

The book cover features a complex, layered design. At the top, there are abstract, overlapping shapes in shades of brown and beige, resembling crumpled paper or fabric. Below this, a large, detailed eye with a vibrant blue iris and a dark pupil is the central focus. The eye is set against a background of a clock face with Roman numerals, which is also rendered in a blue-tinted, semi-transparent style. The overall aesthetic is surreal and evocative, suggesting themes of time, perception, and the subconscious.

ПАВЕЛ АВДЕЕВ

ГИПНОЗ И РЕГРЕССИВНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Павел Авдеев

**Гипноз и регрессивная
гипнотерапия. Учебное пособие**

«Издательские решения»

Авдеев П.

Гипноз и регрессивная гипнотерапия. Учебное пособие /
П. Авдеев — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-554650-0

Эта книга призвана раскрыть все секреты гипноза и стать полноценным руководством по регрессивной гипнотерапии. Из учебника вы узнаете, нужен ли гипноз в психотерапии и что делать с негипнабельными; как работает регрессия и какие наиболее эффективные методы работы с психической травмой существуют на сегодняшний день. Книга предназначена как для новичков в гипнотерапии, так и профессионалов, которые хотят обогатить свой арсенал и взглянуть на гипнотерапию по-новому.

ISBN 978-5-00-554650-0

© Авдеев П.
© Издательские решения

Содержание

ОБ АВТОРЕ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
ТЕМА 1. КЛАССИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕГРЕССИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ	10
1.1. Краткая история регрессивной гипнотерапии	11
1.2. Процесс регрессивной гипнотерапии	15
1.3. Типичный сеанс классической регрессивной гипнотерапии	17
ТЕМА 2. ПЕРВИЧНЫЙ КОНТАКТ И ДИАГНОСТИКА КЛИЕНТА	21
2.1. Создание установки на гипноз	23
2.2. Ответы на «сложные» вопросы клиентов	26
2.3. Диагностика клиента	28
2.3.1. Показания и противопоказания к гипнотерапии	29
2.3.2. Психодиагностическое интервью	32
2.3.3. Базовые критерии для отсева в регрессивной гипнотерапии и влияние бизнес-модели на процесс гипноза	38
ТЕМА 3. ИНДУКЦИЯ И ГИПНОЗ	41
3.1. Краткая история гипноза	42
3.2. Основные понятия гипноза	46
3.3. Стадии и феномены гипноза	48
Конец ознакомительного фрагмента.	50

Гипноз и регрессивная гипнотерапия

Учебное пособие

Павел Авдеев

© Павел Авдеев, 2024

ISBN 978-5-0055-4650-0

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ОБ АВТОРЕ

Авдеев Павел Сергеевич – создатель обучающего YouTube канала SimplePsychology, а также когнитивной гештальт-терапии. Автор большого числа научных публикаций и обладатель нескольких дипломов с отличием. Автор книг «Психология лидерства» и книги, которую вы держите сейчас в руках. Дипломированный когнитивно-поведенческий терапевт, НЛП-практик, регрессивный гипнотерапевт, гештальт-терапевт, семейный психотерапевт, юнгианский аналитик, клинический психолог. Является членом редколлегии научного журнала «Гипноз в клинической и экспериментальной психологии». Периодически выступает с лекциями и демонстрациями по гипнозу в Московском государственном медицинском университете им. Сеченова, а также участвовал в подготовке телевизионных шоу, посвященных гипнозу на федеральном телеканале. Периодически проводит обучающие курсы по гипнотерапии, гештальт-терапии и другим направлениям.

ВВЕДЕНИЕ

Введение к данной книге будет не таким уж и радужным, ведь несмотря на то, что она посвящена полному рассмотрению практических аспектов регрессивной гипнотерапии от звонка клиента до оценки результатов работы, все же она никогда не сделает из вас настоящего психотерапевта. Не сделают из вас психотерапевта и различные недельные курсы, и семинары от «практиков» и даже сама практика не сопровождающаяся понимаем личности другого человека. Ведь стать настоящим психотерапевтом позволят вам только долгосрочные курсы и только в рамках глубинных направлений, которые помогут вам понять, что чувствует другой человек; как установить с ним контакт; как погрузиться в его внутренний мир и как совладать с тем внутренним грузом, который ваш клиент пронесит через всю свою жизнь. И этого понимания вы не добьетесь даже если будете годами пытаться применять один и тот же технический скрипт или разные его варианты к своим клиентам, что можно видеть на «старичках-гипнотизерах», которые по факту и способны лишь на то, чтобы «гипнотизировать» и демонстрировать свою личность, постоянно ставя ее во главу угла – место, которое на самом деле предназначено для клиента.

Но и на этом все не заканчивается. Ведь психотерапия – это не только знание и навыки, но и наличие определенных этических принципов и отношений к личности. Это стремление принимать другого человека в любых его проявлениях. Это возможность выдерживать его агрессию. Это правильные поступки вне зависимости от того повредят ли они вашему кошельку. К сожалению, многие современные гипнотерапевты не понимают этого, отдавая приоритет бизнесу и заработку – ценностям, на самом деле, далеким от психотерапии.

Но если после этих слов вы не испугались и продолжили читать дальше, то, готовьтесь к глубокому погружению, ведь перед вами первое русскоязычное пособие по регрессивной гипнотерапии, которое базируется на научном подходе и вбирает в себя наиболее эффективные техники работы с травмой на сегодняшний день.

Из учебника вы узнаете зачем в регрессивной гипнотерапии нужен гипноз и что делать с негипнабельными; как работает регрессия и почему у вас никогда не получится отыскать так называемое «ядро»; какие наиболее эффективные методы работы с психической травмой существуют на сегодняшний день; почему травма практически никогда очевидным образом не связана с симптомом. Книга предназначена как для новичков в гипнотерапии, так и для профессионалов, которые хотят обогатить свой арсенал и взглянуть на гипнотерапию по-новому.

Автор данного пособия очень надеется, что у него получилось в логичной и лаконичной форме изложить материал, следуя достаточно простой структуре. В первой главе вы познакомитесь с классической схемой регрессивной гипнотерапии, о которой вы возможно уже имеете представление если интересуетесь данной темой. Однако, первая глава не предназначена ни для чего более, чем просто дать вам общее понимание о том, как в общем виде выглядит регрессивная гипнотерапия и какие шаги в ней присутствуют. Следующие главы будут посвящены раскрытию каждого шага в регрессивной гипнотерапии: первичному контакту; гипнозу; регрессии; терапии травмы; анализу когнитивных схем. По сути, все эти главы будут направлены на то, чтобы показать вам, что регрессивная терапия в реальности практически никогда не выглядит, так как это показано в самой первой главе книги.

Также вы можете заметить, что книга получилась достаточно небольшой, так как задумывалась именно как практическое пособие, а, следовательно, внимание теории в ней уделено не так много. Это, однако, совершенно не значит, что теория не имеет решающего значения. Как раз, наоборот, минимализм теории в этой книге призван показать, что, если бы автор и попытался уложить всю необходимую информацию в данное пособие, вам бы пришлось потратить несколько лет на чтение. Ведь регрессивная гипнотерапия требует огромного объема

знаний, особенно в рамках глубинных направлений, таких как психоанализ и гештальт-терапия и, в намного меньшей степени, знаний теории условных рефлексов, которую так любят приплетать к гипнозу. Именно поэтому цель этого пособия – сформировать определенное общее представление о теоретических основах регрессивной гипнотерапии, исходя из которого, вы затем сможете самостоятельно продолжить разбирать наиболее интересные для вас темы, такие как: память и мозг; методы проработки травмы; теория диссоциации; незавершенные потребности и особенности переноса и т. д.

Важной частью этой книги является привнесение в регрессивную гипнотерапию большей научности, которая проявляется, например, в использовании техник, экспериментально доказавших свою эффективность, таких как экспозиционная терапия и рескриптинг. С другой стороны, мы постараемся отсеять профанационные взгляды, на подобии веры в прошлые жизни, которые сейчас встречаются повсеместно в среде гипнотерапевтов. Приятного вам чтения!

Литература

При составлении списка литературы я не ставил задачу указать все существующие книги по регрессивной терапии (хотя это было бы несложно, так как адекватных книг по этой теме не много). Скорее, я пытался обозначить ту литературу, которая повлияла на меня, а вам способна дать достаточный набор знаний для понимания общих теоретических и практических принципов в гипнотерапии, а также указал свои собственные публикации, которые, возможно, будут вам интересны после прочтения этой книги.

1. Spiegel H. Trance and treatment: clinical uses of hypnosis (здесь собраны все значимые исследования в области гипноза, как с позиции психологии, так и физиологии)

2. Авдеев П. С., Иванов Г. Ю. Применение экспозиционных техник в процессе глубинной психотерапии на примере регрессивной гипнотерапии. Гипноз в клинической и экспериментальной психологии. 2021. №1.

3. Авдеев П. С., Рябцев И. Г. Возрастная регрессия. Теоретические основы и практические аспекты применения Гипноз в клинической и экспериментальной психологии. 2021. №1.

4. Баарс Б. Когнитивная теория сознания (данная книга необходима для понимания того, как работает сознание, и что имеется в виду под «бессознательным»)

5. Баддли А., Айзенк М., Андерсон М. Память (эта книга поможет вникнуть в механизмы функционирования памяти, что необходимо для эффективного проведения регрессии)

6. Бессел ван дер Колк. Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть (данная книга посвящена механизмам психической травмы).

7. Брейер Й. Исследования истерии (это базовая книга от создателя психоанализа для всех, кто хочет вникнуть в психодинамическую психотерапию)

8. Жане П. Психический автоматизм (это базовая книга по регрессивной гипнотерапии, где изложены многие механизмы формирования травмы, а также ее исцеления с помощью гипноза).

9. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования (это один из примеров книг по основам психотерапии и психологического консультирования, вам совершенно необязательно читать именно ее, однако, как минимум, один из учебников по психологическому консультированию и психотерапии вам необходимо освоить перед началом собственной практики).

10. Линде Н. Д. Эмоционально-образная психотерапия (данную книгу стоит прочитать для овладения методом образной терапии в процессе регрессии).

11. Линн, Стивен Дж., Кириш, Ирвинг. Основы клинического гипноза: Доказательно-обоснованный подход (это базовая книга по психотерапии с помощью гипноза, где

изложены основные научные исследования в этом направлении; в ней вы найдете много информации о том, как гипноз связан с нашей памятью).

12. Рафаэли Э., Бернштейн Д. Ф., Янг Дж. Схема-терапия. Отличительные особенности (эта книга поможет вам овладеть методом рескриптинга в гипнотерапии).

13. Сапольски Р. Биология добра и зла. Как наука объясняет наши поступки (эта книга позволит вам понять как психическая травма связана со стрессом).

14. Уотерфилд Р. Гипноз. Скрытые глубины (данная книга позволит вам вникнуть в историю гипнозу).

15. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса (теория когнитивного диссонанса – это величайшая теория в психологии в целом, ее обязан знать каждый).

16. Хант М. История психологии (данная книга является базовой для изучения истории психологии).

17. Элман Д. Гипнотерапия (на данный момент, это одно из немногих пособий по регрессивной гипнотерапии в рамках классического гипноза, помимо того, которое вы держите сейчас в руках).

ТЕМА 1. КЛАССИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕГРЕССИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Следуя законом эффективного обучения, имеет смысл перед освоением какой-то темы увидеть ее краткое изложение и понять общую картину, а уже потом вдаваться в частности и нюансы. Именно для этой цели и была написана данная глава. В ней вы познакомитесь с краткой историей регрессивной гипнотерапии и основными понятиями данного направления. В ней также описан пошаговый процесс регрессивной гипнотерапии и приведен пример типичного сеанса регрессивной гипнотерапии, который характерен для многих современных школ гипноза. Таким образом вы сможете сформировать для себя общее представление о том, как выглядит регрессивная терапия на практике. Хотя уже скоро вы узнаете, что реальность далека от тех представлений, что нам демонстрируют гипнотизеры. Зато, уже после прочтения этой главы вы сможете использовать описанный в ней скрипт на практике, хотя бы для того, чтобы понять, как регрессивная терапия проходит на самом деле, а также для того, чтобы в процессе такой практики у вас появились действительно значимые вопросы, с которыми мы и постараемся разобраться в следующих главах.

1.1. Краткая история регрессивной гипнотерапии

Регрессивная гипнотерапия – это психодинамическое направление психотерапии, в основе которой лежит представление о психической травме как причине любого невроза (стоит отметить, что термин «невроз» уже не используется в медицине, однако, до сих пор занимает своё место для обозначения психологических проблем в психотерапии, так что и мы будем его использовать для обозначения всей совокупности поведенческих и эмоциональных проблем, с которыми к вам могут прийти на консультацию). Хотя гипнотерапия сама по себе имеет историю, уходящую в далекое прошлое, отдельный ее вид – регрессивная гипнотерапия – не так богат своими теориями и концепция и, по сути, до сих пор зиждется на работах двух своих создателей: Йозефа Брейера и Пьера Жане. Эти авторы заложили теоретические основы регрессивной гипнотерапии, в то время как большинство современных нововведений в этом направлении касаются лишь практики и отдельных технических приемов. Однако, для полноты картины мы постараемся рассмотреть основные вехи в развитии регрессивной гипнотерапии.

Терапия реинтеграцией Пьера Жане (1859—1947). Пьер Жане был психиатром и поэтому изначально работал с больными людьми, которым тогда приписывали диагноз «Истерия». И именно исходя из этого факта и из того, что истерики являются наиболее гипнабельными личностями он связывал гипноз с болезнью и утверждал, что психотравма может нанести вред именно таким людям из-за слабости их личности.

Сегодня вопрос о связи «истеричности» и гипнабельности находится под большим вопросом, так как во времена Жане, под «истерией» понималось совсем не то, что под ней понимается сейчас. А говоря о связи вообще каких-либо личностных особенностей с гипнабельностью, таковых в рамках исследований найдено практически не было. Так что вряд ли вы сможете угадать гипнабелен человек или нет, просто взглянув на него, каким бы мастером гипноза вы не были

Так вот Пьер Жане проводил множество экспериментов с гипнозом на своих истерических пациентках и обнаружил, что многие его внушения пациентки выполняют без какого-либо осознания и воли. Например, он часто применял процедуру автоматического письма, когда рука пациентки как бы сама писала от лица ее подсознания. И вполне возможно было провести такой опыт, когда пациентке внушалась анестезия и сознательно она не выражала никакой боли, однако, как только вопрос об ощущениях задавался бессознательному, пациентка через автоматическое письмо указывала, что чувствуют боль. Или, например, пациентке можно было дать постгипнотическое внушение в стиле, «как только откроешь глаза тебе захочется выйти на улицу и открыть зонт». И пациентка действительно это делала, однако, когда у нее спрашивали зачем, она открыла зонт, та оправдывалась утверждая, что собирается дождь, хотя на небе не было ни облачка.

