

Сочетанное использования эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в клинической практике

В. А. Доморацкий, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, руководитель модальности «Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз» в ППЛ

Около 20 лет я использую в своей психотерапевтической практике эриксоновский гипноз, хотя, наверное, правильнее будет сказать клинический гипноз в трактовке Милтона Эриксона, его учеников и последователей. Эриксоновская модель предполагает широкое применение техник подстройки к пациенту и приёмов, позволяющих обойти сопротивление либо использовать его в терапевтических целях, как это, например, происходит при парадоксальных интервенциях. При наведении транса применяется гибкий, преимущественно недирективный стиль гипнотизации. Вместе с тем, по словам Дж. Зейга, «объём косвенного воздействия должен быть прямо пропорционален ощущаемому сопротивлению» [2]. Это означает, что нет необходимости прибегать к косвенным внушениям, в тех случаях, когда прямые суггестии достигают своей цели. В ходе терапевтической сессии утилизируется всё, что происходит с самим пациентом и в окружающем его пространстве. Благодаря этому трансовые техники давно и успешно используются за пределами звуконепроницаемых гипнотариев. Приёмы диссоциации сознательных и бессознательных процессов; различные способы обращения в трансе к позитивному опыту прошлого для активизации внутренних ресурсов; широкое применение косвенных и открытых внушений, включая терапевтические метафоры; техники структурирования амнезии; приёмы обратной связи в трансе посредством идеомоторных феноменов (сигналинга, левитации либо каталепсии рук); техники гипноанализа в эриксоновской трактовке и многое другое - всё это, несо-

мненно, расширяет возможности психотерапии, использующей трансовые состояния, как стратегическую рамку для терапевтических интервенций.

Свыше 15 лет я широко применяю в своей работе десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ), которую основательница метода Ф. Шапиро определила, как «интерактивную, взаимообусловленную, внутриспсихическую, когнитивную, поведенческую, телесно-ориентированную терапию» [5]. На протяжении последнего десятилетия я, нередко, сочетаю гипноз и ДПДГ у одного пациента и много раз имел возможность на практике убедиться в полезности их совместного применения при различных невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах; нарушениях пищевого поведения; половых дисфункциях психогенного генеза; зависимостях от психоактивных веществ; психосоматических нарушениях, а также целом ряде психологических проблем, не достигающих уровня клинической патологии.

Но прежде чем перейти к описанию конкретных случаев из собственной психотерапевтической практики, где использовались ДПДГ и гипноз, рассмотрим некоторые основания для совместного применения этих двух методов. Ф. Шапиро исходит из предположения, что каждый человек обладает особой врождённой психофизиологической способностью для переработки и преобразования сильных стрессовых переживаний, а также их интеграции в структуру целостного Я. Эта система активизируется в фазе быстрого сна, которая сопровождается быстрыми движениями глазных яблок [3]. Некоторые события, однако, могут быть настолько травматичными для человека, что эта врожденная информационно-перерабатывающая система мозга сбивается или нарушается, что приводит к застыванию события в своей первоначальной, непереработанной форме. Нейронная цепь, где хранится информация о психотравме, блокируется и изолируется от других участков мозга, что препятствует переработке травматического материала, который «застревает» в ней в неизменном виде [5]. Метод ДПДГ

