

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ГИПНОТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Пенза, 2014

УДК :

ББК

П

Авторы:

Петрова Е. В. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России;

Вакцина Т. Н. – д.м.н., профессор кафедры психиатрии- наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России;

Петров О.А. – директор клиники «МедиКон», врач психотерапевт высшей категории;

Николеев В. М. – к.м.н., заведующий кафедрой психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Рецензенты:

Сгибов В. Н. – д.м.н., профессор, академик РАЕН, главный психотерапевт г. Пензы;

Калистратов В. Б. – к.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии и наркологии ФГБОУ ВП «Пензенский государственный университет»

Учебное пособие утверждено Ученым Советом ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Протокол № 11 от «25» ноября 2014 г.

Учебное пособие посвящено теоретическим и практическим вопросам гипнотерапии. Изложены сведения о классическом директивном гипнозе и недирективном эриксоновском гипнозе. Приведены методы погружения в гипноз, освещены разделы осложнений, показаний и противопоказаний к проведению гипнотерапии. Пособие предназначено для врачей психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, медицинских психологов.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение		
I	Исторические этапы применения гипноза	
II	Психологические теории гипноза	
III	Пробы на гипнабельность	
IV	Модели проведения терапии в гипнотическом состоянии	
V	Способы гипнотизации Гипнофармакотерапия 1. Наркогипноз 2. Гипнотерапия в сочетании с фитотерапией	
VI	Стадии гипноза	
VII	Осложнения, которые могут возникнуть при гипнотерапии	
VIII	Противопоказания для проведения гипноза	
IX	Сферы медицинского и немедицинского применения гипноза	
Литература		

Введение

ГИПНОЗ (греч. *hypnos* - сон) - временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние Г. наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Гипноз как метод воздействия, апеллирующий к нейрофизиологически-соматогенным механизмам человеческого организма, известен с давних времен. Существуют различные термины для обозначения этого феномена: гипноз (с греческого – сон; термин предложен Д. Брэдом, 1843); гипнотерапия, гипносуггестивная терапия; брэдизм (последний происходит от фамилии вышеупомянутого Брэда, с которым связывают начало научного этапа в развитии представлений о гипнозе). Преимущество всё же отдаётся термину «гипносуггестивная терапия», так как он обозначает, что человек находится не только в гипнозе, как особом состоянии психики (гипноз), но и то, что это состояние способно оказывать терапевтическое воздействие (гипнотерапия), а также обладает терапевтическим потенциалом, направленным на достижение того или иного лечебного эффекта.

Глава 1. Исторические этапы применения гипноза

Гипноз — уникальный феномен, который привлекает к себе особое внимание и нередко окружен не только ореолом таинственности, но и многочисленными предрассудками. История изучения и лечебного использования гипноза полна драматизма: периоды живого интереса к нему, многочисленных исследований сменялись периодами охлаждения и даже отрицания его существования.

Выделяют несколько этапов в развитии гипнотерапии: домедицинский, храмовой медицины, донаучный, научный.

1. Домедицинский этап. В этот период гипноз в большей степени применялся для усиления веры людей в различные божества, в то время как его применение с лечебной целью отступало на задний план. Он трактовался как нечто сверхъестественное, доступное лишь избранным людям, находящимся в связи с божественными силами.

Известен так называемый «Папирус гностиков» (II в.н.э.), где описаны примеры гипноза; многие из них применяются и сейчас – например, созерцание блестящих предметов, смыкание глаз, пассы, монотонные звуки и прочее. В талмуде (III в. до н.э. – V в.н.э.) есть упоминание об особом состоянии, в котором «человек и спит, и не спит, бодрствует и не бодрствует, отвечает на вопросы, но душевно отсутствует». Плутарх рассказывает, что царь Пирр обладал способностью погружать проходящих к нему в сон и оцепенение, прикасаясь к ним ногой. У Апулея говорится об усыплении человека лишь одним прикосновением руки.

2. *Период храмовой медицины.* На этом этапе гипноз начинает применяться с целью лечения больных.

Из мифологии известно, что бог медицины Эскулап, давая больным лекарства, пел мелодичные песни, и это якобы усиливало действие лекарственных средств. Известный врач Древней Греции Асклепиад применял гипноз с лечебной целью. Нервных больных он погружал в сон, растирал их, а после пробуждения они становились спокойнее, здоровее.

Терапевтический потенциал гипнотического воздействия был особенно высоким, если речь шла о взаимодействии «статусных лиц» и верующих людей.

Такими особенными целебными силами обладали руки священных особ. Например, римские императоры Клавдий и Веспасиан излечивали многие болезни путем наложения рук на больного. Веспасиан, по словам Тацита и Суэтона, излечил слепого и страдавшего параличом руки одним только прикосновением. В XVI веке французский король Франциск I, а также другие французские и английские короли, вплоть до Карла X, могли похвастаться такими же чудодейственными руками. Королева Елизавета французская и Яков II английский исцеляли, по свидетельствам, сотни больных. В Версале священное действие прикосновения проводилось два раза в год в церкви. Король проходил между рядами больных, прикасаясь к голове каждого со словами: «Король прикасается, Господь исцелит тебя!». Теорию таких мистических магнетических влияний создал знаменитый Теофаст Бомбаст Парацельс из Гогенема – смесь гения и фокусника. По его теории, созвездия, а также земные существа связаны между собой с созвездиями, особенно с Солнцем и Луной, магнетическими силами. Человек, в частности, имеет в себе

Широко известны «чудесные исцеления», которые позволяли избавиться от различных истерических симптомов, таких как глухота, слепота, потеря речи, параличи, потеря способности стоять, ходить и др.