На основе таких экспериментов Жане сделал вывод о существовании бессознательной жизни в психике людей. А внушение служило своего рода идеей, которая функционирует в обход сознания и контролирует психическую жизнь пациентки. При этом на психические симптомы он смотрел, точно также, узнавая в них такие же неосознанные процессы, которые охватывают большое сознание и выражаются в виде различных действий типа припадков, конвульсий, галлюцинаций и чего угодно еще. Подобные действия, идущие в обход нашего сознания, он и назвал психическими автоматизмами. И также как в основе гипнотических феноменов лежат идеи, порожденные внушением, также, как он думал, и в основе болезненных автоматизмов лежат какие-то идеи.

Его исследование привело к тому, что эти идеи зарождаются в психике человека в момент психологической травмы. Так две его истерические пациентки – Люси и Леони – имели множественные личности. В обоих случаях путем гипноза Жане нашел, что первопричиной был шок в детстве.

Отсюда он вывел свою теорию психической травмы. Он рассматривал психику как совокупность определенных процессов и идей. При этом разные люди обладают возможностью в разной степени интегрировать все эти процессы и всё психическое содержание в единое целое. Такую способность Жане назвал интегративной функцией Эго.

Так вот он заявил, что у истериков и гипнабельных личностей интегративная функция Эго достаточно слабая, поэтому в результате любого стресса их психика распадается, а то или иное содержание опыта просто вытесняется. Хотя термин «вытеснение» был введен лишь позже Зигмундом Фрейдом, в то время как Жане применял именно первоначальный термин, который сейчас и используется в когнитивной науке, говоря о **диссоциации** и определяя ее как вынесение тех или иных элементов опыта из поля сознания, когда они начинают функционировать самостоятельно и независимо от воли человека.

Свою же терапию, он назвал терапией реинтеграцией, и построил ее на том, чтобы вновь интегрировать диссоциированный материал в сознание. В процессе психотерапии Жане с помощью наводящих вопросов подводил пациента к воспоминанию диссоциированной травматической ситуации. Затем, и это то, что отличало именно подход Жане, он работал с фиксированной идеей и делал это по большому счету когнитивно.

Например, однажды к нему поступила женщина 40 лет, которая испытывала сильный страх заразиться холерой. Ее приступы, сопровождались рвотой и криками в стиле «Холера придет и заберет меня!», о которых она впоследствии не помнила.

Так как фиксированная идея для Жане это не просто какая-то мысль, а целостный комплекс различных ощущений и восприятий, Жане и работал с тем, чтобы расформировать его. Например, он мог менять содержание травматической ситуации, он мог регулировать различные параметры восприятия воспоминания, например, изменив цветность картинки или звук, примерно так как сейчас делают представители НЛП или он мог изменить эмоциональное значение происходящего.

Так, данной женщине предлагалось по слогам произносить слово «Хо Ле Ра», при этом Жане внушал что это имя китайского императора. И клиентка выздоровела...

Был и другой случай, когда Жане работал с молодым человеком по имени Ахиллес (точнее, Ахиллес – это псевдоним того пациента, который закрепился за ним на многие годы), который впал в депрессию из-за того, что изменил своей жене. Ахиллес заявлял, что тогда в него вселился сам дьявол.

Жане, загипнотизировав пациента стал беседовать с Дьяволом отдавая ему различные приказы, которые дьявол с готовностью выполнял. Затем Жане подстроил ему ловушку и заставил уснуть, после чего мог свободно говорить с личностью пациента. Тогда Жане и узнал причину страданий и внушил пациенту, что жена простила его. Пациент выздоровел и в течении 8 лет не имел никаких рецидивов.

Теория гипноидных состояний Йозефа Брейера (1842—1925). Параллельно с Пьером Жане идеи психоанализа и вытеснения развивал другой ученый – Йозеф Брейер. В целом его концепция сходна с представлениями Жане, однако, есть одно важное отличие. Брейер приписывал возможность психической травмы не особенностям личности, а тем состояниям, в которых находится человек. Такие состояния Брейер называл гипноидными. Гипноидные состояния возникают либо в ситуациях сильного аффекта, либо, наоборот, полнейшего покоя. В эти моменты проявляет себя и феномен диссоциации, и любая идея, попавшая в разум человека, находящегося в таком состоянии, остается там навсегда, что и порождает невроз

Помимо этого, Брейер разработал психодинамическую теорию и теорию влечений, при этом он не выдумывал никакой сексуальной энергии как это делал Фрейд, а говорил о психической энергии, что является вполне правомерным термином. По сути, его психодинамическая теория во многом подтверждается теорией доминанты А. А. Ухтомского.

Йозеф Брейер также считается родоначальником метода катарсиса, при котором индивид должен не только вспомнить, но и эмоционально отреагировать диссоциированное событие.

Наконец, он обозначил что для получения доступа к воспоминанию необходимо вызвать схожее состояние с тем при котором оно образовалось, т.е. необходимо ввести человека в гипноз. Именно поэтому регрессивная терапия в разы эффективнее любой другой динамической терапии.

Пьер Жане и Йозеф Брейер являются родоначальниками теории травматической диссоциации, хотя для большинства людей более знаком термин «вытеснение». Однако уже сейчас этим термином психологи практически не пользуются. А для описания травматического процесса как раз-таки применяется понятие диссоциации. Дальнейшее же развитие регрессивной гипнотерапии шло либо по когнитивному пути П. Жане, либо в рамках психодинамического подхода Йозефа Брейера. И вот некоторые из таких ответвлений.

Когнитивная регрессивная гипнотерапия Дэвида Лессера. Одним из ответвлений регрессивной гипнотерапии стала когнитивная регрессивная гипнотерапия, создателем которой является Дэвид Лессер.

Дэвид Лессер обнаружил, что не всегда бывает достаточно отыскать травматическое событие в памяти больного и вызвать тем самым катарсис, ведь мышление человека во многих случаях остается прежним, а значит и вести он себя будет по-прежнему. Тогда Лессер решил ввести в гипнотерапию когнитивный компонент. Он стал анализировать цепочки травматических событий и выявлять те убеждения, которые были на основе них сформированы. Далее он помогает клиенту выявить логические ошибки, которые лежат в основе этих убеждений, тем самым заменяя их на более адаптивные. Так появилась когнитивная регрессивная терапия, которую его последователи называли Лассерианской терапией.

Регрессивная гипнотерапия частей Эдвина Ягера. Другой вариацией регрессивной терапии, стала терапия частей при регрессии. Саму терапию частей разработал Чарльз Теббетс, позаимствовав идею из гештальт-терапии. Он предположил, что множество наших проблем базируются на внутренних конфликтах, а в этих конфликтах участвуют части нашей личности. Например, человек может с одной стороны хотеть курить, а с другой стороны хотеть бросить. В этой ситуации можно выделить две очевидные части личности, которые находятся в противоборстве. Для того, чтобы избавиться от проблемы, необходимо провести переговоры между частями и помирить их, как бы направить их в общее русло на достижение единой цели. Это и делается в терапии посредством гипноза, а сама терапия имеет название терапии частей

Уже позже Эдвин Ягер дорабатывает терапию частей и интегрирует ее в регрессивную терапию. Он предположил, что проблемная часть существует не просто сейчас, но она образовалась когда-то в прошлом, как бы откололась от целостной личности. То есть произошло то, что мы уже ранее называли диссоциацией. Если же найти этот момент в памяти и переобучить проблемную часть, клиент обретет здоровье.

На сегодняшний день любые подходы с позиции частей личности достаточно часто критикует в психологии, так как вместо желаемой интеграции личности клиента в единое целое, они, наоборот, приводят к большей диссоциации, заставляя клиента верить, что в нем живут разные люди (типичный пример – «Родитель», «Взрослый» и «Ребенок» в транзактном анализе). По факту же, когда научные психологи говорят о частях личности они имеют в виду не других людей, живущих в вашей голове,

а просто совокупность диссоциированных реакций, так что понятие частей личности кажется избыточным

Например, ребенок которого в детстве покусала собака научился бояться собак, и теперь этот страх оказывает влияние на его жизнь, даже если он не помнит первоначального события. Происходит это потому, что в тот момент появилась часть личности, которая приняла убеждение, что необходимо бояться собак, и она будет продолжать это делать пока не произойдет переучивания и пока она не воспримет новую информацию обретая иное видение ситуации.

Гипноз же позволяет получить доступ к амнезированной событию и переобучить скрытую часть личности. Сам Ягер предлагает использовать для этого любые техники в том числе и техники когнитивной терапии, однако он сам обычно использует применение взгляда на ситуацию с позиции взрослого.

5-PATH-therapy Кэла Беньяна. Пиком развития регрессивной терапии на сегодня стала пятиступенчатая терапия Кэла Беньяна и его коллег. Именно она является одним из наиболее популярных тренингов за рубежом. Кэл Беньян интегрировал различные аспекты регрессивной терапии в единое направление. Теперь регрессивная терапия имеет как эмоциональный, так и когнитивный аспекты, а также подразумевает работу с частями.

Например, если клиент имеет обычную проблему, достаточно, что-то вспомнить и переосмыслить, но если он вспоминает ситуацию, куда были вовлечены другие люди, то проводится работа с частями в виде процедуры прощения, где клиент прощает своего обидчика, а затем и самого себя. Правда, такое прощение базируется скорее на религии, чем на научных данных, что и сказывается на эффективности, так как навязанное прощение может отвергаться глубинными установками клиента.

В целом данное направление не несет в себе ничего нового кроме скриптового описания способов работы с различными типами проблем, а эффективность 5-path является достаточно сомнительной.

Регрессивная гипнотерапия полноты сознания Йоргена Рассмусена. Один из современных гипнотерапевтов Йорген Рассмусен интегрировал терапию полноты сознания в регрессивную терапию. Цель психотерапевта – не менять представления и убеждения внутри диссоциированной ситуации, которую вспоминает клиент, а помочь ему отнестись к ней нейтрально. В процессе терапии он позволяет всплывать всем травматическим событиям и негативным мыслям, но при этом клиент должен относиться к ним безоценочно, что позволяет избавиться от негативных эмоций, а, следовательно, и от проблемы.

Гештальт-гипнотерапия. Гештальт-гипнотерапия это одна из разработок автора данной книги, которая состоит в совмещении гештальт-терапии и гипнотерапии. В частности, здесь применяются особые способы выявления проблемных чувств через анализ защитных механизмов, а также иные методы работы с травмой в гипнозе, заимствованные из гештальт-терапии.

Конечно, этим не ограничиваются все вариации и разделы регрессивной гипнотерапии, однако, дальнейшее рассмотрение приведет лишь к углублению, в частности, в то время как суть регрессивной гипнотерапии в любой вариации будет оставаться той же – погрузить человека в гипноз и отыскать травму с помощью регрессии, чтобы, затем, проработать ее.

1.2. Процесс регрессивной гипнотерапии

Первая тема нашей книги будет посвящена созданию общего представления о процессе регрессивной гипнотерапии, к чему мы и приступим. Так вот регрессивная гипнотерапия обычно включает в себя следующие этапы работы.



– **Диагностика: выявление противопоказаний и оценка готовности клиента к гипнотерапии.** Работа с клиентом начинается с момента его обращения. На этом этапе важно установить первичный контакт, создать доверие и надежду на результат. При этом мы осуществляем отсев клиентов по противопоказаниям, отсутствию мотивации, отсутствию реальной проблемы, низкой гипнабельности.

– **Индукция гипнотического состояния на уровне, который соответствует данному клиенту.** После того, как мы продиагностировали клиента и поняли, что он пригоден для терапии, мы наводим гипнотический транс одним из вариантов индукции. Индукция может включать или не включать тесты на уровень погружения и гипнабельности в зависимости от наших целей.

– **Регрессия: актуализация процесса свободных ассоциаций и воспоминаний для поиска травмы.** После наведения трансa наша работа состоит в актуализации воспоминаний клиента путем применения техники регрессии. Чем выше гипнабельность, тем более директивные техники регрессии мы можем использовать.

– **Проработка травмы и отбор методов терапии для данного клиента: катарсис; эмоционально-образная терапия; экспозиционная психотерапия и др.** Если регрессия позволила нам отыскать психическую травму, мы приступаем к терапии травмы с помощью: экспозиционной психотерапии; катарсиса; когнитивной реструктуризации; эмоционально-образной терапии или любого другого метода, который вы обычно используете. Выбор метода зависит от отклика клиента.

– **Прогрессия.** Если травма проработана успешно, о чем нам говорит отсутствие на нее эмоционального отклика у клиента, мы осуществляем прогрессию с момента травмы в текущий момент и в будущее. Если на каких-то этапах возникают проблемы, мы снова приходим к терапии травмы.

– **Коррекция мышления.** После терапии травмы мы также просим человека произвести переоценку прошлого опыта и сформировать новые убеждения, применив их к своей текущей жизни.

– **Оценка результата и формирование нового запроса.** После сеанса гипнотерапии мы предлагаем клиенту представить проблемную ситуацию без гипноза и оценить эмоциональный отклик. Если клиент не испытывает прежних негативных эмоций, то мы отправляем его в реальную жизнь, где он уже достоверно оценивает результат терапии. Если проблемное чувство исчезло – терапию можно считать успешной. Если чувство сменилось на другое (например, страх на стыд) или снизилась его интенсивность – имеет смысл продолжать терапию. Если ничего не поменялось – терапию стоит считать неэффективной.

Длительность терапии может быть абсолютно различной для разных типов клиентов, но обычно от одного до двадцати сеансов. Работать более двадцати сеансов с одним и тем же запросом – непродуктивно и стоит отправить человека к другому специалисту, либо использовать иной метод.

1.3. Типичный сеанс классической регрессивной гипнотерапии

В данном разделе мы приведем общий пример схемы сеанса регрессивной гипнотерапии, которая сейчас пропагандируется во многих современных школах регрессивного гипноза типа OMNI и 5-path. Надо заметить, что такая схема малоприменима на практике, однако, вам, на начальном этапе, она поможет сформировать общее представление о том, как выглядит данное направление психологической практики.

Индукция. Сеанс регрессивной гипнотерапии начинается с индукции гипнотического состояния. Чаще всего используется индукция Элмана или ее модифицированные вариации. И, по большому счету, индукция Элмана в меньшей степени является настоящей индукцией и в большей степени уловкой, которая позволяет убедить клиента, что он находится в гипнозе, а также протестировать его на гипнотические феномены, типа каталепсии и амнезии (данные термины могут быть вам сейчас непонятны, но мы подробно разберем их в разделе, посвященном гипнозу).