как раз и предназначен для ускоренной переработки такого опыта. Согласно Шапиро, «модель ускоренной переработки информации... открывает новую область, определяя патологию как дисфункционально сохраненную информацию, которая может быть должным образом усвоена с помощью динамически активированной системы переработки» [7]. Ф. Шапиро считает гипноз и ДПДГ принципиально не связанными друг с другом процессами и негативно относится к идее их интеграции. Она отмечает: «...Наведение глубокого транса во время сеанса ДПДГ может быть противопоказано, потому что измененное физиологическое состояние при гипнозе может не позволить переработать всю информацию соответствующим образом [7]. Соглашаясь с мнением автора метода о нецелесообразности погружения пациента в глубокий транс во время сеанса ДПДГ, мы полагаем, что гипнотические техники могут с успехом использоваться отдельно от процедуры ДПДГ. Кроме того, М. Япко вообще ставит под сомнение точку зрения Ф. Шапиро о непреодолимом разрыве между гипнозом и ДПДГ. По его мнению, даже такой изначально невербальный подход, как ДПДГ, может рассматриваться как суггестивный и гипнотический. Потому что во всех методах фокусировки внимания существует общий гипнотический знаменатель [6]. И действительно, процедура ДПДГ, предполагающая повторное обращение к внутреннему опыту (травматическому материалу, хранящемуся в нейронных сетях мозга), требует от клиента тщательной фокусировки на событиях прошлого, что естественным образом может вызывать у него искажения в осознании окружающей реальности. Между тем гипнотический транс может быть определён, как состояние сфокусированного внимания и измененного осознания окружающего. М. Эриксон подчеркивал, что «транс включает в себя сосредоточение внимания. В отличие от обычного состояния сознания, которому свойственно постоянное изменение фокусировки внимания, гипнотическое состояние связано с устойчивым сосредоточением внимания и исключением всего, что отвлека-

ет внимание. Однако это отнюдь не забвение или отсутствие реагирования, как это бывает во время сна, а особое состояние, в котором активность сознания снижается, а внимание целиком сосредоточено на определённых стимулах» [4]. Трудно себе представить, что устойчивое и повторяющееся, сосредоточение внимание на событиях прошлого, избранных в качестве предмета для переработки с помощью ДПДГ, не приводит к спонтанному возникновению гипнотических феноменов. С. Гиллиген полагает, что «когда появилась методика ДПДГ, по-видимому, было принято обдуманное решение дистанцировать её от гипноза. Отчасти это выглядит мудрым «пиаром», в том смысле, что, если бы она преподносилась в терминах гипноза, многих людей это могло бы остановить, испугать или ввести в заблуждение. Вторая причина в том, что, освобождая себя от традиции гипноза, она ведёт к новым способам понимания и работы с застарелым феноменом травмы и её последствиями» [1]. Сама Шапиро подчёркивает, что «...если ДПДГ определять как простой гипноз, то её полезность будет ограничена теми эффектами, которые уже и так доступны терапевтам» [7].

Очевидно, что для достижения успеха в любой модели психотерапии, терапевт должен обеспечить определенные условия для исцеления. С. Гиллиген считает, что «они включают в себя как общие условия, такие как безопасность и поддержка, так и более специфические условия, которые в разных подходах варьируют. В методе ДПДГ и в эриксоновском гипнозе некоторые специфические условия совпадают, включая повышенное внимание к развитию и поддержанию: (1) релаксации, (2) прямого чувственного доступа к глубинным переживаниям, (3) двойственного внимания (т.е. одновременного отслеживания внутренних переживаний и внешнего окружения) и (4) доверия и руководства..., чтобы проложить путь к интеграции (с ключевым внушением клиенту — «просто позвольте этому произойти») ... Поскольку ДПДГ и эриксоновский гипноз разделяют сходные теоретические предпосылки и по форме являются взаимодополняющими, их мож-

но сочетать при работе с клиентом. Оба эти метода особое внимание уделяют внутренним целительным способностям клиентов и стремятся предоставить пространство, в котором клиенты могут научиться доверять своим способностям для обретения большей целостности... Главное преимущество сочетания этих методов состоит в том, что это открывает возможность творчески адаптировать терапию к клиенту, вместо того, чтобы следовать фиксированному протоколу. В силу этого сочетание подходов в равной степени благоприятно и для терапевта, и для клиента» [1].

Далее мы рассмотрим сочетанное применение ДПДГ и гипноза на нескольких конкретных примерах из клинической практики автора.