Терапевтические воздействия, осуществляемые в таком ключе, оказывали влияние не только на истерическую симптоматику, но и на другие расстройства, в частности, психосоматические.

3. *Донаучный этап* в развитии представлений о гипнозе связан с



именем австрийского врача Франца Антона Месмера (1734–1815) – создателя учения о животном магнетизме. Согласно этому учению, мир пронизан особой жидкостью – магнетическим флюидом (от латинского *fluidus* – текучий), который обладает целебной силой. Этот флюид может накапливаться у особо одаренных для его восприятия людей и передаваться ими больным посредством

прикосновения и не только, что приводит к их исцелению.

В клинике Месмера «магнетизирование» первоначально осуществлялось при помощи пассов, вызывающих конвульсивные кризы, а в последующем в связи с увеличением количества пациентов проводились коллективные сеансы. Для усиления эффекта ожидания в помещении создавалась определенная атмосфера: полумрак, выразительно драпировались окна и стены, курился ладан, звучала музыка. Неожиданно появлялся Месмер, облаченный в лиловые одежды, и величественно прикасался руками к ожидающим магнетического воздействия больным, которые для проведения магнетических «флюидов» держались за металлические стержни, исходящие из дубовой бочки, наполненной магнитами. У пациентов развивался истерический припадок с судорогами, после чего наступал сон с последующим выздоровлением. Клиника не могла вместить всех



желающих, и большое количество страждущих исцеления собиралось под кронами деревьев, предварительно «намагнетизированных» Месмером.

Хотя воззрения Месмера еще при его жизни были признаны ошибочными, нельзя не отметить, что им все же была предпринята первая попытка дать объяснение механизма загадочных гипнотических явлений. Месмер полностью отрицал роль психологического фактора, значимость которого в возникновении гипнотического транса была подчеркнута в заключении комиссии Французской академии наук (1784): «Воображение без магнетизма вызывает конвульсии... Магнетизм без воображения не вызывает ничего» [цит. по: 167, с. 17].

Несмотря на то что флюидная теория Ф. Месмера была опровергнута официальными научными кругами, его последователи продолжали изучать гипноз и утверждать, что гипнотические феномены все-таки существуют. Так, А. Пюисегюр открыл сомнамбулическую стадию гипноза, описал явление постгипнотической амнезии и сообщил о возможности словесной связи с загипнотизированным лицом.

В 1819 году португальский аббат Фариа после возвращения из Индии, где изучал методы индийских магов, сделал важное открытие: достаточно нескольких слов, чтобы вызвать у восприимчивых людей состояние сомнабулизма. Если он садился напротив людей, над которыми производил опыты, пристально смотрел на них в течение нескольких минут и потом восклицал повелительным голосом: «Спите!», то из 20 человек двое или трое откидывались назад и засыпали. Фариа предварительно предлагал пациентам закрыть глаза и сосредоточиться на сне. Он писал: «Верь и надейся, если хочешь подвергнуться внушению». Фариа впервые высказал мысль об идентичности сна сомнамбулического и обыкновенного.

4. *Научный этап.* Начало этого этапа связывают с именем Джеймса Брэда (1795–1860) – английского хирурга, а затем и гипнотерапевта, который утверждал, что с помощью своего метода (вначале он просил своих родственников и друзей сосредоточиваться на горлышке находящейся на возвышении бутылки, а затем пациентов, не отрываясь, смотреть на лезвие своего ланцета) вызывает особый, нервный сон. По его мнению, причину этого сна следует искать в своеобразном состоянии нервной системы гипнотизируемого, закономерно возникающем в результате более или менее длительной фиксации взора. Именно Д. Брэд назвал это состояние гипнозом.

После смерти Д. Брэда изучение гипноза все более приобретает научный характер. В клиниках и лабораториях проводятся многочисленные эксперименты. Так, во Франции в 70–80-е гг. XIX в. разгорелся научный спор между Сальпетриерской и Нансийской школами.



Ж.-М. Шарко читает лекцию об истерии

В больнице Сальпетриер в Париже Жан Шарко проводит исследование феноменов гипноза на больных истерией [см.: 170]. Он изучает роль разнообразных раздражителей в возникновении гипнотического состояния, дает клиническое описание стадий гипноза (каталепсия, летаргия, сомнамбулизм), широко применяет физиологические методы (регистрация пульса, дыхания, движения мышц). Исследования Шарко убедили в реальности гипнотических феноменов и в необходимости их научно-экспериментального изучения. Однако Сальпетриерская школа интерпретировала гипноз как исключительно патологическое явление, усматривая сходство между гипнозом и истерией, что негативно сказалось на отношении к гипнозу во Франции вплоть до появления призывов о его запрещении.

Представители Нансийской школы (А. Льебо, А. Бонн, И. Бернгейм) высказывали противоположные воззрения на сущность гипноза: это психологически нормальный феномен, вызванный внушением и наблюдаемый не только у больных истерией.



Сеанс внушения в клинике А. Льебо

Указанная позиция в конечном счете восторжествовала. Исследования Нансийской школы во главе с И. Бернгеймом [24] побудили врачей из различных стран к использованию гипноза для лечения многих заболеваний. Неоспоримой заслугой этого направления явилось привлечение внимания к значимости внушений в бодрствующем состоянии для терапевтической практики. Однако в пылу полемики И. Бернгейм пришел к отрицанию существования самого гипноза, так как у особо внушаемых субъектов посредством словесного внушения ему удавалось вызывать различные гипнотические феномены и в бодрствующем состоянии. Поэтому он стал утверждать, что гипнотизма нет, а есть только внушаемость. Это положение в последующем было опровергнуто многочисленными данными.