(Текст индукции Дэйва Элмана в переводе Юлии Пал)

Сделайте медленный глубокий вдох и задержите дыхание на секунду. Выдохните и закройте глаза. Отпустите напряжение мышц, просто позвольте своему телу расслабиться настолько, насколько это возможно в эту минуту.

А сейчас, переведите свое внимание на мышцы глаз и век и расслабьте их так, чтобы они перестали работать. Когда вы будете уверены, что они расслаблены настолько, что не смогут работать до тех пор, пока вы поддерживаете это расслабление, протестируйте их – докажите себе, что ваши веки не работают... Достаточно, перестаньте тестировать.

Теперь, я хочу, чтобы тот уровень расслабления, который вы достигли на веках глаз, вы распространили по всему телу. Итак, просто пошлите волну расслабления по всему телу – от макушки головы до кончиков пальцев ног.

Сейчас мы углубим это расслабление во много раз. Через несколько секунд я попрошу вас открыть и закрыть глаза. Когда вы закроете глаза – это будет сигналом позволить вашему расслаблению усилиться в 10 раз. Вы сможете сделать это очень легко, вам только нужно захотеть, чтобы это случилось. Итак, сейчас, откройте свои глаза.... Закройте их и почувствуйте, что это расслабление растекается по вашему телу и расслабляет вас больше и больше. Используйте свое замечательное воображение и представьте, что все ваше тело покрыто и завернуто в теплое одеяло расслабления.

Давайте сделаем это расслабление еще более глубоким. Через несколько секунд я попрошу вас открыть и закрыть глаза еще раз. Когда вы закроете глаза, удвойте расслабление, которое уже присутствует в вашем теле. Углубите его в два раза. Хорошо, еще раз, откройте свои глаза, закройте их и удвойте свое расслабление... хорошо. Позвольте каждой мышце в вашем теле расслабиться настолько, что они просто перестанут работать до тех пор, пока вы позволяете это расслабление.

Через несколько секунд я хочу, чтобы вы открыли и закрыли глаза еще раз. Когда вы закроете глаза, снова удвойте расслабление, присутствующее в вашем теле. Сделайте его вдвое более глубоким. Хорошо, сейчас откройте... и закройте глаза. Закройте свои глаза и удвойте расслабление... хорошо. Позвольте каждой мышце вашего тела расслабиться настолько, что никакая мышца вашего тела не будет работать до тех пор, пока вы позволяете себе этот уровень расслабления.

Через несколько секунд я приподниму вашу правую руку за запястье и позволю ей свободно упасть. Если вы следовали моим указаниям до этого времени, ваша рука будет такой расслабленной, что она просто безвольно упадет вниз (как рука тряпичной куклы). Прошу

вас, не пытайтесь мне помогать, потому что тогда вам придется убрать расслабление. Позвольте мне поднять вашу руку, и когда я отпущу ее, она просто упадет вниз, и вы позволите себе расслабиться еще больше.

Классическую индукцию Элмана, тяжело назвать индукцией в прямом смысле слова. Скорее это набор инструкций с хитрыми формулировками в стиле «Расслабь глаза настолько, что они просто не смогут открыться и как только будешь уверен, что сделал это, пробуй открыть глаза», выполнение которых никак не говорит о наличии гипнотического транса, но зато позволяют убедить зрителей и клиента в том, что последний находится в гипнозе, а также надрессировать его на выполнение последующих инструкций

(Если субъект помогает поднять руку, скажите: «Нет, позвольте мне поднять вашу руку. Не помогайте мне. Позвольте ей стать тяжелой. Вы почувствуете, когда она станет такой.»)

Замечательно! Вот это – полная физическая релаксация. Вы знаете, существует два вида расслабления. Вы можете расслабиться физически, и вы можете расслабиться умственно. Вы уже доказали себе, что вы можете расслабиться физически. А сейчас позвольте мне вам показать, как можно расслабиться умственно.

Через несколько секунд я попрошу вас начать медленно считать вслух в обратном порядке, начиная с цифры 100. Вот секрет умственного расслабления: с каждой цифрой, которую вы произносите, удвойте свое умственное расслабление. С каждой цифрой, которую вы произносите, позвольте своему уму расслабиться в два раза больше. И если вы будете следовать этим указаниям, когда вы достигните числа 98 или даже раньше, ваш ум настолько хорошо расслабится, что вам будет все сложнее и сложнее вспоминать каждое следующее число. Только вы должны сделать это сами, я не могу сделать это за вас. Просто позвольте этим цифрам уйти, раствориться. Итак, начинайте считать с идеей, что вы легко можете расслабить их из вашего ума.

Г: Скажите первую цифру 100 и удвойте умственное расслабление.

К: 100.

Г: Удвойте умственное расслабление, начните отпускать эти цифры. Пусть они растворяются, уплывают...

К: 99.

Г: Удвойте ваше умственное расслабление. Пусть они начнут от вас уходить, они вам больше не нужны.

К: 98

Г: Пусть они уйдут. Растворите их. Пусть они исчезнут. Позвольте этому случиться, вы можете сделать это, я не могу сделать это за вас. Растворите их. Дайте этому случиться. Все ушли?

К: Да.

Погружение в ситуацию. Далее наша задача состоит в актуализации проблемного чувства, через которое мы затем будем делать регрессию, а для этого имеет смысл смоделировать текущую ситуацию, в которой клиент испытывает свой симптом или просто попросить клиента вспомнить недавнюю ситуацию, где этот симптом проявлялся наиболее ярко.

И сейчас я попрошу тебя представить недавнюю ситуацию из прошлого, где ты чувствовал гнев/обиду/вину (слово выбираются в зависимости от результатов диагностики). Да, ты там и тогда, видишь, слышишь и чувствуешь, все, что было тогда. Опиши что происходит... Да, и когда это происходит, что чувствуешь, где это в теле? Позволь этому чувству становиться сильнее и больше.

Регрессия. Актуализированное негативное чувство позволяет нам запустить поток ассоциаций и отыскать травматическое событие, связанное с ним. Для этого и используется техника регрессии в виде различных формулировок внушений, направленных на воспоминание ситуаций из прошлого.

Я досчитаю до трех, и ты мысленно войдешь внутрь этого чувства. Один. Мысли, образы, звуки все превращается в ощущение дискомфорта, которое ты испытываешь всякий раз, когда чувствуешь (назвать проблему). Два. Входил в это напряжение, мой голос рядом, ты в безопасности. Движешься к центру дискомфорта. Тело уменьшается, а чувство растет. Концентрируешься и вспоминаешь более раннюю ситуацию где ты испытывал это чувство. Три (хлопок в ладоши). Ты там и тогда! Ты один или есть кто-то рядом? Что происходит? Что бросается в глаза? Какие мысли приходят на ум?

Ты там и тогда (маленький), чувство в этой ситуации новое или знакомое? (Если ответ знакомое). Тогда снова находишь центр этого чувства, позволяешь ему становиться сильнее и больше и по счету три находишь более раннюю ситуацию, связанную с этим чувством! Раз... Два... Три! (выполняется до того, пока человек не скажет, что ситуация «новая» – это будет показателем для нас, что мы нашли «ядро» травмы).

Абреакция. Как только базовая травма найдена, нам необходимо провести ее терапию. В классическом варианте используется так называемая абреакция или катарсис, хотя чаще, проработка скорее сводится к экспозиционной терапии, когда человек вновь и вновь проживает негативные чувства в травматической ситуации до момента их угасания.

Да ты там и тогда, в этой ситуации. Ощути, что у тебя в теле. Ты как губка впитал эту дурную энергию, позволь теперь всему лишнему покидать свои тело и разум! Хочешь кричать – кричи, хочешь бить – бей. В первую очередь вырази все самое иррациональное, неприемлемое, неправильное. Тем самым избавляешься от корней проблемы. Точно также вынимаешь занозу из пальца, чтобы позволить ране зажить. Снова и снова возвращаешься в это событие, уже воспринимая его по-новому.

Переосмысление. В классическом варианте также производится формальная когнитивная терапия на основе тех убеждений и мыслей, которые человек вынес из травматической ситуации.

По мере выхода дискомфорта, крепнет и ширится новое понимание происходящего. Ты в состоянии охватить всю картину целиком, осознать ложность тех представлений, которые ты усвоил когда-то, когда не имел возможности посмотреть на себя со стороны. Да и теперь с новыми чувствами посмотри и на ситуацию по-новому. Какие мысли приходят на ум, что думаешь о себе, о других о мире?

Эмоциональный тест. Понять имеет ли смысл наша работа с травмой мы можем только по изменению эмоционального отклика клиента на травматическую ситуацию. На первичном этапе для оценки отклика мы используем воображение клиента.

Возвращаешься в ситуацию. Опиши, как себя чувствуешь? (если чувство уменьшилось или не изменилось, повторяем предыдущий шаг, если чувство исчезло, как и должно, идем дальше).

Прогрессия. Далее мы делаем временную прогрессию для выявления иных возможных препятствий.

Теперь позволь себе впитать эти новые ощущения, новые выводы, новые ресурсы и начини расти вверх, пронося их через все те ситуации, которые ты вспоминал. У тебя есть все необходимое на это время. И как только будешь готов скажи мне, получается или нет пройти через все воспоминания по-новому? (если получается и человек приходит в здесь и сейчас – все отлично, если нет – повторяем абреакцию и переосмысление в тех ситуациях, где наблюдается затык)

Проверка результата. Наконец мы проводим финальную оценку эмоционального отклика уже в текущей проблемной ситуации.

Вернись в недавнюю ситуацию, где испытывал сложности и опиши что чувствуешь? Теперь представь, что тебе придется делать тоже самое в будущем, что чувствуешь?

Это было лишь формализованное описание типичного сеанса регрессивной гипнотерапии. Подобный формат с небольшими видоизменениями крайне распространен как у нас, так и за рубежом, однако, его эффективность достаточно часто оставляет сомнения, в чем вы сами убедитесь, как только попытаетесь начитать подобный текст своему первому клиенту. Большая часть клиентов будет открывать глаза уже на первом этапе индукции, когда вы делаете внушение на тяжесть и неподконтрольность век. Половина из тех, кто все же прошел данный этап, так и не смогут ничего вспомнить по вашей команде. Ну а половина из тех, кто вспомнил травму, не будут выражать никаких чувств по этому поводу, чем срубят все ваши усилия как терапевта на корню. И это лишь малая часть проблем, с которыми вы можете встретиться в процессе регрессивной гипнотерапии. Ну а тому, как решать подобные проблемы и посвящена наша книга. Далее мы будем подробнее рассматривать каждый из шагов регрессивной гипнотерапии, и покажем, как она работает на самом деле и какие нюансы в ее исполнении существуют.

Домашнее задание

– Подумайте какие этапы в тексте классического сеанса являются обязательными, а без каких можно обойтись?

– Используйте данный скрипт с реальным клиентом. Оцените, чем отличается реальность от формального скрипта.

– Подумайте над стратегией продвижение. Какие конкретно запросы и каких клиентов вы хотите видеть у себя на сеансах. Подумайте над тем, как можно продвигать таким клиентам свои услуги и какие установки им необходимо привить перед самым сеансом.

Что такое РЕГРЕССИВНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ и как она проходит?

[Психотерапия #45]

<https://youtu.be/mhCOdUqY-4>

Регрессивная гипнотерапия OMNI и магический гипноз Джеральда Кейна (Gerald Kein)

<https://youtu.be/GvZ-Tjyjmp0>

ТЕМА 2. ПЕРВИЧНЫЙ КОНТАКТ И ДИАГНОСТИКА КЛИЕНТА

Первичный контакт направлен на краткое ознакомление с проблемой клиента, введение клиента в курс дела и объяснение содержания процесса гипнотерапии, выяснение ожиданий и развенчание мифов.

При первичном контакте, важно вкратце выяснить какой запрос у клиента и вызывает ли он эмоциональный отклик (*«Какой у вас запрос? В каких ситуациях это проявляется? Когда это происходит, что чувствуете? Что происходит в теле?»*). Далее объяснить подходит ли данный запрос для гипнотерапии или нет, и, если нет, то почему (возможно направить к иному специалисту).

Эффективность многих современных частных гипнотерапевтов определяется не тем, что они способны исцелить большое количество клиентов, а тем, что они умеют правильно отсеивать неподходящих и привлекать наиболее подходящих клиентов для гипнотерапии

Важно прояснить ожидания клиента по поводу гипнотерапии, что особенно касается мифов и ожиданий по поводу количества сеансов. Необходимо объяснить, что мы не даем волшебных внушений, а занимаемся поиском травмы. Такой поиск может занять определенное количество времени в зависимости от степени гипнабельности клиента. Травмы убираем слой за слоем пока не доберемся до самой сути.

Важно выяснить социальное положение клиента, возможности оплаты (опять же в перспективе нескольких сеансов). При этом нельзя договариваться об «особых» условиях в стиле обмена услугами или скидок. Важно понять, может ли клиент периодически вас посещать (часто клиенты приезжают ненадолго из других городов и готовы попасть лишь на один сеанс).

Важно объяснить сеттинг и ситуацию (*«Давайте будем на «Ты», Сеансы проводятся там то и там то, приходит надо в свободной спортивной одежде, хорошо выспавшимся и отдохнувшим, стараться не употреблять перед сеансом кофе, в состоянии алкогольного опьянения приходит запрещено, даю такие-то гарантии и др.»*). Желательно, чтобы клиент заполнил информированное согласие. Необходимо спросить у клиента есть ли у него дополнительные вопросы и ответить на них.

Первичный контакт и подготовка клиента

1

Описание проблемы

- Какой запрос?
- Наблюдаетесь ли вы у врача?
- Когда началась проблема?

2

Описание условий

- Стоимость, место и время, длительность, условия возврата денег

3

Подготовка клиента

- Рассчитывайте на ряд сессий
- Противопоказания к гипнозу
- Отказ от возбуждающих препаратов
- Удобная одежда



По скайпу

- Хороший интернет
- Сносная камера
- Хороший микрофон
- Правильное расположение всего этого

SimplePsychology



2.1. Создание установки на гипноз

Половина вашего успеха при процессе гипнотизации будет зависеть от установок и готовности гипнотизируемых субъектов. Клиенты должны быть настроены на гипноз, оказывать вам доверие и быть готовыми к следованию внушениям. Они должны верить, что гипноз работает, и, в частности, работает на них. Если человек относится к гипнозу критически или не доверяет вам, то ничего хорошего из такой работы не выйдет. Для того, чтобы свести к минимуму такую возможность мы и используем приемы создания установки. Среди таких приемов можно выделить следующие.