1). Лечение ночного энуреза. Подросток 15-летнего возраста свыше двух лет без особого эффекта лечился у психиатра по поводу ночного недержания мочи (длительно получал мелипрамин, пантогам, дигидроэрготамин, прошел два курса иглорефлексотерапии и несколько сеансов классического гипноза). На момент обращения эпизоды ночного энуреза наблюдались с частотой от 2 раз в неделю до 1-2 раз в месяц (последние три месяца никакого лечения не получал). При детальном расспросе юноши было установлено, что все случаи ночного недержания мочи, объединяет одна общая деталь, которая присутствовала в различных по сюжету сновидениях. Все они заканчивались тем, что подросток шел в туалет и начинал там мочиться. Причем юноша утверждал, что туалет во сне был настолько реалистичным, что у него ни возникало никаких сомнений в том, что он может подойти к писсуару и совершить акт мочеиспускания, что он и делал, просыпаясь в мокрой постели и постепенно осознавая, что помочился во сне. Таким образом, логично было предположить, что если в ходе ДПДГ-переработки удалось бы «развалить» это повторяющийся элемент сновидений, где присутствовал туалет, который он посетил «по малой нужде», то ощущения от переполненного мочевого пузыря, в конце концов, разбудили его и он бы проснулся и сходил в реальный туалет. Чтобы это произошло на-

верняка, следовало бы также усилить ощущения, сигнализирующие о необходимости помочиться, которые пробуждали бы подростка от сна. Для этого представлялось оптимальным использование в трансовом состоянии прямых и косвенных суггестий, включая постгипнотические, которые улучшают способность ощущать свой мочевой пузырь, когда он действительно переполнен и нуждается в опорожнении. Указанная стратегия была реализована в 2-х комбинированных терапевтических сессиях. На первой, в ходе ДПДГ в качестве предмета воздействия была избрана картина посещения туалета из сновидения месячной давности, закончившегося просыпанием в мокрой постели. Каждая серия движений глаз сопровождалась мысленным проговариванием фразы: «Это сон, а не реальность». По мере переработки картинка стала бледнеть, потом из ассоциированной превратилась в диссоциированную, все более тусклую, и, в конце концов, подросток, несмотря на все усилия, уже совершенно не мог представить себе этот образ. Далее, ему было предложено представить типовую картину посещения туалета у себя дома, дополненную фразой: «Когда мне надо помочиться, я просыпаюсь, встаю и иду в туалет» на фоне повторных серий движений глаз. После этого была осуществлена быстрая индукция транса посредством постановки каталепсии руки, а далее возможность её медленного опускания бессознательными движениями была связана с важной внутренней работой по регуляции мочеиспускания. Давались повторные суггестии, что каждый раз, когда ему будет необходимо сходить в туалет, возникнут отчетливые ощущения от переполненного мочевого пузыря, которые разбудят его. Вторая сессия была проведена через 2 недели после первой. Случаев энуреза за это время не было. В начале второй сессии была осуществлена проверка того, может ли юноша воспроизвести картину посещения туалета из прошлых сновидений. Когда оказалось, что сам туалет вспомнить уже не удаётся, но ещё сохраняется диссоциированная картинка того, как он подходит к его двери, этот сновидный образ также был

избран предметом воздействия. Десенсибилизирующие серии движений глаз проводились до тех пор, пока юноша не заявил, что он вообще не в состоянии представить себе первоначальный образ. Тогда ему предложили вновь представить себе реальное посещение туалета с одновременным произнесением фразы: «Когда я хочу помочиться, я просыпаюсь, встаю и иду в туалет», что было закреплено повторными, более медленными по скорости сериями движений глаз. Далее, уже в гипнотическом трансе несколько раз суггестировалась способность юноши в дальнейшем каждый раз просыпаться в случае необходимости посетить туалет.

Катамнез составляет 6 месяцев. В личной беседе юноша утверждает, что ему престало сниться посещение туалета, но он иногда просыпается по ночам от ощущения переполнения мочевого пузыря и идет в туалет. За это время ни одного случая недержания мочи зарегистрировано не было.