В отечественной гипнологии вопросы экспериментального гипноза разрабатывал В. Я. Данилевский [см.: 53]. Психиатр А. А. Токарский обосновывал полезность применения гипноза в лечебных целях [см.: - 157]. В начале 80-х гг. XIX в. он впервые начал читать курс гипнотерапии в Московском университете.

Двадцатый век ознаменовался широкими исследованиями в области гипноза, появлением новых теоретических концепций. Гипноз получил признание как самостоятельная клиническая, психотерапевтическая и экспериментальная область исследования.

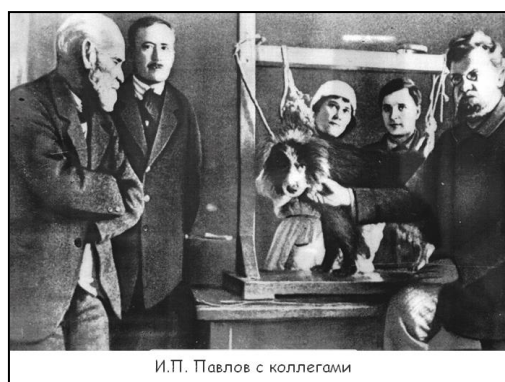


В.М. Бехтерев, 1927. Лечение алкоголизма гипнозом

В. М. Бехтерев, признавая гипноз как клиническую реальность, считал, что он вызывается внушением, которое «есть не что иное, как прививание путем слова или другим каким-либо способом различных психических явлений, например,

чувства, ощущения, идеи или действия другому лицу при отвлечении его волевого внимания или сосредоточения». [27, с. 31—32]¹

Большой вклад в изучение физиологии гипноза внес И. П. Павлов (1849–1936) и его ученики (Б. Н. Бирман, И. П. Разенков, Л. Н. Воскресенский, М. К. Петрова, А. Г. Иванов-Смоленский и др.). По мнению представителей этой школы, физиологическую основу гипнотического состояния как у



И.П. Павлов с коллегами

животных, так и у человека, составляет процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга под влиянием определенных, поддающихся точному исследованию условий.

Согласно взглядам И. П. Павлова, гипноз – частичный сон, состояние, переходное между сном и бодрствованием. Он характеризуется тем, что на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков мозга присутствует бодрствующий, сторожевой пункт в коре больших полушарий, который обеспечивает возможность раппорта между гипнотизером и гипнотизируемым. Во время гипноза клетки коры больших полушарий головного мозга находятся в разных фазах интенсивности тормозного процесса. Очень большая эффективность словесных внушений наблюдается в парадоксальной фазе гипноза.

И. П. Павлов (1951) писал, что парадоксальная фаза – «действительный аналог особенно интересной фазы человеческой

гипнотизации, фазы внушения, когда сильные раздражители реального мира уступают место слабым раздражителям, которые идут от слов гипнотизера». В свете концепции о второй сигнальной системе слово является универсальным условным сигналом сигналов.

Высказывалась и диаметрально противоположное мнение о природе гипноза. Так, В. П. Протопопов, ученик В. М. Бехтерева, считал гипноз не тормозным состоянием, а, наоборот, специальной формой бодрствования – аналогом реакции сосредоточения. Близкие к этому мнения, согласно которым гипноз рассматривается как результат образования центрального очага повышенного возбуждения, высказывали Л. Куби и С. Марголин.

В 1930–1960-е гг. в России изучение гипноза как состояния и гипносуггестивной терапии опиралось на сугубо физиологическую Павловскую платформу, но в 1970-е гг. интерес к Павловской теории гипноза падает.

В 1980-е гг. В. Е. Рожнов, отошедший от павловской теории? называет гипноз является третьим базовым состоянием, наряду с бодрствованием и сном (Рожнов, 1954, [см.: 171, с. 106].).

Ряд экспериментов, проводившихся в рамках указанного теоретического направления, был сфокусирован на выявлении возможности направленного изменения определенных параметров организма и психики под влиянием гипносуггестии. Большой прорыв в этой области осуществил отечественный ученый Л. П. Гримак, сформулировавший модель, описывающую гипноз в двух аспектах: во-первых, как тормозной переходный процесс между сном и бодрствованием; во-вторых, как рефлекс следования за лидером (Гримак, 1978).

Глава 2. Гипноз в современных психологических теориях

Важный вклад в историческое развитие знаний о гипнозе внесли психологи. По-прежнему идет оживленная дискуссия о том, существует ли гипноз и в чем его специфичность.

Согласно наиболее распространенным современным взглядам, гипнотический транс определяется как:

1. *Регрессия - с точки зрения психоаналитического направления.*

Многие сторонники психодинамического подхода интерпретировали гипнотический опыт в рамках фрейдистских и неофрейдистских представлений о психической регрессии и переносе. Психоаналитические теории называют следующие процессы, происходящие в гипнозе (начало XX века): реактивация Эдипова комплекса, мистическая влюбленность с подчинением идеалу «сверх-Я», сексуальный характер взаимоотношений гипнотизера и гипнотизируемого, нарциссическая регрессия. В 1930-1950-е гг. психоаналитические теории гипноза рассматривали отношения между гипнотизером и гипнотизируемым с позиции трансфера, изменения «Я» гипнотика посредством особого регрессивного процесса, сочетания регрессивного трансфера и сенсорной депривации.

2. *Научение.* Согласно этому подходу (К. Халл), все гипнотические процессы могут быть объяснены законами формальной теории научения, а гипнотические феномены представляют собой заученные реакции, подобные прочим привычкам. Этот теоретический подход предполагает, что транс как естественное переживание, с помощью практики может стать легче достижимым и более полным.