1. Внешнее информирование. Дело в том, что гипноз начинается еще до вашей встречи с клиентом. Так или иначе гипнотик уже до вас имеет те или иные представления о гипнозе и, скорее всего, о вас. В зависимости от того каковы будут эти представления будет определяться и ваша возможность гипноза человека. В целом такие представления можно поделить на два типа – это убеждение в том, что гипноз работает и что гипноз не работает. И очевидно, что в первом случае шансов на гипноз будет намного больше. Причем заметьте, представления о том хорошее ли это явление гипноз или он несет в себе опасность имеют намного меньшее значение. Например, если человек будет считать, что гипноз – это что-то страшное, что способно подавить его волю, то это все равно сыграет вам на руку, потому что он все равно будет верить, что гипноз работает. Для эксплуатации данного фактора используются различные источники внешнего информирования: телевидение (передачи, где гипнотизер показывает чудеса), интернет, научные статьи (доказывающие эффективность гипноза), видеоролики. Таким образом, через все источники информации стоит убеждать субъекта, что гипноз работает. В идеале, необходимо иметь реальные отзывы и конкретно о вашей работе.

2. Внешние атрибуты гипнотизера. Гипнотизер должен выглядеть идеально, что повышает его ранг в группе в целом. Другой вопрос, что гипнотизер может использовать различные атрибуты, связанные с установками субъекта. Например, если к вам на терапию пришел бизнесмен, то лучше одеться в смокинг, а вот если вы гипнотизируете сборище эзотериков, то стоит задуматься о скипетре и шляпе с пером. То есть ваш наряд должен подкреплять установки гипнотика, с помощью него вы должны вливаться в целевую социальную группу. То же касается и внешних атрибутов. С одной стороны, вы можете организовать кабинет делового человека, а с другой стороны комнату для сеансов медиумизма. И то, и то может быть эффективно, но в зависимости, от аудитории, которая к вам приходит.

3. Состояние гипнотизера. Существует миф, что гипнотизер обладает какими-то сверхъестественными способностями, у него есть магнетический взгляд и он способен читать ваши мысли. Нет, это совершенно не так. А миф этот пошел со времен Месмера, который заявлял, что только он и возможно его ученики обладают властью над гипнотическим флюидом. Правда вскоре исследования показали, что никакого гипнотического флюида нет и в помине, что, конечно, не изменило картину мира обывателя, верящего в чудеса. Сейчас же люди также склонны приписывать гипнотизеру различные способности по разным причинам. В основном они просто делают неверные атрибуции на основе своих убеждений и опыта.

Существует и другой почти миф по поводу гипнотизера. То, что он должен обладать безусловной внутренней уверенностью и особым внутренним состоянием. И это именно миф, ведь важно только ваше внешнее поведение, т.е. то, что вы демонстрируете своему гипнотику. И если вас трясет от страха и ломается голос, то, конечно, никто у вас в гипноз не войдет, просто потому что такое поведение неконгруэнтно, и оно не способствует фиксации внимания, а наоборот включает критику. Однако, если у вас сердце уйдет в пятки, но вы этого никак и ничем не продемонстрируете – это никак не повлияет на процесс гипнотизации. То есть

важно то насколько хорошо вы разыгрываете свою роль. Правда следует понимать, что не каждый способен подавить в себе внутренние сомнения.

4. Ситуация. В целом ситуации гипноза можно поделить по двум признакам: по назначению гипноза, например, терапевтическая ситуация, эстрадное выступление, улица, съемки, анестезия при операциях и т. д. и по количеству людей, где может быть один человек, а может быть несколько или много. В последнем случае, как мы уже говорили, большое количество людей может как положительно, так и отрицательно повлиять на внушаемость субъекта. Если вся группа вас поддерживает, то и внушаемость в разы повысится, если же хоть один человек из группы против вас, то внушаемость резко упадет. Поэтому в ситуациях, где много людей надо создавать видимость принятия внушений у всей группы, т.е. как минимум попросить каждого закрыть глаза в процессе гипнотизации, чтобы каждый думал, что и у остальных все получается, а также сразу пресекать сопротивление кого-либо, например, удалив данного человека из кабинета. Если же мы разбираем гипноз по целям, то здесь внушаемость людей будет отличаться. Самая низкая внушаемость будет на улице. Ну, потому что, с чего бы группе людей доверять какому-то непонятному человеку, который подошел показывать какие-то фокусы. Самая высокая внушаемость будет на терапии и при операциях, потому что здесь человек наиболее мотивирован и подготовлен к процессу гипноза. По сути, не доверять вам ему просто невыгодно. В случае эстрады, найти гипнотиков тоже достаточно просто, но уже за счет большой выборки людей, которые приходят на выступления (особенно учитывая, что иногда гипнотизеры приводят подставных актеров или людей сомнамбулического типа). Многие из зрителей истерики, которым нравится показывать себя и поэтому они готовы подыгрывать гипнотизеру ради получения аплодисментов.

5. Предварительная беседа. Предварительная беседа порой помогает создать у человека необходимую мотивацию. Причем под предварительной беседой можно понимать много разных явлений, помимо самой беседы. По сути, сюда мы относим любой способ предварительной коммуникации с гипнотиком. Вся предварительная беседа направлена на выявление или создание мотивации и связывание ее с процессом гипноза. И в целом предварительная беседа присутствует в любой из ситуаций гипноза. Например, при терапии предварительная беседа состоит в разъяснении смысла и процесса гипноза, его эффективности. На улице предварительная беседа может состоять в особом подходе, где вы пытаетесь заинтересовать группу людей. Вы можете даже не говорить о гипнозе, а начать с демонстрации фокусов. Заинтересовав людей фокусами, вы уже создаете мотивацию на дальнейшее взаимодействие с вами откуда уже можно начинать гипноз. На эстраде вы тоже постоянно мотивируете людей обещая им приобретение определенных навыков самоконтроля, внимание и аплодисменты других людей. Можно использовать развернутый или сокращенный и опосредованный варианты такой беседы. В первом случае вы зачитываете лекцию по тому, что такое гипноз. Это часто используется в психотерапии, однако занимает достаточно много времени. Сокращенный вариант предполагает просто ответы на вопросы субъекта перед началом сеанса.

6. Создание раппорта. Наконец, крайне важно создать раппорт с клиентом. Раппорт в большинстве своём – это возможность адекватно коммуницировать с клиентом и соответствовать его ожиданиям. Отсюда, в рамках гипнотерапии выделяется две основные модели раппорта.

Во-первых, это вертикальный раппорт. Такой раппорт практически не используется в современной психотерапии, однако, в рамках гипнотерапии, он все же имеет место быть, так как многие клиенты ожидают увидеть именно доминирующего гипнотизера. В таком случае, имеет смысл удовлетворить ожидания клиента. Для этого изначально стоит опираться на пункты, описанные выше и продемонстрировать клиенту, что мы успешны в социальной сфере. В процессе общения терапевт более активен чем клиент, он имеет право прикасаться, обучать, давать внушения. Терапевт выступает больше как врач-специалист в проблеме кли-

ента и, по сути, проводит на нем операцию, пока тот лишь принимает воздействие. Отсюда, вы можете прямо отдавать клиенту команды, в стиле «Слушаешь только мой голос!» делать это жёстким и властным голосом. При этом в поведении терапевта может быть некоторая степень артистичности, например, он может прикоснуться к голове пациента и сказать: «Под влиянием моего прикосновения, все плохое выходит из тебя!». Надо понимать, что это обычная игра, которая, однако, необходима ряду клиентов. В частности, такой стиль поведения часто использует при суггестивной терапии (терапии прямым внушением) и кодировании, так как эти направления полностью базируются на вере пациента, а верить он может лишь во властную фигуру.

Раппорт	
Горизонтальный раппорт (активное слушание, подстройка)	Вертикальный раппорт (Уверенное поведение)
<ol style="list-style-type: none">1. Фразы подкрепления: угу, ага, продолжайте, кивок и т.д.2. Возвратные фразы: возвращение слов/фраз сказанных собеседником.3. Обобщения: подведение итогов (я правильно понял, что...)4. Открытые и закрытые вопросы.5. Эмпатические фразы: да это тяжело..6. Несимметричная открытая поза с наклоном к собеседнику и наклоном головы.7. Терапевт больше слушает.8. Местоимение «Вы, ты»	<ol style="list-style-type: none">1. Терапевт более активен чем клиент.2. Терапевт больше объясняет (выступает как эксперт).3. Четкие формулировки.4. Однозначные фразы.5. Соответствующий внешний вид.6. Соответствующие атрибуты.7. Терапевту дозволяется больше чем клиенту (например, прикосновения)8. Открытые позы, широкие жесты, самопроявление и предъявление9. Симметричная прямая поза.10. Контакт глаз, местоимение «Я»

----- SimplePsychology -----  ----- Гештальтгипнотерапия -----

Другой тип раппорта – это горизонтальный раппорт. Это наиболее распространённый тип раппорта в современной формализованной психотерапии, типа гипнотерапии или когнитивно-поведенческой терапии. Здесь терапевт выступает на равных с клиентом. И хотя, он также является врачом со своими техниками, все же его слово не является законом, а клиент может свободно влиять на процесс лечения. Большой упор в общении идет именно на клиента, на его раскрытие и слушание. Важны проявления эмпатии и понимания, а также работа в деловых рамках.

Существует также и третий тип раппорта – раппорт снизу, когда мы полностью отдаем инициативу клиенту. Однако, такой раппорт не используется в гипнотерапии в силу ее специфики, а применяется лишь в глубинных и гуманистических течениях терапии.

2.2. Ответы на «сложные» вопросы клиентов

Так как клиенты при первичном контакте и в последующих сессиях достаточно часто испытывают неадекватные ожидания и поддаются мифам о гипнозе следует иметь заготовленные адекватные ответы на стереотипные вопросы о гипнотерапии.

– Гипноз – это бессознательное состояние с потерей контроля? – Нет. В гипнозе человек полностью осознает себя и все что происходит вокруг. Более того, в гипнозе обостряются чувства и усиливается восприятие. Гипноз – это самогипноз.

– Можно ли не выйти из гипноза – Нет. За всю двухсотлетнюю историю научного изучения гипноза не было зафиксировано ни одного случая, чтобы человек не вышел из состояния гипнотического транса.

– А как же цыганский \ криминальный гипноз? – Цыганки крайне редко обладают гипнотическими навыками, в основном они используют отвлечение внимания и обычный обман, а люди потом ссылаются на гипноз, чтобы оправдать самих себя.

– А что, если после гипноза я забуду все, что происходило? – Нет. Наша цель как раз обратная – помочь вам вспомнить то, что забыто и вытеснено.

Ответы приведенные здесь предназначены лишь для клиента, но не для вас, как терапевта. Например, на возможность развития гипнабельности существует две точки зрения: гипнабельность дается с рождения и гипнабельность можно развить. Понятно, что с клиентом нам вряд ли стоит обсуждать научные дискурсы и лучше просто сообщить ему о той точке зрения, которая может наилучшим образом повлиять на будущие результаты

– Как ощущается состояние гипноза? – Ощущения в гипнозе у каждого свои. Но по большей части они сводятся к высокой концентрации на объекте или на воображаемой картине. В этом состоянии человек как бы забывает обо всем остальном. Что-то подобное происходит и во сне.

– Я неоднократно пытался войти в гипнотическое состояние на сеансах гипнотизеров, но у меня ничего не получалось. Почему? – У разных людей изначально разная степень гипнабельности, которая тренируется с течением времени (доказал Оскар Фохт), чем больше вы практикуете, тем лучше у вас будет получаться./ Возможно вы находились в гипнозе, но не поняли этого (в этом варианте лучше доказать на практике, например, вызвать каталепсию руки)./ Часто намного удобнее входить в гипноз при помощи гипнотизера (в случае если человек занимался самогипнозом) /самому (в случае если был гетерогипноз) / Возможно вам не очень подходил конкретный гипнотизер/метод и стоит попробовать с кем-то другим.

– Даете ли вы гарантию? – Мы не волшебники и можем помочь не всем. Решение о том, будем ли мы с Вами работать мы принимаем на первой консультации. И в случае, если нет – перенаправляем к другим специалистам. В случае отсутствия результата, я возвращаю деньги/ часть денег.

– Сколько сеансов гипноза нужно чтобы решить мою проблему? – Все индивидуально. В среднем, для проработки одного запроса требуется от 5 до 10 сеансов (прогноз даете исходя из запроса клиента). Бывает, что что-то удастся решить и за один сеанс.

Ну и, конечно, не стоит упускать возможность для юмора, ведь многие клиенты приходят совсем не затем, чтобы решить свою проблему.

– Вы гипнотизер значит вы обладаете определенной гипнотической силой? -Каждый из нас обладает этой силой, главное пробудить ее в себе

– Поможете мне достичь суперсостояниесуперглубокогоЭсдейла – (стоит узнать зачем это человеку, но в большинстве случаев он просто не понимает, о чем говорит, и можно сказать: «Вам нужен более компетентный специалист»)

– Вы меня не обворуете/изнасилуйте/убьете под гипнозом? – Если бы я это делал, то тут могло бы быть два варианта: я бы уже был миллионером и правил миром, либо сидел в тюрьме и вряд ли бы у меня были позитивные отзывы. Человек под гипнозом все осознает и т. д.

– А сможешь меня загипнотизировать? – Конечно смогу, только оплати сессию.

– Я хотела бы стереть себе память, помогите мне? – Вам стоит обратиться к другому специалисту.

– Любой психотический или неподходящий запрос (суицид, наркотики и т.д.) запрос. – Вам нужен более компетентный специалист.

– Если клиент настаивает, впадает в зависимость. – настаивайте в ответ, обрывайте контакты.

– Доктор, я люблю вас! – Сконцентрируйтесь на этом чувстве и вспомните более раннюю ситуацию, связанную с этим чувством.