2). Лечение психогенной оргазмической дисфункции (невротического подавления коитального оргазма). Женщина 35 лет, замужем с 22 года, имеет сына 12 лет. Из анамнеза выяснилось, что половая жизнь у неё с 18 лет. За время учебы в институте имела три сексуальных партнера. С двумя из них в определенных коитальных позициях или при дополнительной мануальной стимуляции клитора испытывала оргазмы клиторического типа. Сексуальные проблемы возникли после возвращения с практики, которую она проходила в геологоразведочной экспедиции. Один из геологов, который ей симпатизировал, в нетрезвом состоянии пытался овладеть ею силой, но будучи мастером спорта по гребле, она смогла отбиться от его посягательств, после чего с ней случилась истерика с громкими рыданиями и дрожью во всем теле. Ситуация усугубилась после другой попытки изнасилования три месяца спустя, когда она шла поздним вечером по парку и на неё внезапно напал неизвестный молодой человек. Ей удалось вырваться от него и в порванном платье убежать в своё общежитие. Вскоре после этого она предприняла активные шаги, чтобы познакомиться со своим бу-

дущим мужем, который полностью отвечал её представлениям о «настоящем» мужчине. Через неделю знакомства в номере гостиницы у них произошёл первый половой контакт. Несмотря на затяжной коитус с дополнительной стимуляцией клитора, оргазма у неё не было. Повторный половой акт также закончился безрезультатно. Когда мужчина уснул, она долго плакала, переживая за то, что желанная близость с человеком, в которого она влюблена, так и не принесла удовлетворения. После замужества половая жизнь регулярная. Сексуальная активность мужа и пролонгированные половые акты, которые он обычно практикует, по большей части её тяготят, поскольку почти никогда не заканчиваются оргазмом. За годы супружества всего несколько раз испытала оргазм при половом акте (во время отдыха на море, а также после просмотра фильмов с эротическим сюжетом). В абсолютном большинстве случаев сексуальное возбуждение при половой близости слабое, а если иногда и достаёт фазы плато, не доходя до оргазма, то после этого она подолгу испытывает сексуальные фрустрации (эмоциональный и физический дискомфорт после коитуса). Раньше она иногда мастурбировала, чтобы снять неотреагированное возбуждение, но последние несколько лет этого не делает. При этом периодически у неё наблюдаются эротические сновидения с оргазмом. Причем их сюжеты достаточно однотипные: ей снится, как она наблюдает со стороны за сексуальными сценами, постепенно возбуждаясь до оргазма.

В качестве первоначальных целей для ДПДГ переработки нами были избраны три вышеописанных ситуации (две попытки сексуального насилия и сцена после половой близости с будущим мужем, когда она сильно переживала, что не смогла испытать оргазм). Было проведено три сеанса ДПДГ, в каждом из которых осуществлялась их последовательная переработка. Наиболее травматичным оказалось воспоминание о неудавшейся попытке геолога вступить с ней в сексуальные отношения. В ходе сессии на фоне высокого уровня эмоционального дискомфорта у пациентки воз-

никла абреакция продолжительностью около 4-х минут, которая сопровождалась бурными рыданиями и дрожью во всем теле. Поскольку из за сильного плача продолжение выполнения движений глаз оказалось весьма затруднительным, было проведено две удлиненные серии альтернативной билатеральной стимуляции при помощи попеременных щелчков пальцев рук то у правого, то у левого уха пациентки. После того, как уровень отрицательных эмоций стал снижаться, и она перестала плакать, билатеральная стимуляция при помощи движений глаз была возобновлена до полного завершения всех этапов процедуры.