3. *Диссоциация.* Речь идет о возрождении идей Жанэ, которую осуществил Э. Хилгард. Его теория недиссоциации (Hilgard, 1977) заимствует свои понятия из современной когнитивной психологии. Она описывает гипнотический опыт как временную отрешенность субъекта от

обычного сознательного планирования и управления своим функционированием. Такие диссоциативные переживания как амнезия, гипнотическая глухота, контролирование боли и автоматическое письмо субъект способен испытывать потому, что действует независимо от проверки реальностью, вследствие чего становится менее критичным.

4. Мотивированное участие. Т. Барбер (1969) выдвинул когнитивно-поведенческую точку зрения, согласно которой переживание «транса» является результатом «позитивных установок, мотиваций и ожиданий, создающих готовность мыслить и фантазировать на предлагаемые темы». Согласно этой точке зрения, любой человек при наличии у него желания может быть обучен испытывать «гипнотические» феномены. Основное значение придаётся контекстуальным переменным – таким, как поведение оператора и межличностные взаимоотношения, в то время как формальное (традиционное) наведение считает ненужным.

5. Разыгрывание роли. Эта точка зрения (Т. Сарбин и У. Ко, 1991) выдвигает на первый план социально-психологические аспекты гипнотической ситуации. Гипнотический транс в этом подходе понимается как состояние, в котором субъект имеет сильную мотивацию вести себя «как загипнотизированный», он как бы играет определенную роль. Поведение человека, находящегося в гипнотическом состоянии, рекомендуется рассматривать как действия, производимые «как будто бы». Человек, обладающий определенными навыками и мотивацией, согласно данному подходу, способен глубоко погружаться в гипнотическую роль и даже испытывать драматические качественные сдвиги в своей субъективной реальности.

Среди современных теорий гипноза также называют *эгопсихологическую теорию* Э. Фромма (1995), возникшую на стыке психоаналитической эго-психологии и когнитивной психологии. Э. Фромм с сотрудниками поддержали психоаналитическую гипотезу, согласно

которой гипноз является формой адаптивной регрессии, **ультрадианную теорию** E. L. Rossi (1982, 1995), которая базируется на циклическом 90-минутном чередовании доминантности полушарий и использовании данного ультрадианного ритма в гипнотерапии. Согласно **теории диссоциированного контроля** K. S. Bowers (1977), гипнотическое внушение ослабляет лобный контроль поведенческих схем, что способствует направленной активации внушенного поведения. Также существует **социокогнитивная теория гипноза** I. Kirsch, S. J. Linn (1997), которая построена на интеграции и развитии современных теорий социальной и когнитивной автоматичности обыденного целенаправленного поведения.

Каждая из вышеприведенных точек зрения не может объяснить гипнотические феномены, наблюдающиеся у всех субъектов, и отражает лишь часть истины. Поэтому можно говорить и об **эkleктической точке зрения**, которая способна учесть различные аспекты истины и составить полное представление о процессах и феноменах, которые имеют место в гипнотическом трансе.

В современной западной психологии выделяют два ведущих подхода к гипнозу: традиционный, в котором гипноз рассматривается как измененное состояние сознания (ИСС), и социокогнитивный, где гипнотическое поведение считается активной, целенаправленной деятельностью испытуемых. В пользу каждого из них получены убедительные экспериментальные данные. В рамках первого подхода гипноз рассматривается как ИСС, в котором психические процессы функционируют не так, как в обычном состоянии. Согласно второму подходу, в гипнозе обычные мыслительные или поведенческие процессы реализуются в необычной социальной ситуации.

Глава 3. Инструменты гипнотизирования

3.1. Внушение

Внушение, или суггестия — основной инструмент работы гипнотерапевта. Состояние транса наводится именно с целью проведения внушений, соответствующих проблеме пациента. Терапия называется гипносуггестивной, поскольку между гипнозом и внушением существует тесная взаимосвязь. В классическом гипнозе суггестия имеет больший удельный вес, чем в недирективном гипнозе. При этом терапевт является доминирующей фигурой, которая определяет стиль, форму и направление внушений.

Важнейшее условие работы — мотивация пациента. С помощью внушений ее можно усиливать, опираясь на его ценности и убеждения, но самые быстрые и качественные изменения происходят тогда, когда мотивация пациента к изменениям высока.

Существуют два вида мотивации — избегание и достижение. Мотивация достижения эффективнее: когда есть цель, к ней легче двигаться. Но если мотивация избегания сильна, а цель неясна, такую мотивацию также можно использовать как катализатор процесса, предполагая, что в бессознательном человека существует видение цели и направления движения.

Внушения могут быть вербальными и невербальными. К невербальным внушениям относятся поза, внешний вид, жесты терапевта, вид его комнаты, процедура проведения сеанса. Задача невербальных внушений - определить негласные правила поведения и взаимодействия пациента и терапевта.

Поза и жесты терапевта

Поза и жесты определяют доминирующее положение терапевта. Положение тела прямое или наклоненное вперед говорит об

уверенности и готовности «пойти вперед». Взгляд должен быть прямой — необязательно немигающий, но умение редко моргать свидетельствует о доминировании. Этот феномен характерен для животного мира: прямой взгляд означает вызов, и тогда более слабый отводит глаза. Мимика контролируется: лицо может быть то бесстрастным, то улыбающимся, то помрачневшим, но обязательно уверенным. Прикосновение к пациенту, в частности, к голове, к лицу, придание телу пациента или его частям (голове, рукам) определенного положения внушают пациенту, что терапевт имеет на это право, и пациент подчиняется его жестам.

При обращении к пациенту следует смотреть ему в глаза спокойно, без напряжения. Речь должна быть четкой и внятной, лучше использовать местоимение «я», подчеркивая свой авторитет. Бывали случаи, когда уверенность психотерапевта компенсировала иные его недостатки, и пациент, зачарованный «силой и могуществом», был успешен в терапии.