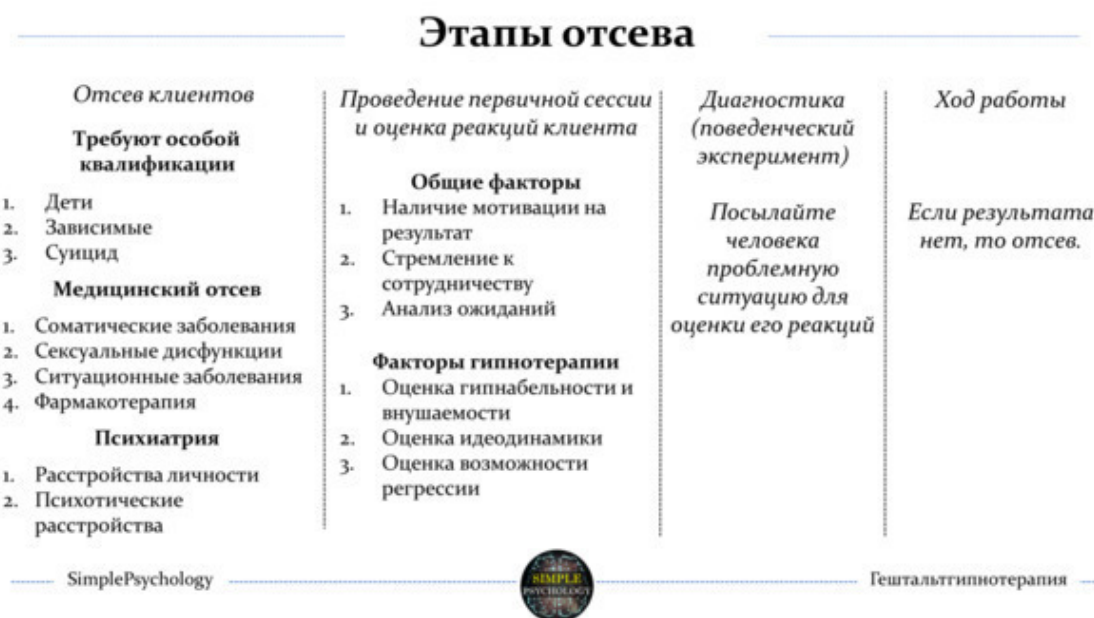
2.3. Диагностика клиента

Диагностика клиента в регрессивной гипнотерапии имеет особое значение, так как именно она определяет воронку количества клиентов на входе и процент успеха на выходе. Регрессивная гипнотерапия в отличие от более общих терапевтических подходов во много построена именно на отсеке клиентов, для которых данная терапия будет просто неэффективна. Именно поэтому в рамках диагностики мы используем ряд значимых критериев: общие показания и противопоказания к психотерапии и специфические показания и противопоказания к гипнотерапии. Мы также используем специфическое психодиагностическое интервью и различные домашние задания, которые позволяют нам подготовить клиента к будущим сеансам.

2.3.1. Показания и противопоказания к гипнотерапии

Важно понимать, что гипнотерапия, как и любой другой вид психотерапии, имеет свои показания и свои ограничения. К сожалению, на данный момент не существует полноценных исследований, которые бы четко указывали в каких случаях имеет смысл применять гипнотерапию, а где от нее стоило бы воздержаться. Однако, все же существуют общие рекомендации, наблюдения психотерапевтов, а также отдельные исследования эффективности гипнотерапии для различных видов расстройств. Их мы и обсудим.

Гипнотерапия показана, в первую очередь, больным с нервно-психическими расстройствами (невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами по МКБ-10). Однако применение гипнотерапии, в особенности классического гипноза, зависит как от возможности наличия психических расстройств, так и личностных особенностей пациента и его отношения к гипнозу. Если говорить в целом, то гипнотерапия неприменима в случае психотических расстройств и расстройств личности, однако, она достаточно эффективна в работе с расстройствами невротического спектра.



Гипнотерапия в основном применяется при: невротических расстройствах (тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, ПТСР, зависимости, ожирение, ОКР, расстройства в сексуальной сфере, психосоматические расстройства) и жизненных проблемах (перенапряжение, страхи и волнения, неадекватные эмоциональные состояния).

Гипнотерапия не применяется при: пограничных расстройствах, расстройствах психотического спектра, работе с характером (здесь возможна только комплексная работа), а также при работе с соматическими заболеваниями, упор на которые так часто делают мошенники и шарлатаны (онкология и пр.)

Абсолютно противопоказана гипнотерапия больным с бредовыми психозами, в первую очередь – шизофренией с бредовыми идеями воздействия, синдромом Кандинского – Клерамбо, так как возможна генерализация бредовых идей, и вся обстановка, а также врач, проводивший гипнотерапию, будут вовлечены в бредовые переживания больного. Аналогично поступают и в тех случаях, когда к врачу-психотерапевту обращается больной с жалобами на то, что его кто-то загипнотизировал, и просит врача, чтобы тот применил свои умения

и «разгипнотизировал его», применив для этой цели более сильный гипноз. Хотя в популярных книгах и интернете вы часто можете видеть сообщения и отзывы о том, что кто-то с помощью гипнотерапии вылечил психотическое заболевание, типа шизофрении, такие заявления нельзя рассматривать в серьез по ряду причин: сам психолог обычно не имеет возможности правильно диагностировать заболевание и его исцеление; во многих случаях совершенно непонятна природа симптомов (это могут быть псевдогаллюцинации, которые человек сам надумал себе в результате травмы, а могут быть истинные галлюцинации, которые возникли в результате расстройства мозга; работа же гипнотерапевта вполне может быть эффективна в первом случае, но будет вредной во втором).

Среди симптомов, которые должны сразу вызвать подозрение можно выделить следующие.

1. Галлюцинации («Вижу то, чего нет, слышу голоса»)
2. Бредовая речь и невозможность удержать тему разговора.
3. Амнезии («Не помню, что происходило вчера», «Очнулся уже в другом месте»).
4. Паранойя («На меня воздействовали», «Мне внушили»).
5. Автоматизмы («Я себя не контролирую», «Как будто мной управляют».)
6. Неясные припадки («У меня случаются приступы, при которых я нападаю на людей»).
7. Эмоциональная тупость (Индивид в процессе терапии, вообще ни на что эмоционально не реагирует).

8. Сезонные перепады настроения (есть периоды хорошего и плохого настроения сменяются циклично, не являясь реакцией на какие-то события – велика вероятность эндогенного биполярного расстройства).

Надо понимать, что вам совершенно необязательно в рамках первого звонка расспрашивать человека по каждому из пунктов. В большинстве своем, вам будет необходимо задавать дополнительные вопросы только в случае наличия каких-либо подозрений. Например, если клиент заявляет вам: «Я была в секте, где на меня воздействовали и сейчас я не контролирую себя». Здесь можно более подробно расспросить клиента, как конкретно он себя не контролирует, что он подразумевает под словом «воздействовали», есть ли у него провалы в памяти, были ли у него родственники с психическими отклонениями (так как многие психические заболевания передаются по наследству). Ну и, конечно, главным вопросом в случае подозрения должен быть вопрос «Наблюдаетесь или наблюдались ли вы у психиатра и по какому вопросу?»

Выше обозначен тот минимум симптомов, на который вы сразу же должны среагировать отказом от терапии. К сожалению, в данной книге невозможно предоставить читателю полноценного психиатрического знания, так что, перед началом собственной практики, рекомендуется ознакомиться с соответствующими источниками и видеоматериалами, посвященными психиатрической тематике, ну и конечно, держать при себе международную классификацию болезней последнего пересмотра.

Если вы сомневаетесь в возможностях гипнотерапии при работе с тем или иным расстройством, с которым к вам обратился клиент, вы можете воспользоваться такими сервисами как PubMed, и поискать там исследования, связанные с данной проблемой. Если же вы не найдете никакой информации, то возможно стоит провести собственный эксперимент и проверить эффективность гипнотерапии (главное, чтобы запрос не подпадал под противопоказания)

Противопоказано проведение гипнотерапии также истерическим личностям с гипноманическими установками и лицам с расстройством личности истерического типа, сочетающимся с гиперсексуальностью, сексуальными перверзиями и склонностью к псевдологии (патологическая склонность к сообщению ложной информации, к сочинению фантастических

историй). Гипноз только углубляет погружение в фантазии у таких людей и вызывает гипнотическую зависимость (так называемую гипноманию). Собственно, всем лицам, у которых наблюдалась гипномания, гипноз также противопоказан.

Противопоказана регрессивная гипнотерапия и людям, недавно прошедшим операцию, так как в результате бурного катарсиса у них могут разойтись послеоперационные швы. Такое же противопоказание применимо и для людей с болезнями сердца. Сильный катарсис или, наоборот, сильное гипнотическое расслабление могут быть вредны на определенных триместрах беременности и способны вызвать отторжение плода.

К относительным противопоказаниям к проведению гипнотерапии можно отнести следующие случаи: когда в прошлом у пациента возникали какие-либо осложнения при гипнотерапии и у него имеются опасения или страх перед их повторением; когда больной противится проведению классического гипноза или не верит в его эффективность; когда пациент «негипнабелен» для данного врача-психотерапевта; когда пациент болен гипнофобией.

Многие новоиспеченные гипнотерапевты, которые только что прошли двухдневные тренинги горят оптимизмом и желанием исцелить всех подряд, не видя границ своих возможностей. Но важно понимать, что нежелание учитывать противопоказания ставит под угрозу не только вас, но и того человеку, которому вы так рьяно стремились помочь

К относительным противопоказаниям можно отнести и работу с детьми. Как показывает практика, регрессивная гипнотерапия на них работает плохо, так как они просто не вспоминают травм прошлого (видимо в виду отсутствия, соответствующей установки). Для работы же с детьми необходимо обладать дополнительным образованием в области детской психологии и иметь разрешение от родителей. Надо понимать, что при работе с детьми на вас ляжет дополнительная ответственность, так как, если с ребенком будет что-то не то, даже независимо от вашей работы, его родители обвинят в проблеме именно вас.

Сочетание фармакотерапии и гипнотерапии. Гипнотерапия на фоне приема психотропных препаратов, скорее всего будет малоэффективна, так как часто подобные препараты притупляют эмоциональный отклик, а изменения состояния, которое повлечет за собой отмена препаратов, приведет и к распаду воспоминаний и навыков, полученных в процессе гипнотерапии. Проще говоря, велика вероятность, что весь успех, которого вы добились пока пациент принимал таблетки уйдет в никуда, когда он перестанет их принимать. Вы также должны понимать, что, не будучи врачом, вы не имеете права рекомендовать клиенту прием или отказ от тех или иных лекарственных препаратов, так что, если вы хотите взять клиента, который в данный момент проходит фармакотерапию, необходимо, чтобы он проконсультировался со своим лечащим врачом.

Психотерапия #12. Типы проблем, с которыми работает психолог. С чем стоит обращаться к психотерапевту

<https://youtu.be/LfMJboVpAt0>

Психотерапия #13. С какими проблемами НЕ работает психолог? Нерешаемые запросы в психотерапии.

<https://youtu.be/wcliGfdvPsc>

2.3.2. Психодиагностическое интервью

После того, как мы описали нашему потенциальному клиенту условия приема и не выявили у него никаких прямых противопоказаний, наступает важнейший из этапов диагностики – описание проблемы клиента и выявление проблемного чувства. Правильно проведенная диагностика позволяет не только четко описать суть и сформировать модель проблемы клиента, но еще и сделать эту проблему осязаемой для него самого, т.е. проделать часть психологической работы, а также мотивировать клиента на дальнейшее взаимодействие. В рамках такой диагностики основным инструментом является психодиагностическое интервью.

Основная задача диагностики в регрессивной гипнотерапии – это выявление проблемного чувства клиента, которое лежит в основе его проблемы, так как именно его мы будем использовать для последующей регрессии

В описании модели проблемы клиента важны две составляющих.

1. *Поиск и описание конкретной проблемной ситуации и последовательности появления симптома.* Проблемная ситуация – это совокупность стимулов, которые приводят человека к появлению той или иной проблемной реакции. Например, если клиент говорит: «Мне постоянно плохо», мы, конечно, можем поверить ему и поработать с чувством «плохо». Однако, скорее всего клиент сам не осознает, что ему плохо в конкретных ситуациях, и что к такому ощущению его приводит определенная последовательность внешних или внутренних событий.

2. *Описание структуры проблемы.* В структуру проблемы входят следующие элементы: эмоции, телесные реакции и их метафоры, мысли и поведение. Гипнотерапевту, в первую очередь, важны чувства, однако выяснение всех остальных элементов (мыслей, ощущений, поведения) помогает человеку лучше осознать свою проблемную эмоцию, что сделает в дальнейшем процесс регрессии намного проще.

Таким образом, с помощью определенных вопросов необходимо выявить проблемные симптомы и последовательность, в которой они возникают.



Далее мы приводим конкретный список вопросов, которые вы можете использовать для диагностики проблемы клиента.

1. *Стимульная ситуация*: «В каких ситуациях возникает эта проблема/чувство/мысль/ощущение?», «Что происходило вокруг, когда ты это почувствовал/подумал?», «Что происходило перед тем, как ты это почувствовал/подумал?», «Чем ситуация, в которой у тебя возникает это чувство отличается от любой другой?».

Возможные осложнения: человек говорит, что проблема у него присутствует постоянно или, он все время испытывает ту или иную эмоцию, и она не зависит от ситуации. Подобное заявление, как правило преувеличено из-за фиксации человека на своей проблеме. Для выявления стимульной ситуации можно спросить об исключениях: «А прямо сейчас вы тоже испытываете этот страх? – Нет? А чем эта ситуация отличается от тех, где вы его испытываете?» или «Были ли случаи, когда вы испытывали другие чувства: радость, печаль, вину, а не страх – Да? Чем те ситуации отличаются от ситуаций, в которых вы испытываете страх?».

В процессе диагностики крайне важно выяснить конкретную проблемную ситуацию, а не говорить об абстракциях. Это необходимо, чтобы, во-первых, у нас был конкретный критерий оценки результата (когда, после терапии, мы предлагаем клиенту снова попасть в ту же ситуацию), а, во-вторых, иметь возможность актуализации проблемного чувства, помещая человека в ту ситуацию, которая его волнует или моделируя ее

После того как мы выяснили набор конкретных ситуаций, где у клиента проявляется тот или иной симптом стоит определить чувство, которое клиент при этом испытывает. Однако, стоит понимать, что клиенты редко напрямую называют свое переживание. Обычно, люди описывают большинство проблем, либо как «страх», либо как «тревога», хотя по факту, они могут переживать совершенно иные чувства, такие как обида, грусть, одиночество и др. Именно для того, чтобы клиент мог более точно обозначить своё чувство мы стараемся смоделировать контекст, в котором он это чувство испытывает. В первую очередь, стоит говорить о моделировании ситуации, что мы уже проделали на предыдущем этапе. Однако, в актуализации проблемного чувства, нам также могут помочь мысли клиента, которые у него возникают в проблемной ситуации, телесные ощущения и поведение. Иногда через описание поведения терапевт может сам догадаться о чувстве, которое испытывает клиент, но при этом не осознает. Например, если клиентка жалуется на агрессивные вспышки в сторону молодого человека, можно намекнуть ей, что здесь возможно присутствует не только переживание злости, но и обиды или одиночества, а таким поведением она старается лишь привлечь внимание (надо понимать, что это лишь предположение, и мы всегда исходим из обратной связи клиента). В целом мы можем использовать следующие вопросы.

2. *Мысли*. «Какие мысли возникают, когда вы попадаете в эту ситуацию/испытываете эту эмоцию/ощущение в теле», «О чем вы думали в тот момент?»

