись тем, что она по сравнению с другими частями тела, если вспомнить «мозгового человечка» Пенфилда, имеет самое маленькое представительство в коре больших полушарий (в расчете на единицу площади).

Перемещение зоны онемения.

Этот прием по аналогии с методом перчаточной анестезии (см. Kroger, 1977) можно назвать *анестезией закатывающегося рукава*. Отметим методический нюанс. Зачастую некоторые действия, которые пациенту предлагается проделать в воображении, достаточно трудны и оказываются психотерапевтически неэффективны не потому, что замысел терапевта неверен, а потому что исполнение его пациентом несовершенно. По этой причине особенно можно рекомендовать такие действия, которые хорошо известны пациенту из его чувственного опыта, легко и убедительно могут быть проиграны в его воображении. В этом случае терапевтический эффект будет еще усиливаться и подкрепляться характерным чувством удовольствия, которое испытывает человек от качественно исполненной операции, и удовлетворения от собственной умелости. Для этих целей подходят простые навыки, которые потребовали для их освоения в детстве достаточно много кинестетического внимания. Закатывание рукава – одно из таких действий.

Еще один методический момент состоит в том, что терапевт сначала испытал анестетическое действие приема на искусственно вызванной боли в руке, которая при всей интенсивности болевых ощущений не воспринималась как страшная и не вызывала панических аффектов. Причем терапевт не сказал пациентке – «боль прошла» или «наступило онемение», он сказал – «бесчувствие прошло над ней». Тем самым он не погрешил против реальности действительной боли, но лишь создал психотехнические условия, когда она была прикрыта сверху чувством онемения.

5.3. Распространение онемения на область первичной боли

Далее оставалось только распространить онемение на область больного зуба. Терапевт не сказал «*Онемение захватывает плечо*» или «*Вы чувствуете онемение в плече*», но: «*Можете позволить онемению захватить плечо?*». В этой формулировке идущему процессу перемещения онемения придается статус объективного самопроизвольного процесса и тем самым усиливается вера в его реальную действенность. Однако, с другой стороны, поддерживается свобода личности пациента и уважение к нему, поскольку он признается

тем, кто может позволять или не позволять онемению перемещаться дальше.

И последний методический момент. *«Если щека может постепенно насквозь пропитаться онемением, то оно сможет распространиться на корень языка и весь правый край языка»*. Применение формально-логических связок (если... то...), которые как бы апеллируют к рассудку, на деле угашает его бдительность: здесь все логично и, значит, интеллектуальная цензура может, не сомневаясь, пропустить данное сообщение. В этой логической оболочке сознанию дается сильный отнюдь не рассудочный анестезирующий образ, содержащийся в первой части фразы («насквозь пропитаться онемением»).

Психотерапевт счел излишним и неправильным упоминать о том, что онемение захватывает и сам больной зуб, чтобы, так сказать, не будить в нем зверя. Достаточно было того, что зуб был окружен онемением и со стороны щеки, и со стороны языка.

6. ПОСТТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА

«Когда завтра все уже будет позади, вы сами решите, насколько вам захочется позволить выпустить боль из-под онемения, когда анестезия начнет проходить».

Эта посттерапевтическая инструкция апеллирует к личности и свободе воли пациентки, предоставляя ей возможность самой выбрать момент, когда она может решиться ощутить боль. Возможно, более экологичной была бы такая редакция второй части фразы: *«...Вы сами решите, насколько вам захочется позволить себе снять онемение, начиная от полости рта и кончая запястьем»*. Как показывают результаты данной работы, терапевт, стремясь перестраховаться и усилить обезболивание, недостаточно побеспокоился о том, чтобы замкнуть круг консультации и вернуться к тому исходному пункту, где пациентка решила посетить хирурга. Прямое упоминание о предстоящем посещении стоматолога, конечно, терапевтически было бы опасным, поскольку могло разрушить все построение. Однако и забвение о реалистическом намерении пациентки удалить зуб также оказалось небезопасным из-за того, что эта операция была отложена на целый год.

Думается, что теории и технике последних фраз психотерапевтических сеансов должно быть уделено самое пристальное внимание, такое, какое в шахматах уделяется теории и технике эндшпиля, ибо в психотерапии, как и в шахматном искусстве, именно конец – делу венец.

ЛИТЕРАТУРА

- Василюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи. // Вопросы психологии, 1988, № 5, с.27-37.
Kroger W. *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: Lippincott, 1977.