Внешний вид терапевта

Во внешнем виде проявляется либо идея строгости, либо (в ряде случаев) идея исключительности, принадлежности к таинству, касте, закрытой группе (что характерно для экстрасенсов и представителей прочих псевдопсихологических течений). В медицинской среде принято носить либо белый халат, либо строгий костюм. Это подчеркивает серьезность происходящего процесса и вызывает уважение к специалисту, который его проводит. Важно помнить, что одежда несет невербальное послание пациенту о нас, и в зависимости от этого человек бессознательно определяет, можно ли нам доверять и верить в успех.

Помещение для работы

Кабинет или зал, в котором происходит гипнотерапия, является фоном для действия, и поэтому важно, что увидит пациент, придя к специалисту. Следует задуматься об интерьере своего кабинета, о том, какую информацию он несет.

Кабинет, выдержанный в строгих тонах, свидетельствует о респектабельности врача, его прочном положении, определенном консерватизме и косвенно — о доверии пациентов к нему.

Кабинет в светлых тонах, с фотографиями или рисунками на стенах, без стола между терапевтом и пациентом говорит о демократизме врача, его открытости, готовности к неформальному общению. Важно, что кабинет и врач должны быть гармоничны, чтобы не вызвать у пациента недоумения, диссонанса на уровне бессознательного восприятия окружающей обстановки.

Виды внушений

Прямые внушения. Это конкретные команды и указания, которые дает гипнотерапевт. Подобные внушения не предполагают непонимания пациента, они указывают на ожидаемое действие или эмоцию. К ним относятся команды, такие, как «Спать» или «Забыть».

Примеры прямых внушений:

- Я досчитаю до трех, и ваши глаза откроются.
- Вы будете спокойно относиться к собакам.
- После моего сеанса вы не сможете принимать алкоголь.

Прямые внушения конкретны и подразумевают доминирование психотерапевта во взаимодействии. Они часто используются в классическом гипнозе и не предоставляют пациенту возможности выбора, реализации своих потребностей. В случае нежелания пациента выполнять прямые внушения терапевта нарушается раппорт и возникает ситуация неподчинения, что уничтожает основу гипноза и

возможность терапии. Поэтому следует давать внушения последовательно, шаг за шагом добиваясь желаемого.

Одно и то же прямое внушение можно сделать по-разному:

1. Спать!
2. Я досчитаю до трех, щелкну пальцами, и вы погрузитесь в состояние гипнотического сна.
3. Через некоторое время ваши глаза начнут закрываться.

Это три варианта одного прямого внушения, но насколько они различны по произнесению и возможному восприятию!

Косвенные внушения. Это внушения недиригентные, мягкие, ненавязчивые, иногда вкрадчивые. Можно выделить следующие виды косвенных внушений.

Сложное составное внушение представляет собой сложносочиненное или сложноподчиненное предложение. Первая часть предложения обычно является присоединением, то есть описывает происходящее с пациентом, а вторая часть — ведением, то есть говорит об эффекте, который терапевт хочет получить:

- И чем дольше вы слышите мой голос, тем глубже вы можете погрузиться в транс.
- И по мере того, как ваше дыхание становится ровным, вы можете расслабиться еще больше.

Последовательность принятия. Данный вид внушения похож на предыдущий, но состоит из большего количества фраз присоединения и таким образом позволяет достичь большего согласия пациента. Речь идет о последовательном принятии каких-то идей. Человек, следуя за логикой речи гипнотерапевта, мысленно соглашается с каждым последующим постулатом, поскольку согласился с предыдущим.

Самым известным примером является правило четырех «да»: когда оппонент четырежды ответил «да» на ваши вопросы, просьбы, заявления, то в пятый раз он скажет «да» автоматически.

- Мы с тобой встретились только сегодня, и уже вечер, мы так хорошо провели день, мы катались на каруселях, ели мороженое, давай завтра снова сбежим из детского сада.
- Мы с вами в этой комнате. Вы слышите мой голос, ощущаете кресло, в котором сидите, мерно тикают часы, и ваши глаза могут захотеть закрыться.

Пресуппозиция. Под пресуппозицией, или предположением, понимается явление, которое обязательно случится, не может не случиться. Предложение обычно строится как сложносоставное и конструируется таким образом, что ударение падает на одну часть, а безударная часть и является пресуппозицией, поскольку звучит как само собой разумеющееся:

- Когда вы сядете в это кресло, вы сможете заняться самоисследованием. (Предполагается, что в кресло вам придется сесть.)
- Когда пойдешь в магазин, купи картошки. (Предполагается, что вы обязательно пойдете в магазин.)

Трюизмы. К пресуппозиции очень близки трюизмы или банальности, которые можно рассматривать как разновидность внушения. Трюизмы представляют собой факты и явления, которые известны всем, и человеку порой скучно слушать сообщения о том, что *и так все знают*. Субъект даже не может предположить суггестии в подобных фразах:

- Все течет, все изменяется. (Внушение изменений в человеке.)
- Зимой деревья стоят под снегом, но все равно в них есть жизнь. (Внушения наличия ресурсов.)

Негативные парадоксальные внушения. Обычно такие внушения имеют отрицательные частицы и могут действовать тройко.

Во-первых, пациент привлекается к предмету или явлению, хотя и предлагается совершенно противоположное: «И вы можете не слушать мой голос, не слушать то, что я говорю». Что будет делать человек?

Во-вторых, некоторые пациенты привыкли не соглашаться со всеми, и здесь используется их стратегия несогласательства, действующая согласно математическому принципу минус на минус дает плюс.