Возможные осложнения: человек не может сформулировать свои мысли, ссылаясь на то, что не мог думать в стрессовой ситуации. В этом случае можно просто спросить: «О чем бы вы могли подумать?», скорее всего клиент выдаст те мысли, которые у него промелькнули в момент стресса. Если клиент говорит: «Не помню», можно предложить ему воспроизвести ситуации в фантазии и спросить, что он думает при этом.

3. *Эмоция*. «Когда вы находитесь в подобной ситуации/когда в голове возникают эти мысли/в теле появляется ощущение, какая эмоция возникает?», «Что ты чувствуешь, когда это происходит?», «Какую эмоцию ты испытал, когда это произошло?», «Что ты чувствуешь, когда говоришь об этом?»

Возможные осложнения: человек не может проговорить эмоцию. В этом случае эмоцию можно обозначить через ощущение в теле «И когда ты чувствуешь комок в горле, на какую

эмоцию это похоже?», или можно спросить о предположении «Какую бы ты мог испытать эмоцию в тот момент?», «Какую эмоцию обычно испытывают люди в подобных ситуациях, ..., похоже ли это на то, что испытывал ты?».

4. Ощущение в теле и его метафора. «Когда ты попадаешь в эту ситуацию, что ты чувствуешь в теле/как ведет себя твое тело?», «Когда ты испытываешь страх/гнев/обиду, где это в теле?», «И это ощущение в теле на что оно похоже, какие у него размер, цвет, форма?». Последний вопрос необходим для углубления состояния клиента и для его большей фиксации на проблемном состоянии с целью его лучшего описания.

Возможные осложнения: человек не чувствует своего тела. В этом случае можно спросить: «Когда ты говоришь/думаешь об этом, что в твоем теле не так как обычно?». Если человек не может ответить и на этот вопрос, тогда необходимо повысить интенсивность стимула, либо стимулируя воображение человека, либо помещая его непосредственно в стрессовую ситуацию. Отсутствие связи между мыслями и телесной реакцией является признаком низкой гипнабельности клиента.

5. *Поведение*. «И что ты делаешь, когда попадаешь в эту ситуацию?», «Что происходит дальше?», «Как ты себя ведешь, когда возникает эта мысль/ощущение в теле?».

Уточнения для сложных ситуаций. Если клиент сообщает конкретную проблему, например, «У меня болит голова в ситуации X», но при дальнейшем расспросе о данной конкретной ситуации, чувство отсутствует, то мы можем использовать вопросы о последовательности стимулов.

1. «*Перед чем это происходит?*», «*Что произойдет, если симптома не будет?*». Данные вопросы могут помочь выяснить вторичную выгоду и истинную проблему клиента. Например, клиент может сказать, что у него начинает болеть голова перед публичным выступлением. После этого мы возвращаемся к вопросам по структуре проблемы уже говоря о публичных выступлениях (скорее всего, мы выясним, что человек просто боится выступать, и далее будем работать со страхом).

2. «*Что обычно происходит после этого?*». Данный вопрос помогает нам выявить реальные подкрепления, которые получает клиент, и которые в последующем желательно устранить. Например, клиент отвечает: «Каждый раз после того, как у меня начинает болеть голова моя девушка начинает заботиться обо мне». В этом случае мы либо возвращаемся к вопросам о структуре проблемы и выясняем проблемное чувство, либо пытаемся убрать подкрепляющий фактор (просим девушку не обращать внимания на головные боли и анализируем, какое чувство будет испытывать клиент в отсутствии заботы).

3. «*Что может произойти самого страшного, если это случится?*». Этот вопрос помогает нам выявить более значимую проблему клиента. Например, клиент отвечает: «Я боюсь собак, если я не буду их бояться и не побегу, то они меня загрызут и **некому будет заботиться о моих детях**». Далее мы переходим к вопросам по структуре проблемы по ключевой фразе и выясняем, что за ней кроется (например, чувство вины перед детьми).

Техника катастрофизации (когда мы спрашиваем о наиболее пугающем исходе) является крайне значимой на всех этапах психотерапии, начиная от диагностики, заканчивая терапией травмы. Однако при ее использовании следует отделять иррациональные страхи, от реалистичных и работать именно с первыми

Если и так не получается. Если клиент не может выделить конкретную ситуацию и конкретную проблему, тогда мы можем использовать дополнительные методы.

1. «Что ты чувствуешь, когда говоришь об этом?». Вопрос помогает нам выяснить и убрать текущее проблемное чувство.

2. Оценка неконгруэнтности: «Ты говоришь, что хорошо относишься к своей девушке, но при этом сжимаешь кулак, на какое чувство это похоже?»

Если и это не помогает, то производим так называемую экспозицию (предъявление проблемного стимула), то есть посылаем клиента в реальную ситуацию, которая его волнует и просим описать свои чувства. Если при поведенческом эксперименте не обнаруживается проблемного чувства, то и проблемы скорее всего нет, либо человеку просто не хватает поведенческих навыков. Если человек не выполняет задание, то он немотивирован и от него имеет смысл отказаться, либо изменить задание.

Результат интервью. В результате опроса или поведенческого эксперимента вы должны получить список проблемных чувств (ощущения, мысли, поведение тоже могут пригодиться, в случае если регрессия по чувству будет неудачной), с которыми вы дальше и будете работать.

Интервью в регрессии. Вопросы из данного интервью могут быть использованы не только для диагностики, но и в процессе самой регрессии (которую мы будем рассматривать в четвертой теме), для прояснения психотравматической ситуации. Это помогает терапевту понять смысл ситуации, а клиенту – доработать и прояснить ситуацию в своем сознании.

Пример интервью:

Клиент: «У меня есть проблемы в общении с людьми»

Консультант: «С какими конкретно людьми и в каких ситуациях?»

Клиент: «У меня не получается общаться со сверстниками»

Консультант: «В каких именно ситуациях не получается?»

Клиент: «Когда они веселятся всей группой, а я стою в стороне и не могу произнести ни слова»

Консультант: «Когда они веселятся всей группой, что ты чувствуешь?»

Клиент: «Я чувствую, как будто сжатие в теле». (Клиент также может интерпретировать слово «чувствуешь», как эмоцию, в таком случае просто спрашиваем «где это в теле?»).

Консультант: «Где конкретно это сжатие?»

Клиент: «Оно у меня в груди»

Консультант: «На что оно похоже, какого оно цвета, формы, размера?»

Клиент: «Это как черный, склизкий, стягивающий комок»

Консультант: «И когда, ты чувствуешь этот черный, склизкий, стягивающий комок на какую эмоцию это похоже?»

Клиент: «Это похоже на страх» (консультант ставит пометку на чувстве).

Консультант: «И, когда страх, о чем ты думаешь в этот момент?»

Клиент: «Я думаю, что я не такая как все и что они не примут меня, а я этого и не заслуживаю».

Консультант: «И что ты делаешь после этого?»

Клиент: «Я стараюсь уйти из ситуации».

Консультант: «И когда ты уходишь, то что ты чувствуешь?»

Клиент: «Я чувствую обиду» (консультант ставит пометку на еще одном чувстве).

Консультант: «И когда ты чувствуешь обиду, где это в теле?»

Клиент: «Как будто веревка сдавливает горло»

Консультант: «И что происходит после этого?»

Клиент: «Я плачу»...

В данном случае консультанту удалось выявить мысли, чувства и поведение клиента. В результате анализа были отмечены основные проблемные чувства: страх и обида. С этими чувствами далее и будет проводиться гипнотическая регрессия.

Диагностика – это важнейший этап в гипнотерапии, который позволяет сразу же избавиться от множества проблем как для себя, так и для клиента, а также эффективно спрогнозировать процесс терапии и ее длительность, так что не стоит им пренебрегать

Постановка цели. Завершать диагностику и начинать каждую консультацию следует с постановки цели. Сам факт постановки цели уже делает эту цель для клиента более реальной. Цель, заявленная клиентом, также позволяет нам определить его текущие ожидания и уверенность в своих силах и консультанте. С другой стороны, следует остерегаться нереалистичных целей, поскольку недостижение подобных целей может привести к полной утрате мотивации и разочарованию в своих силах (причем не только у клиента, но и у консультанта).

Как бы хорошо мы не проводили словесный опрос, реальные данные о чувствах и переживаниях, которые испытывает клиент, когда попадает в проблемную ситуацию, мы получим только на этапе актуализации проблемного чувства (экспозиции), а также в момент регрессии. Именно погружение в проблемное переживание позволяет клиенту точно обозначить то чувство, которое он испытывает

Цель в гипнотерапии устанавливается, исходя из проведенного анализа и выявленных проблемных эмоций. Для более точной оценки удобно использовать субъективные шкалы от 0 до 100%. Предположим, мы выявили у клиента проблемное чувство вины. Наивысший пик этого чувства, который испытывал клиент мы можем взять за 100%. Одновременно с этим мы сразу выбираем ситуацию, где удобно проверять уровень чувства вины, и которая бы могла повторяться регулярно. Например, при общении с матерью клиент испытывает чувство вины равное 87%. Отсюда мы намечаем результат всей работы и отслеживаем ожидания клиента. Он решает, что хочет снизить чувство вины до 10% в результате курса сессий. После каждой сессии клиенту следует воспроизводить одну и ту же стрессовую ситуацию и оценивать процентное изменение в интенсивности дискомфортного чувства.

На первой сессии цель следует описать более подробно: «Опиши, что поменяется в твоей жизни, когда ты избавишься от проблемы? Какие новые возможности откроются перед тобой?». Подробное описание делает цель более реальной.

Специфические аспекты психологической диагностики. Следует понимать, что клиент приходит к консультанту не просто с какой-то отдельной проблемой, он несет в себе всю систему текущих и прошлых отношений с миром, где заявленная проблема является лишь отдельным элементом. Чтобы помочь клиенту необходимо понять системные связи заявленной проблемы с другими аспектами его жизни и трансформировать их более адаптивным образом. Таким образом, необходимо помочь клиенту не только избавиться от конкретной дезадаптивной реакции, но и найти способ реализовать свои мотивы в здоровом ключе.

Вторым моментом, который стоит отметить в рамках диагностики, является важность оценки невербального поведения клиента, которое зачастую может дать нам больше информации, чем его словесный отчет. Невербальная оценка позволяет выявить психотических клиентов: полное отсутствие тонуса, замедленные движения и речь, отсутствие жестов – депрессия; чрезмерная активность, резкая смена настроения, быстрая и громкая речь – мания; несоответствие вербального и невербального сообщения, масковидное выражение лица, несоответствия во внешнем виде – шизофрения.

Упрощенный вариант психодиагностического интервью. В данной главе была сделана попытка изложить все возможные варианты расспроса, однако, в реальной жизни, диагностическое интервью обычно выглядит намного проще. Все запросы клиентов мы можем поделить на три типа: стремление избежать негативный стимул, чувство, поведение или ситуацию (например, страх собак, чувство обиды в ситуациях оценки, ревность по отношению к партнеру

и др.); жалоба на негативный стимул, к которому человек стремится (тяга к алкоголю, наркотикам, эмоциональная зависимость; навязчивое стремление к успеху); абстрактные запросы (понять смысл жизни; разобраться с внутренними блоками). В этом смысле мы имеем достаточно простую последовательность действий.

1. Если запрос конкретный и связан со стремлением избежать тот или иной стимул, тогда мы сразу можем узнать, какое чувство человек испытывает при встрече с ним. Например, если индивид заявляет, что постоянно ссорится со тещей, мы можем узнать какие слова тещи провоцируют его ссоры и с каким чувством они связаны («Когда свекровь попрекает тебя за то, что сделал что-то не так, что ты чувствуешь?»). В таком случае, человек обычно прямо расскажет о своих ощущениях («Я чувствую обиду, как будто меня не ценят»).

2. Если запрос связан со стремлением к какому-то стимулу, тогда необходимо узнать, что человек будет испытывать в случае его отсутствия и уже таким образом выяснить проблемное чувство. Например, если человек страдает от алкоголизма, можно попросить его воздержаться некоторое время от алкоголя, а затем узнать, что он чувствует и какая эмоция заставляет его пить. Тот же прием используется в случае обсессивно-компульсивного расстройства. Например, если больной боится заражения из-за чего постоянно моет руки, то мы можем предложить ему испачкаться, а затем отложить мытье рук и отчитаться об ощущениях.

3. Если запрос абстрактный, то мы действуем, также как и в двух предыдущих случаях, добавляя к этому конкретизацию. Например, если человек жалуется на отсутствие смысла в жизни, мы можем спросить в каких ситуациях это ощущение проявляется наиболее ярко. Если запрос клиента звучит как «Хочу достичь успеха и повысить свою продуктивность!», мы спрашиваем о том, что он будет чувствовать если не достигнет успеха, а затем, конкретизируем в каких ситуациях это чувство проявляется наиболее ярко и наиболее часто.

Выяснение проблемного чувства определяет весь дальнейший ход терапии.

2.3.3. Базовые критерии для отсева в регрессивной гипнотерапии и влияние бизнес-модели на процесс гипноза

Преыдушие разделы диагностики относились большей частью к моменту обращения клиента. Однако, диагностика не заканчивается на простом словесном отчете и продолжается уже на первом сеансе гипнотерапии, где можно выявить дополнительные критерии для отсева клиентов.

Основными критериями для принятия клиента на регрессивную гипнотерапию являются идеодинамическая связь, гипнабельность и возможность регрессии. Данные параметры оцениваются при первой встрече с клиентом, либо в ходе его самостоятельной предварительной подготовки. До проверки этих параметров уже должна быть конкретизирована проблемная ситуация.

Многих может разочаровать большое количество критериев для отсева клиентов. Да, действительно, процент людей, на которых будет работать регрессивная гипнотерапия достаточно мал (впрочем, и другие виды терапии показывают не многим большую эффективность). Однако, вы должны понимать, что регрессивная терапия, на данный момент, это лишь отдельная техника психотерапии для работы с отдельным набором симптомов и при определенных условиях. И чем больше подобных условий у вас получится соблюсти в самом начале, тем лучше результаты вы будете получать в конце

– **Гипнабельность** – наименее значимый критерий. Оценивается с помощью тестов на гипнабельность и откликов пациента на внушения, либо на первом сеансе, либо как самоотчет после прослушивания записей гипнотических аудиосеансов, которые вы назначаете клиенту по своему усмотрению. Для жесткого отбора обычно используются записи с индукцией Элмана (ее мы рассматривали в предыдущей главе). В этом случае у клиента можно прямо спросить: «*склеивались ли глаза, когда слушал запись?*». Однако, надо понимать, что подобная предварительная оценка – это лишь небольшой плюс в общей схеме диагностики, а невозможность пройти предварительные задания самостоятельно, не всегда говорит о том, что клиент не сможет пройти тесты на гипнабельность под вашим руководством (верно и обратное – клиенту может быть легче погрузиться в гипноз без вас, чем с вами). Также надо понимать, что гипнабельность, сама по себе, не определяет возможность психотерапии в целом и несмотря на то, что наше направление терапии зовется регрессивной *гипнотерапией*, часто в формальном наведении гипнозе нет никакой необходимости. Однако, про роль гипноза в психотерапии и способы его наведения мы будем говорить в следующих главах.