Уже после второй сессии, в ходе которой осуществлялась только ДПДГ – переработка травматического опыта (попытки изнасилования в парке), пациентка сообщила, что её как будто «разморозили» и тело стало гораздо лучше чувствовать ласки мужа и, хотя оргазма не было, при половом акте возникло сильное возбуждение. На третьей сессии вначале была проведена переработка эпизода в гостинице, а затем был индуцирован транс, во время которого ей было предложено представить себя погожим летним утром на пляже на берегу моря. Описание отдыха на морском побережье изобиловало контекстуальными и другими скрытыми суггестиями: *«Теплый ветер нежно ласкает кожу. Приятная легкость и истома во всем теле. И в какой-то момент возникает ощущение, что солнечные лучи ласкают не только снаружи, но медленно, осторожно, очень нежно проникают внутрь... И так приятно отдаться этим ощущениям... раствориться в них и т. п.»*. Потом женщине предложили представить, что она купается в море: *«И волны нежно омывают Ваше тело, ритмично покачивая его на поверхности. И Вы целиком доверяетесь этому особому ритму движения воды, растворяясь в приятных ощущениях, в наслаждении купанием в море. И как важно, что можно сохранить внутри себя эти удивительные ощущения, которые способны оживать каждый раз, когда Ваше тело чувствует нежные и ласковые прикосновения...»*. Во время четвертой, заключительной

сессии пациентка сообщила, что за прошедшую неделю она дважды испытала оргазм при половой близости с мужем. Далее была использована процедура ДПДГ, чтобы закрепить её позитивные представления о дальнейшей половой жизни. В ходе выполнения серий движений глаз она мысленно представляла удачный во всех отношениях коитус в недалеком будущем, по многу раз произнося при этом фразу: «Я хочу и могу наслаждаться сексом с мужем». Далее, используя технику наведения транса через кинестетическую неопределенность, у пациентки был индуцирован достаточно глубокий транс, во время которого, используя косвенные, открытые, а также прямые постгипнотические внушения, было максимально активизировано чувственное восприятие половой близости с мужем.

Катамнез 4 года. Половая жизнь регулярная, 2-3 раза в неделю. Оргастичность в партнерском сексе около 80%, при пролонгированном коитусе нередко возникают повторные оргазмы.

3). Лечение акрофобии (навязчивого страха высоты). Мужчина 38 лет, психиатр-нарколог два года назад лечился консервативно в хирургическом отделении городской больницы по поводу и кровотечения, обусловленного язвенной болезнью 12-перстной кишки. Через три дня, когда кровотечение, наконец, было полностью остановлено, пациент встал, подошёл к окну и посмотрел вниз (отделение находилось на 11 этаже главного корпуса больницы). В этот момент, вероятно, в связи с предшествующей кровопотерей, у него резко закружилась голова, и впервые возник сильный страх перед высотой. Больше к окну больничной палаты он не подходил до самой выписки из стационара. В последующем, несколько раз испытывал интенсивный страх, когда приходилось с высоты смотреть вниз. Однако, это не представляло для него серьезной проблемы, поскольку он проживал с семьей в квартире, расположенной на первом этаже, а его рабочий кабинет находился на 2-ом этаже двухэтажного наркодиспансера. За две недели до обращения за помощью приехал в Минск на курсы повышения квали-

фикации в БелМАПО. В общежитии академии по странному совпадению его поселили именно на 11-ом этаже. При заселении в комнату подошел к открытому окну и, взглянув вниз, испытал панический ужас, поскольку ему живо представилась картина, как он падает вниз. Ему удалось уговорить соседа по комнате разместиться у окна, а самому занять кровать неподалёку от двери. Старался не приближаться к окну ближе, чем на 2 метра и не смотреть вниз. Поскольку был жаркий июнь, чтобы проветрить помещение курсантам часто приходилось открывать окно. При этом, даже сидя на кровати у двери, чувствовал себя весьма некомфортно. Всячески пытался скрывать свой страх, но коллеги подметили, что он опасается подходить к окну, и несколько раз едко пошутили по этому поводу. Очень переживал, но ничего не мог с собой поделать. На приёме заявил, что, будучи специалистом, вполне осознаёт всю беспочвенность своих страхов, но это не помогает ему перестать бояться высоты.