В-третьих, частица «не» бессознательным не усваивается, и поэтому фраза: «Вы можете закрывать глаза и не закрывать глаза» — фактически звучит как двойное внушение закрыть глаза.

Примеры негативных парадоксальных внушений:

- «Не думайте о белой обезьяне, не думайте об этом отвратительном животном, которое корчит рожи, показывает красный зад...» (Ходжа Насреддин).
- «Делай что угодно, братец Лис, только не бросай меня в терновый куст» (братец Кролик).

Двойная связка, или выбор без выбора. По логике действия тот вид внушения близок к пресуппозиции и дает иллюзорную возможность выбора там, где его нет. Такое внушение принимается легко, поскольку существует видимость свободного принятия решения. Механизм патологической двойной связки может лежать в основе психологических проблем, когда на должна быть четкой и внятной должна быть четкой и внятной сознательном уровне существует формальный выбор, а бессознательное понимает, что это тупик и выбора нет:

- Вы предпочитаете погружаться в транс на стуле или перейдете в кресло? (В транс вы все равно погрузитесь — или на стуле, или на кресле.)

- Ты спать пойдешь сейчас или когда соберешь игрушки?

Метафора. Метафора может применяться как в гипнотическом погружении, так и вне состояния транса. Например, необязательно говорить пациенту, что в жизни человека все может измениться. Контекст изменений можно ввести совсем иным способом — через метафору. Например: «Мы знаем, как растет дерево: оно было ростком, а потом становилось все больше и больше, выше и выше, и постепенно стало могучим деревом. Однажды налетела гроза и повредила дерево, и сейчас оно стоит и не знает, это смерть или жизнь, потому что жизнь остановилась после грозы. И только когда оно само прикажет себе жить, к нему снова вернется жизнь...».

Формально мы говорим о дереве, но у метафоры есть несколько свойств, которые делают ее важным инструментом психотерапии:

- подобие проблеме пациента. С деревом бессознательное пациента связывает себя, и все, что говорится о дереве, оно принимает на свой счет как внушения, как команды к действию;
- целостность образа метафоры позволяет ей найти дорогу в недоминантное, абстрактное полушарие мозга, которое считается зоной бессознательного, минуя обработку в сознании. Именно там находятся и проблемы пациента, и ресурсы для ее решения;
- многозначность метафоры позволяет пациенту найти тот смысл, который ему нужен, даже если терапевт его не вкладывал. Для примера спросите у окружающих вас людей, какие выводы можно сделать из сказки о Золушке. Узнаете много нового.

Контекстуальное внушение. Присутствует, когда на фоне размеренной речи слово или фраза выделяется тоном голоса, паузами, громкостью или какими-либо другими речевыми характеристиками. Сознание понимает, что логика предложения не нарушена, и не вмешивается, а бессознательное активизируется, воспринимая

выделенные слова. Может употребляться, например, в сочетании с перечислением возможных вариантов, выделяя желаемый:

«Чтобы похудеть, вы можете сесть на диету, заняться шейпингом, пригласить массажиста... ПОСЕЩАТЬ ПСХОТЕРАПЕВТА...»

Мобилизующие внушения. Для мобилизующих внушений используется особый порядок построения фразы, произносимой за один выдох. (Не удивляйтесь! Предложение в ходе наведения транса может быть разбито на несколько фраз, каждая из которых произносится отдельно, на очередном выдохе.) В конце фразы ставится глагол или отглагольная часть речи, например, причастие, которое носит мобилизующий, побуждающий характер, то усиливается ударением. Подобное построение фразы стимулирует бессознательное субъекта, подталкивая его к действию:

«И вы можете начинать ДВИГАТЬСЯ... к цели, которую ОСОЗНАЕТЕ... и когда вы будете готовы ИЗМЕНЯТЬСЯ... вы сможете это СДЕЛАТЬ».

Внушения, связанные со временем. Такие внушения подразумевают, что, когда наступит нужное время, внушаемые изменения произойдут. Пациенту предлагается интервал, когда он может выполнить предписанное действие. Поскольку нет жесткого требования выполнять предписанное именно сейчас, пациент внутренне соглашается, и изменения происходят. Внушения, связанные со временем, можно рассматривать как вариант двойной связки:

- У каждого человека изменения происходят с разной скоростью: кому-то достаточно дня, чтобы измениться, кому-то двух, а кому-то нужна неделя.
- По мере погружения в транс тело расслабляется сразу или спустя некоторое время.

Аллюзии или намеки. Этот вид внушения формируется, когда вы не называете словами какой-то факт или явление, но намекаете на него.

Намек должен быть понятен пациенту, то есть являться фактом его жизни или быть общеизвестным и общепринятым. Например, когда пациент, который приходит на прием не в первый раз, слышит фразу «Пора поработать», он устраивается удобнее в кресле, кладет руки на подлокотники, закрывает глаза и начинает погружаться в транс без дополнительных команд.

Еще один пример аллюзий:

- И может быть перед тем, как войти в транс, вы можете ощутить напряжение своих мышц, почувствовать их напряженность, чтобы потом позволить им ощутить что-то другое. (Намек на расслабление.)

Открытые внушения. Иногда открытые внушения выделяют в отдельную группу, но они близки к косвенным внушениям. Они создаются следующим образом: гипнотерапевт дает клиенту несколько идей на выбор, перечисляет варианты решения. Обычно специалист может предположить все возможности пациента, поэтому лучше оставлять выбор открытым, чтобы он мог вложить в него свои мысли, при этом как бы принимая внушение от терапевта: «И для того, чтобы научиться гипнозу, вы можете читать книги, смотреть учебные видеофильмы, можете прийти на семинар, а можете сделать что-то еще, что позволит вам достичь этой цели».