– **Регрессия** – второй по значимости критерий. Возможность к регрессии предполагает, что, когда вы применяете техники регрессии и внушения на воспоминания событий, связанных с проблемным чувством, клиент действительно эти события вспоминает. Если при внушении на воспоминание, он не вспоминает ничего, скорее всего, регрессивная терапия теряет смысл и необходимо работать иными методами. Техники и варианты регрессии мы подробно разбираем в четвертой теме.

– **Идеодинамический отклик** – самый важный критерий. Идеодинамический отклик состоит в возможности актуализации проблемного чувства у клиента, связанного с его запросом. Если чувство есть, то с данным клиентом можно работать многими методами, если нет, то вряд ли хотя бы один из них поможет. Актуализация чувства происходит с помощью различных вариантов экспозиций: разговора о проблеме, представлении в воображении, представлении в гипнозе, помещении в реальную ситуацию. Эти техники мы также подробно разбираем в теме, посвященной регрессии.

Под конец данного раздела стоит немного поговорить о различных подходах к диагностике. Как уже было сказано, многие диагностические задания вы можете поручать клиенту выполнить самостоятельно еще до прихода к вам на первый сеанс. Например, вы можете предложить ему послушать аудиозапись сеанса индукции Элмана, чтобы он сам оценил степень своей гипнабельности. Также вы можете предложить ему воссоздать те ситуации, которые его обычно волнуют и описать их и, связанные с ними, чувства в специальной табличке. Таким образом клиент придет у вас как бы уже готовый к терапии. И такой подход, действительно используют многие гипнотерапевты, но не автор данного пособия, так что здесь стоит упомянуть ряд нюансов.

Во-первых, надо понимать, что ваша модель консультирования во многом будет определяться вашей бизнес-моделью или, проще говоря, стоимостью ваших услуг. Например, если вы берете очень большие деньги за консультации, которые продаете сразу целиком курсом (что, кстати не совсем этично, так как клиент должен иметь возможность на любом этапе выйти из терапии), то клиент будет намного более склонен выполнять эти самые подготовительные задания, так как ему самому захочется быть уверенным в том, что он не отдаст деньги зря. Однако, если стоимость ваших услуг средняя по рынку, то здесь, велика вероятность того, что клиенту просто не захочется что-то делать предварительно, да и сам запрос вряд ли будет столь значимым (потому что большие деньги обычно платят тогда, когда человека действительно, что-то волнует). Проще говоря, чем ниже стоимость услуг, тем менее клиент мотивирован и тем меньший процент в эффективности нашей работы играет эффект плацебо.

Во-вторых, клиенты самостоятельно часто неспособны адекватно заполнить опросники и дневники чувств и, в итоге, пишут все тоже самое, что уже рассказали вам на диагностике.

В-третьих, несмотря на предварительную диагностику, вы все равно проходите по всей процедуре анализа проблемы на первом сеансе и, уже здесь, выносите окончательное решение о том, стоит ли брать данного человека или нет.

В-четвертых, во многих случаях люди не заявляют или неспособны определить свой истинный запрос при первом контакте, который может измениться кардинальным образом в ходе общения с вами в течении первого сеанса.

Все эти нюансы наглядно демонстрируют, что предварительная подготовка – это, чаще, способ использования когнитивного искажения под названием «эффект вложений», когда человек вкладывая много усилий в подготовку, затем начинает оправдывать саму терапию («не зря же я заполнял все эти таблички и дневники»). По факту же это просто двойная работа и лишний способ демотивировать клиента на дальнейшее продолжение гипнотерапии. Так что, по мнению автора данной книги, диагностику имеет смысл совмещать с первичным сеансом, и давать дополнительные задания, в случае необходимости только после него.

Домашнее задание

– Как бы вы ответили на вопросы и фразы клиента: «Я смогу присутствовать только на одном сеансе. Сможем ли мы убрать проблему за один сеанс?», «Какие гарантии вы даете?», «Мне кажется, что мне поможет только гипноз», «Я хотела бы к вам обратиться, но боюсь гипноза».

– Как бы вы продиагностировали такие запросы: «Мне кажется, что на мне порча/родовая травма/проклятие», «Я эмоционально зависима от людей», «Я гипервнушаема, хочу убрать это?», «Я хочу стереть неприятные воспоминания», «Я хочу закодироваться от зависимости», «Проведите мне сеанс внушения».

– Придумайте поведенческие эксперименты для следующих запросов: кардиофобия и панические атаки; генерализованное тревожное расстройство, эмоциональная зависимость, «Хочу разобраться в себе».

Формирование дисфункциональных мыслей и убеждений.

https://youtu.be/pLLktW_zcD0

Глубинные установки на примере агорафобии

<https://classicalhypnosis.ru/stati-o-gipnoze/glubinnyye-ustanovki-na-primere-agorafobii.html>

Формирование дисфункциональных мыслей

<https://classicalhypnosis.ru/stati-o-fobiyah/formirovanie-disfunktsionalnyih-myisley.html>

Психотерапия #14. Внешние общие факторы эффективности психотерапии. Что влияет на результат терапии?

<https://youtu.be/ORXrWKR0NA0>

Психотерапия #15. Теория общих факторов эффективности психотерапии | Самая эффективная терапия

<https://youtu.be/8gtEu9f-VLU>

Психотерапия #21. Создание доверия у человека. Раппорт, активное слушание и подстройка

<https://youtu.be/MaDHHQI9iqI>

Информированное согласие

<https://forms.gle/cu646Kd3Z9WesdmS9>

ТЕМА 3. ИНДУКЦИЯ И ГИПНОЗ

Конечно, регрессивная гипнотерапия привлекает большинство людей именно магическим словом «Гипноз». Именно на нем построено столько мистических теорий и именно ему приписывают чудодейственные свойства, которые и позволяют избавить человека от его недуга. К сожалению, многие специалисты забывают, что основную роль в исцелении играют не состояния и скрипты техник, а мастерство психотерапевта и его понимание другого человека. Так что по большому счету тот самый «гипноз» играет в регрессивной гипнотерапии лишь формальную роль и функцию привлечения клиентов (не забываем, что в любых других направлениях глубинной психотерапии также отыскивают психические травмы и делают это вполне успешно без применения какого-либо гипноза). Однако, стоит понимать, что гипноз регрессивной терапии применяется не просто так и тоже несет в себе полезные функции. Так что мы не будем изменять традиции и посвятим гипнозу отдельное место в нашей книге. В этой главе мы рассмотрим, как зарождался гипноз и через какие этапы он прошел в своем развитии. Мы поговорим о том, что такое гипноз, какие основные подходы к его изучению существуют, и чем отличается гипнабельность от внушаемости. Наконец, у вас будет возможность освоить скрипты техник гипнотизации, которые вы будете применять в рамках регрессивной гипнотерапии.

3.1. Краткая история гипноза

На самом деле мы не можем говорить о том, где гипноз берет свое начало, ведь гипнотический транс представляет из себя естественное состояние человека, а внушение является одним из базовых процессов социального взаимодействия, который используется в любой человеческой коммуникации. Однако, мы вполне можем выделить основные периоды именно научного изучения гипноза, которые сменялись, вместе с появлением новых научных взглядов и различных школ гипноза, представляющих те или иные теоретические ориентации.

Флюидизм (18 век). Открытие научного и медицинского гипноза приписывают знаменитому врачу Антону Францу Месмеру (1734—1815), который создал теоретическое течение, под названием «флюидизм». Основное положение флюидизма подразумевает, что вся вселенная, в том числе и человек, пронизана определенным магнетическим флюидом (энергией). Магнетизер способен направлять поток флюида в тело клиента, тем самым вызывая у него различные феномены, например, каталепсию. Болезнь по мнению флюидистов – это образование барьеров на пути нормального течения флюида в теле человека. Магнетизер, посылая свою энергию, разбивал данный барьер, а восстановление течения флюида сопровождалось кризом (катарсисом), после чего больной выздоравливал. Сам Месмер для этого использовал, либо долгие пассы руками, либо эффект плацебо (магнетизировал различные предметы, через которые и передавался флюид). Конечно, реальные проверки теории Месмера показали, что никакого флюида не существует, и что гипноз представляет из себя не более чем сочетание веры, воображения и ожиданий субъекта.

Интересно, что попытка найти тот самый «флюид» вполне вписывалась в научную картину тех времен и не подразумевала под собой никаких магических явлений, да и сам Месмер, по началу, представлял из себя вполне серьезного врача и исследователя. Однако, огромное количество людей, почему-то, и сейчас верят, что Месмер обладал именно магической властью

Анимизм (18—19 век). Данную школу основал последователь месмеризма Арман Пюисегюр (1751 – 1825). Он открыл состояние сомнамбулизма, различные эффекты памяти (амнезия, гипермнезия, постгипнотическая амнезия), постгипнотическое внушение, гиперестезию, двойственное сознание и многое другое. Основное положение этой школы состояло в том, что гипноз приводит к активизации в человеке как бы его вторичной сущности (положение о наличии у человека нескольких нервных систем было стандартным для того времени, так как отсутствовали серьезные методы исследования). К данной же школе можно причислить Йогана Гаснера – экзорциста, который с помощью гипноза «изгонял из людей демонов». Школа Пюисегюра, с одной стороны, внесла огромный вклад в исследование гипноза, а, с другой – породила множество мистических течений, которые так и не доказали свою правдивость (спиритизм, медиумизм, диагностика болезней в сомнамбулизме, экстрасенсорика и др.)

Занимательным фактом является то, что угасание интереса к гипнозу в 19 веке как раз и было вызвано тем, что его просто вытеснили более популярные мошеннические увлечения в стиле медиумизма и френологии (примерно тоже происходит и сейчас, когда каждый день мы видим новые «авторские» методы, а увлечение НЛП сменяется увлечением семейными расстановками и тета-хилингом)

Психологизм (19 век). Постепенно ученые начали удаляться от мистических взглядов и исследовать гипноз с позиции науки. Так появилась школа психологизма. Данная школа была представлена Джозефом Делезом (1753—1835) и аббатом Хосе Кустидио ди Фариа (1753—1816). Эти исследователи отрицали принадлежность гипноза к любым мистическим явлениям,

а все феномены гипноза списывали на психологию субъекта. По мнению Делеза между пациентом и гипнотизером образуются своеобразные эмоциональные отношения, из-за которых гипнотик и подчиняется внушениям (позже в психоанализе этим отношениям дали название переноса). Фариа же утверждал, что реализация гипноза зависит от веры, желания и установок субъекта, а все феномены гипноза, лишь результат исполнения внушения. Такие взгляды были прорывом своего времени, однако, пока они не имели серьезной экспериментальной основы.

Появление научного гипноза (19—20 век). Научный гипноз берет свое начало с работ Джона Митчелла (~1840), Джона Эллиотсона (1791—1868) и более всего с работ Джеймса Брейда (1795—1860). Последний разработал физиологическую теорию гипноза, предположив, что гипноз – это лишь переходное состояние между сном и бодрствованием, возникающее на основе утомления зрения (основным методом гипнотизации для Джеймса Брейда была фиксация взгляда на чем-либо). Позже он разрабатывает теорию моноидеизма (что в переводе: «власть одной идеи»), подразумевающую, что гипноз – это не просто фиксация на каком-то внешнем объекте, но фиксация на той или иной идеи. При этом болезнь возникает, когда человек фиксируется на дезадаптивных идеях, а лечение состоит в замене их на более адаптивные (рефрейминг или первый вариант когнитивной гипнотерапии). В конце своей деятельности он предлагает теорию диссоциации, основанную на расслоение сознания в состоянии гипноза. Деятельность Джеймса Брейда породила три новые школы гипноза.

– **Сальпетриерская школа.** В основе этой школы стояли такие деятели как Жан Шарко (1825—1893) и Пьер Жане (1859—1947). Они рассматривали гипноз как отдельное, хотя и болезненное состояние сознания, свойственное больным истерией. Гипноз подразделялся на три стадии: летаргия, каталепсия и сомнамбулизм. При углублении гипноза нарастает состояние диссоциации (вынесение отдельных элементов опыта из поля внимания за амнезийный барьер). Позже понятие диссоциации заимствовали психоаналитики, переименовав ее в «вытеснение». Жане открыл, что в травматические моменты, индивид может диссоциировать некоторый свой опыт, который закрепляется в его памяти в виде фиксированных идей или автоматизмов (непроизвольного поведения), а крайняя степень диссоциации может привести к распаду личности на несколько частей (расстройство множественной личности), т.е. диссоциированные элементы все равно присутствуют в психике человека, но функционируют безотносительно его воли. Гипноз же позволяет получить доступ к диссоциированным элементам. Таким образом Пьер Жане разрабатывает свою интегративную психотерапию, которая подразумевает поиск в памяти диссоциированных событий и интеграцию их в общий поток сознания, что обычно сопровождается катарсисом. После, он осуществлял и когнитивную реструктуризацию ситуации, например, менял картину воспоминания или определенные слова, связанные с ним.

– **Нансийская школа.** Основателями данной школы стали Огюст Льебо (1823—1904) и Ипполит Бернгейм (1840—1919). Они отрицали существование гипноза как отдельного состояния сознания, настаивая на том, что все феномены гипноза являются результатом внушения. Они доказали, что и здоровые люди поддаются гипнозу, тем самым опровергнув положение о болезненной природе этого явления. Они же ввели в обиход суггестивную терапию, т.е. прямое внушение на устранение симптома (однако, данная терапия показывает низкую эффективность).

– **Отечественная школа.** Исследования гипноза в нашей стране продолжили линию Джеймса Брейда. И. П. Павлов (1849—1936), также утверждал, что гипноз – это лишь переходное состояние между сном и бодрствованием, характеризующееся нарастающим торможением в коре головного мозга с сохранением отдельных островков возбуждения и с расхождением функций мозга. Гипноз характеризуется фазовыми состояниями нейронов (уравнительная и парадоксальные фазы), при которых слабые раздражители превышают по своей значимости сильные, например, слово становится более значимым раздражителем, чем реальный объ-

ект. В. Я. Данилевский показал, что состояние гипноза свойственно и животным, тем самым обосновав его «нормальность».