Была проведена единственная психотерапевтическая сессия, продолжительностью около полутора часов. Вначале с помощью ДПДГ было переработано воспоминание о страхе перед высотой, возникшем впервые в хирургическом отделении (на стадии десенсибилизации использовалось отрицательное представление: «Я в опасности»). Затем пациенту было инсталлировано альтернативное позитивное представление: «Я спокоен и уверен в себе». Далее переработке с помощью движений глаз был подвергнут эпизод недавнего заселения в общежитие, сопровождавшийся чувством сильного страха. Вторая часть работы осуществлялась в гипнотическом трансе. Поначалу была осуществлена диссоциированная возрастная регрессия, и пациент последовательно представил себя в нескольких эпизодах прошлого, когда он испытывал позитивные эмоции, находясь на высоте: поездка на колесе обозрения, подъём на фуникулере на гору Ай-Петри в Крыму, обзор окрестностей со смотровой башни на горе Ахун в Сочи. Затем из возрастной регрессии была осуществлена временная прогрессия

вместе со всеми позитивными эмоциями, пережитыми на высоте. Пациент перенесся в своём воображении в недалекое будущее и представил, как он возвратится в общежитие и подойдёт к окну, чтобы посмотреть на открывающийся взору пейзаж, произнес фразу: «Я спокоен, я совершенно спокоен». Через неделю мужчина при короткой встрече сообщил, что абсолютно спокойно подходит к окну и смотрит вниз. Два дня назад он специально поднялся на смотровую площадку здания Национальной библиотеки в Минске и ничего особенного не почувствовал.

Катамнез 3 года. За это время симптомов акрофобии не наблюдалось.

Приведенные случаи, на наш взгляд, достаточно хорошо отражают широкие возможности сочетанного применения ДПДГ и техник эриксоновского гипноза в клинической практике.

Список литературы

1. Гиллиген С. Наследие Милтона Эриксона / пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2012. – 416 с.
2. Зейг Дж. Терапевтические характеристики эриксоновского воздействия // Эволюция психотерапии. Том 4. «Иные голоса» / пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – С. 83 – 107.
3. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии / пер. с англ. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.
4. Хейвенс Р. Мудрость Милтона Эриксона / пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс», 1999. – 400 с.

5. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – 496 с.
6. Япко М. Трансовая работа: Введение в практику клинического гипноза /пер. с англ. – М.: Психотерапия, 2013. – 720 с.
7. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2d ed.) New York, NY: Guilford Press; 2001.

Сочетанное использование эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в клинической практике

В. А. Доморацкий, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, руководитель модальности «Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз» в ППЛ

Нами рассмотрены некоторые теоретические и практические аспекты сочетанного применения эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз. Приводятся аргументы в пользу совместного использования этих методов у одного пациента. Представлены клинические иллюстрации подобной успешной работы с юношей, страдающим ночным энурезом, женщиной с психогенной оргазмической дисфункцией и мужчиной с акрофобией.

Ключевые слова: эриксоновский гипноз, транс, суггестии, переработка с помощью ДПДГ.

The combined use of eriksonian hypnosis and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in clinical practice

Domoratsky V. A. M. D., Dr. Sci., Professor, chairman of Basic and

clinical psychology dept., Belarusian State University, leader of the modality of «Ericksonian psychotherapy and ericksonian hypnosis» in PPL.

We discussed some of the theoretical and practical aspects of combined application of ericksonian hypnosis and eye movement desensitization and reprocessing. There are arguments in favour of associated use of these methods in a single patient. This article presents clinical illustrations of such a successful work with a young men suffering from enuresis, a woman with psychogenic orgasmic dysfunction, and a man with an acrophobia.

Key words: ericksonian hypnosis, trance, suggestion, reprocessing with the help of EMDR.