3.2. Пробы для определения степени гипнабельности

По мнению Бернгейма, гипнозу поддаются примерно 80% людей, Бирман и Форель дают цифру соответственно 85 и 90%. Причем глубокая, сомнамбулическая стадия гипноза встречается в 20% случаев.

Считается, что дети в возрасте от 7 до 14 лет практически все гипнабельны. Лучше других поддаются гипнозу больные истерическим неврозом, пациенты, перенесшие черепно-мозговую травму, страдающие алкоголизмом.

Перед проведением гипноза в ряде случаев используются пробы на гипнабельность. Это приемы с падением назад и с падением вперед, сжатием пальцев кистей рук, с «магнитом» (П. И. Буль), с «неврологической проверкой глаз на конвергенцию и аккомодацию» (С. Н. Астахов), с тремя пробирками, Констамма и др.

Прием с падением назад (рис.1). Врач заявляет пациенту о своем желании проверить его внимание и то, как он умеет сосредотачиваться. Предлагают встать к исследователю спиной, держаться совершенно прямо, так, чтобы главной точкой опоры являлись пятки, поставить ноги вместе и опустить руки вдоль тела, закрыть глаза, расслабить мускулатуру тела. Предупреждают, чтобы пациент не боялся, когда потянет назад и начнет падать. Затем исследователь кладет свою руку на затылок испытуемому и спокойно, но твердо и уверенно начинает внушать: «Как только я отведу свою руку от вашего затылка, вас начнет клонить назад! Теперь я отвожу свою руку и вас словно начинает клонить назад! Вас тянет назад! Вы медленно падаете! Вы уже падаете, падаете!». Если пациента начинает клонить назад, то можно говорить о повышенной внушаемости. В противном случае можно будет сделать вывод о недостаточной внушаемости.

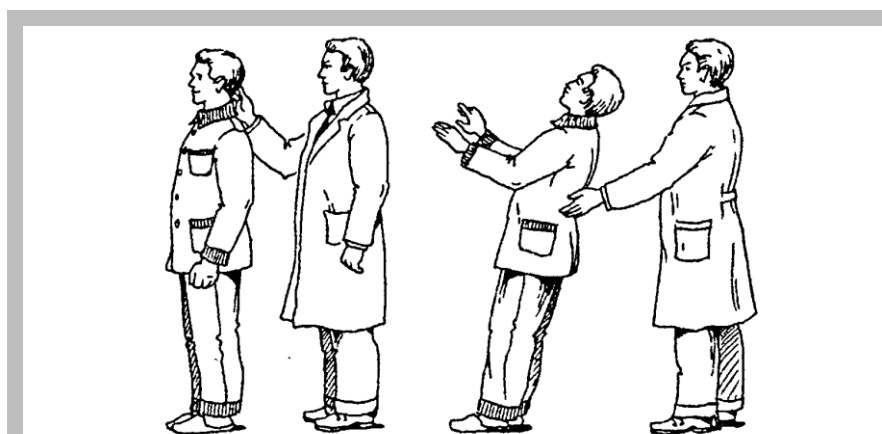


Рис.1 Прием с падением назад

Тест сжатых пальцев (рис.2). Пациенту предлагают соединить пальцы рук в замок, терапевт покрывает их своими руками. Его взгляд фиксирует переносицу испытуемого, который должен смотреть в глаза психотерапевту. Продолжая массировать руки испытуемого, врач произносит следующую формулу внушения: «Как только я положу свои руки на ваши, они начнут деревенеть. Ваши руки уже деревенеют. Руки начинают сжиматься все больше. Руки сжимаются все больше, руки сжались крепко-крепко. Вы уже не можете разжать ваши руки! Словно магниты, их притягивает друг к другу. Пробуйте, прилагайте усилия. Вы не можете разнять руки! Ничего не получается! Пробуйте, прилагайте усилия. Ничего не получается!» При положительной пробе испытуемый или вовсе не сможет разнять свои руки, либо делает это с большим трудом.



Рис 2. Тест сжатых пальцев

Тест с пробирками (рис.3). Перед пациентом ставят штатив с 3 заранее заготовленными пробирками и под предлогом исследования обоняния императивным голосом заявляют: «Вот три пробирки. В одной из них была дистиллированная вода, во второй – керосин, в третьей – слабый раствор одеколона. Укажите мне пробирку, где был керосин (одеколон)». Способность испытуемого четко дифференцировать несуществующие запахи свидетельствует о его повышенной внушаемости.



Рис 3. Тест с пробирками

Проба с маятником Шевреля (рис.4). Испытуемому дают в руки нитку с грузиком на конце, предлагают взять нитку за конец большим и указательным пальцами и, вытянув перед собой, закрыть глаза. Далее внушают: «А теперь представьте, что грузик делает круговые движения... Старайтесь не двигать рукой, только представляйте круг, по которому движется грузик...» После того как грузик начал делать круговые движения, испытуемому предлагают открыть глаза и убедиться в том, что грузик двигается. После этого испытуемому вновь предлагается закрыть глаза и представить мысленно, что грузик остановился, замер, «встал, как вкопанный». Данный прием основан не столько на внушаемости, сколько на идеомоторном эффекте, тем не менее он повышает внушаемость пациентов.