Современные направления в гипнозе (20—21 век). К сожалению, на сегодняшний день в нашей стране, гипноз исследуется не столь активно в то время, как за рубежом проводятся достаточно серьезные экспериментальные попытки понять данное состояние. В результате долгих споров и разногласий среди ученых было сформировано два основных подхода к гипнозу.

– **Социокогнитивный подход.** Основали данный подход Теодор Барбер (1927) и Николас Спанос (1942 – 1994). Данный подход продолжает линию нансийской школы и базируется на положении об отсутствии отдельного гипнотического состояния. Гипноз – это лишь реализация установок, ожиданий, отношений и мотиваций субъекта, проще говоря, ролевая игра, а диссоциация – простое отвлечение внимания. Они доказали, что почти все феномены гипноза можно реализовать и без гипноза. По их мнению, физиологических подтверждений гипнозу никогда не будет найдено (у них в исследованиях достаточно много спорных моментов, к тому же возможность реализации ряда феноменов без гипноза (изменение физиологических показателей, серьезной анестезии) им так и не удалось доказать).

– **Теория состояния.** Основатели этого подхода Эрнст Хилгард (1904 —2001) и Дэвид Шпигель (1905) считают гипноз отдельным состоянием сознания, характеризующимся нарастающей диссоциацией. Хилгард доказал, что диссоциация – это способность здорового (а не больного, как это было у Пьера Жане) мозга. Дэвид Шпигель с помощью ФМРТ показал, что гипноз, как отдельное состояние сознания, характеризуется своими собственными индикаторами (т.е. мозг в гипнозе функционирует по-другому). В нашей стране к этому подходу можно отнести Леонида Гримака (1931 – 2008), Владимира Райкова (1934—2007), Владимира Рожнова (1918 – 1998). Все они не соглашались с мнением И. П. Павлова, что гипноз – это просто переход от сна к бодрствованию, наоборот, гипноз – это отдельное, функционально отличное, состояние сознания. Отдельные индикаторы гипноза были показаны Рожновым и Райковым с помощью ЭЭГ. Также проходили зарубежные исследования, где было показано, что возможна избирательная активация участков мозга за счет внушения (например, торможение областей, ответственных за восприятие объекта при внушении негативных галлюцинаций). Таким образом, природа гипноза как отдельного состояния сознания была доказана.

В итоге на сегодняшний день, наиболее актуальной представляется именно теория состояния или теория диссоциации, которая описывает гипноз как отдельное состояние сознания. Диссоциация – это вынесение из поля внимания отдельных элементов опыта с ограничением доступа к ним (например, анестезия – вынесения из области сознания чувства боли, каталепсия – вынесение из области сознания ответственности за исполнение действия («рука поднимается как бы сама собой, а не я поднимаю»), амнезия – ограничение доступа к информации). Диссоциированные элементы опыта выводятся как ба за границу – барьер сознания, такой барьер принято называть амнезийным. Предполагается, что именно амнезия лежит в основе всех остальных явлений гипноза.

От простого забывания диссоциация отличается сохранением в психике диссоциированных элементов (цифра никуда не исчезает из памяти, просто ограничивается доступ к ней). Наглядно это было продемонстрировано Пьером Жане в эксперименте с постгипнотическим внушением: такое внушение человек хочет выполнить, даже выйдя из гипноза, сам того, не желая и не осознавая причин своего поведения, т.е. в психике гипнотика присутствует внушение, содержание которого скрыто от самого субъекта, но которое имеет власть над ним.

На уровне физиологии явление диссоциации объясняется различными нейросетевыми и нейрокластерными моделями. Предполагается, что отдельные участки нашего мозга могут функционировать параллельно и изолировано друг от друга.

Надо, однако понимать, что теория состояния применима далеко не ко всем субъектам, которые будут приходить к вам на сеансы. Хорошую способность к диссоциации имеют только глубокогопнабельные субъекты – сомнамбулы. Именно на них проводятся все исследования гипноза, и именно они часто выступают участниками эстрадных гипношоу. Для большинства же ваших будущих клиентов, скорее, будет характерна социокогнитивная теория. Проще говоря, они просто будут находиться в состоянии глубокого расслабления и даже выполнять некоторые ваши просьбы, просто потому что они замотивированы на их выполнение, однако, настоящим гипнозом мы вряд ли сможем это назвать.

3.2. Основные понятия гипноза

Так как теоретических подходов к пониманию гипноза достаточно много, существует и множество определений гипноза. Их рекомендуется знать, хотя бы для того, чтобы иметь возможность дать четкий ответ своему клиенту, когда он спросит вас, чем вы, собственно говоря, планируете его лечить. Вот три наиболее популярных определения гипноза.

«**Гипноз** – состояние повышенной внушаемости» (И. Бернгейм)

«**Гипноз** – состояние предельной концентрации внимания, при котором внимание стремится к максимуму» (Д. Шпигель)

«**Гипноз** – это особый режим работы мозга, при котором критическая способность человека не принимается во внимание и функционирует избирательное мышление» (Д. Элман)¹

Возможность погружения в гипноз определяется двумя характеристиками загипнотизированного.

Внушаемость – способность человека поддаваться внушению (сюда же относится конформизм). В большей степени зависит от приобретенных особенностей личности: установок, мотиваций, отношений. Внушаемость определяет и социальную адаптацию субъекта (способность принимать социальные нормы), поэтому часто антисоциальные личности и психотики являются негипнабельными.

Гипнабельность – способность человека достигать измененного состояния сознания/определенной глубины гипноза. В большей степени зависит от врожденных факторов, в частности, свойств нервной системы (например, Л. Гримак выделяет такое свойство как пластичность – способность быстрого переключения нервных процессов²). Также имеет значение соотношение первой (сенсорной) и второй (вербальной) сигнальных систем и логического и художественного типа, для гипнабельного человека характерно большее доверие словесным раздражителям, и способность таких раздражителей вызывать мгновенный отклик в первой сигнальной системе. Люди со слабой нервной системой обычно хуже погружаются в гипноз, так как крайне велика отвлекаемость внимания, более способны к гипнозу люди с сильной нервной системой, так как они способны создавать и поддерживать очаг возбуждения в коре, связанный с внушением.

На самом деле информация, указанная здесь – это в большей мере мнение автора и его практические наблюдения. По факту, пока практически не существует исследований, которые бы указывали на связь гипнабельности с иными характеристиками личности. Немногие исследования показывают, что более гипнабельны люди с более высоким интеллектом. Также есть исследования, которые говорят, что более гипнабельны тревожные люди с развитой тенденцией к зависимости, однако, тревожность без зависимости коррелирует с гипнабельностью обратно пропорционально. Во множестве других исследований не было обнаружено никакой корреляции между какими-либо чертами личности и гипнабельностью, а сама по себе гипнабельность показывает себя как характеристика достаточно стабильная в течении жизни (правда, есть и противоположные исследования, которые указывают на возможность тренировки гипнабельности). В общем все говорит в пользу того, что гипнабельность является отдельной ни от чего не зависящей чертой личности. С этим утверждением, конечно же, поспорят «великие» гипнотизеры, готовые загипнотизировать «кого угодно и где угодно». Однако,

¹ Элман Д. Гипнотерапия. – М.: Психотерапия, 2014. – 313 с.

² Гримак Л. П. Тайны гипноза. Современный взгляд. – СПб: Питер, 2004 – 304 с.

можно предположить, что возможность гипнотизации любого человека (а ведь, действительно, при правильном подходе можно заставить выполнять ваши команды любого) достигается скорее, либо за счет дрессировки, социальных факторов, механического исполнения инструкций, либо, проще, за счет того, что гипнотизер сам не понимает, что такое гипноз и называет гипнозом обычное расслабление (как это, например, делают специалисты по эриксоновскому гипнозу).

Высокая гипнабельность отличается от внушаемости возможностью достичь исключительно гипнотических феноменов (трансовая логика, анестезия и др.). Высокая же внушаемость этого не позволяет: человек может поверить, что он не испытывает боли, однако, прямая проверка быстро опровергнет его убеждение.

Помимо внушаемости выделяется и обратный показатель – контрвнушаемость, т.е. степень сопротивляемости внушению. Механизм контрвнушения формируется прижизненно в процессе общего развития личности под влиянием обучения и воспитания. В исследованиях В. Н. Куликова выявлено несколько видов контрвнушаемости.

1. Ненамеренная (непроизвольная) и намеренная (произвольная) контрвнушаемость. Первая предполагает автоматическую активацию бессознательных сомнений, которые присутствуют у нас при общении с другим человеком. Намеренная контрвнушаемость действует на осознаваемом уровне психики в соответствии с целями и намерениями субъекта.

2. Индивидуальная и групповая контрвнушаемость. Первая обусловливается характерологическими и возрастными особенностями личности, ее жизненным опытом и сформированными установками. Под групповой контрвнушаемостью имеется в виду противодействие внушению со стороны группы. В последнем случае наблюдается обычный эффект конформизма, при котором сомнения даже одного человека в ваших командах может побудить и всех остальных отказаться от их выполнения.

3. Общая и специальная контрвнушаемость. Первая основывается на общей критичности субъекта по отношению к внешним информационным влияниям. Она отличается широким диапазоном проявлений, но, как правило, небольшой силой. Специальная контрвнушаемость имеет более узкую сферу действия, вплоть до установки на одного суггестора или на конкретную информацию внушающего характера, и в этом случае бывает резко выраженной.

Б. Ф. Поршнев считал, что контрвнушаемость тождественна недоверию. Чем выше уровень развития общества, тем критичнее относится субъект к силам, автоматически увлекающим его на путь навязываемых действий или переживаний.

3.3. Стадии и феномены гипноза

Как мы уже сказали, гипнотиков можно поделить на два типа: сомнамбулы и все остальные. Однако, по факту, в научной среде используются намного более широкие классификации стадий гипноза (в некоторых из них, насчитывается в районе 50 стадий). Чаще всего, все же используются более простые варианты с тремя стадиями гипноза: расслабление, катаlepsия и амнезия (сомнамбулизм). Свои названия данные стадии получили в честь феноменов, которые мы можем наблюдать, если человек погрузился на данную стадию. Так, например, на средней стадии гипноза мы можем наблюдать, так называемую катаlepsию, в виде замирания конечности по команде, левитации конечности (автоматического движения), утраты голоса при внушении. На глубокой стадии, мы можем наблюдать забывание чисел по команде или даже галлюцинации. Хотя обычно галлюцинации – это уже более глубокая стадия чем амнезия.

Надо понимать, что несмотря на наличие огромного числа классификаций, вряд ли их можно назвать объективными, ведь люди совершенно по-разному могут реагировать на разные внушения. Например, гипнотик вполне может среагировать катаlepsией одной руки, но другая рука не будет поддаваться вашему внушению и как тогда определить на какой стадии он находится? Иногда гипнотики могут проскакивать стадии, например, забывать числа или имя, но не впадать в катаlepsию. Хотя такое происходит достаточно редко, и в большинстве своём реакции людей все же соответствуют общепринятым классификациям (маловероятно, что можно, например, достигнуть амнезии, не достигнув катаlepsии), подобные нюансы следует учитывать при гипнотизации.

Также следует понять основную идею: глубину гипнотического транса мы оцениваем по совокупности гипнотических феноменов, которые демонстрирует нам субъект. И, кстати, простое расслабление или удерживание руки в удобном положении (например, согнутой в локте), как об этом говорят в эриксоновском гипнозе, никакого отношения к гипнозу не имеют. Так что, при оценке глубины, мы руководствуемся именно гипнотическими феноменами, не рассматривая расслабление в качестве показателя гипноза (хотя и расслабления для терапии вполне достаточно, но об этом мы поговорим чуть позже).

Гипнотические феномены – это явления, которые проявляются в гипнозе спонтанно или путем внушения и которые редко встречаются в состоянии бодрствования. Различные феномены проявляются на разных стадиях гипноза. Гипнотические феномены обычно считаются четким показателем наличия гипноза, однако, реальные исследования показали, что те же феномены вполне встречаются и в состоянии бодрствования, или же их возможно добиться и без гипноза, просто в гипнозе они встречаются чаще. Поэтому относить тот или иной феномен к гипнотическим или инет – это, лишь вопрос подхода.

Среди феноменов, причисляемых к гипнотическим, можно выделить следующие

– **Диссоциация и автоматизм** – это явление, при котором, индивидом его собственные действия воспринимаются как автоматические, т.е. он наблюдает их как будто со стороны. Например, когда вы внушаете гипнотику левитации руки, ему кажется, что рука поднимается сама собой, хотя, все же, руку поднимает он сам.

– **Повышенная внушаемость** – гипноз характеризуется повышенной внушаемостью человека, т.е. он склонен принимать вашу речь на веру в намного большей степени чем в обычном состоянии.

– **Внушенные воспоминания** – способность создавать воспоминания под влиянием внушения. Именно за внушенные воспоминания, чаще всего, и критикуют регрессивную гипнотерапию, так как многие специалисты намерено и с помощью намеков подводят клиента к воспоминанию «необходимой» им ситуации и из прошлого.

– **Невербальные внушения** – человек следует нашим действиям просто догадываясь об их значении. Этот эффект используется в тестах на падение, когда гипнотизер делает пассы руками, таким образом, изображая, что тянет на себя гипнотика невидимыми нитями, а гипнотик под влиянием идеомоторного эффекта и собственной веры действительно падает.

– **Внушение через подражание** – человек выполняет внушение, подражая действиям гипнотизера. Этот феномен наблюдается достаточно редко и, чаще, его можно списать на то, что гипнотик все же догадывается, что мы хотим от него повторения нашего действия. Типичная демонстрация этого эффекта выглядит так: гипнотизер встает на против гипнотика и, ничего не говоря, начинает потихоньку поднимать одну из рук, а гипнотик в какой-то момент делает тоже самое.

– **Актуализация воображения** – в гипнозе намного сильнее проявляется способность к воображению, воображаемые картины выступают более четко, реально и ярко.

– **Туннельные эффекты** – человек в гипнозе может сконцентрироваться на одном раздражителе настолько сильно, что не будет воспринимать все остальные. Например, гипнотик может слышать голос гипнотизера и не слышать дрель, которой в этот момент сверлят стену.

– **Искаженное восприятие времени** – человек в гипнозе обычно по-другому воспринимает время, чаще всего, оно течет быстрее. Этот феномен иногда используют для того, чтобы убедить человека, что он все же был в гипнозе. Для этого после сеанса клиента просят прикинуть сколько времени прошло и обычно он называет промежуток времени в разы меньший, чем был на самом деле (правда стоит оговориться, что мы и так, редко способны точно называть промежутки времени, а «ускорение» времени можно объяснить и, просто, глубоким вовлечением клиента в процесс психотерапии, а не гипнозом).

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.