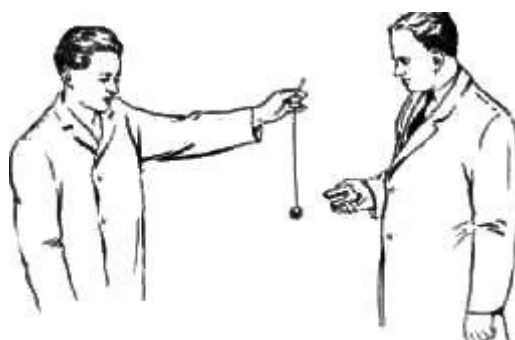


Рис. 4. Проба с маятником

Прием С. Н. Астахова. Во время обычного неврологического обследования, проверив реакцию зрачков на свет и конвергенцию, врач говорит больному, сидящему с закрытыми глазами: «Не удивляйтесь,

сейчас я надавлю вот здесь, и Вам будет трудно открыть глаза». При этом врач слегка надавливает пальцами в области надбровных дуг. На предложение после этого открыть глаза часть больных либо совсем не может открыть глаза, или делает это с видимым трудом.

Во всех случаях при проведении проб на гипнабельность не стоит говорить об их истинной цели, так как это может вызвать сопротивление испытуемого и отразиться на результатах данных проб. Перед их проведением можно, например, сказать, что речь идет о проверке состояния нервной системы или каких-либо функций организма.

3.3. Модели проведения терапии в гипнотическом состоянии

Выделяют следующие модели проведения терапии в гипнотическом состоянии (Г. С. Кочарян, 1994, 2007).

Гипносуггестивное программирование. Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, делаются внушения, программирующее нормальное протекание того или иного поведенческого акта, нормальное самочувствие, что исключает наличие патологической симптоматики и ограничительных форм поведения. Проводится как индивидуально, так и в группе. В качестве примера этого варианта приведем внушения, которые используются для устранения повышенной раздражительности и вспыльчивости.

«Отныне вы спокойны и уравновешены... Спокойны и уравновешены всегда и везде... Где бы вы не находились вы спокойны и уравновешены... Отныне спокойствие и уравновешенность следуют за вами повсюду и становятся неотъемлемыми чертами вашего характера...»

Гипносуггестивное моделирование. Этот вариант заключается в суггестивном моделировании в гипнотическом состоянии нормального осуществления того или иного поведенческого акта. Осуществляется

только индивидуально. В основе лечебного эффекта лежит воображаемый позитивный опыт.

К моделированию в гипнотическом состоянии относится и используемая техника, направленная на частичное «изменение биографии», которая обладает выраженным терапевтическим эффектом. Ее следует применять для уменьшения психотравмирующего влияния перенесенных ранее психических травм, а также ослабления наработанных патологических поведенческих и эмоциональных стереотипов Г. С. Кочарян (2007) описывает случай 38-летней женщины, которая в 16 лет была изнасилована и избита в лесу, что имело выраженные негативные последствия для ее сексуального здоровья. Перед тем как очутиться в лесу, за ней на мотоцикле приехал ее парень, который со своими друзьями участвовал во всем этом действе. Под влиянием суггестии пациентка в гипнотическом состоянии пережила события, альтернативные изнасилованию. Было внушено, что перед стрессовым эпизодом, больная начала терять интерес к парню, при его ласках и поцелуях ничего приятного не чувствовала. Когда же он приехал на мотоцикле, чтобы повезти ее в лес, она сказала, что занята. Сослалась на то, что мать поручила ей какую-то работу по дому, которую она должна выполнить. Кроме того, пациентка своим поведением дала ему понять, что не хочет с ним встречаться. Он уехал и потом к ней больше не приезжал. Только несколько раз видела его издалека, хотя они и жили в одном поселке. Непосредственно после проведения этой техники отметила, что к факту изнасилования стала относиться безразлично (Г. С. Кочарян, 2007). В другом случае гомосексуалу внушали, что, начиная с детского возраста его привлекали лица женского, а не мужского пола, что, наряду с гипносуггестивным программированием, оказало положительный корректирующий эффект.

Гипнокатарсис. Метод разработан Й. Брейером (1895). Пациента в гипнотическом состоянии проводят через ранее пережитую им травмирующую ситуацию (наводнение, землетрясение, пожар, изнасилование). В основе терапевтического эффекта лежит, как предполагается, освобождение от патогенной неотрагированной энергии, которая питает невротические симптомы. Проводится индивидуально.

Возрастная регрессия заключается в том, что пациент видит себя в более раннем возрасте вплоть до самого раннего детства. При этом могут обнаруживаться причины, которые лежат в основе существующих в настоящее время проблем и расстройств, что является существенным подспорьем как для диагностики, так и для построения адекватной терапевтической программы. Кроме того, само по себе осознание причины проблемного или болезненного состояния может обладать мощным саногенным эффектом.

Возрастная прогрессия. Пациента, находящегося в трансе, просят заглянуть в будущее, что может иметь позитивный эффект. Так, если человек обратился для того, чтобы бросить курить, его можно попросить представить, как будут выглядеть его легкие, если он будет выкуривать по двадцать сигарет ежедневно в течение последующих десяти лет. Затем ему предлагают представить, что произойдет с его легкими, если он, напротив, в течение следующих десяти лет курить не будет. Возрастная прогрессия укрепляет решимость пациентов отказаться от этой вредной привычки.

В литературе по нейролингвистическому программированию (НЛП) и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы,

что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений. При лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи в гипнотическом состоянии может быть применена следующая терапевтическая метафора (Г. С. Кочарян, 2007):

Один пианист всегда успешно выступал с концертами. На них он настолько был увлечен музыкой и погружен в нее, что все, происходившее с его руками, даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания. Однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа, который до этого выполнял многократно и успешно. С тех пор любая попытка выступить в очередном концерте заканчивалась неудачей, так как, дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он вновь сбивался. Вскоре из-за этого ему вовсе пришлось оставить всякие попытки выступления в концертах перед аудиторией. Вместе с тем, когда он сам играл дома на фортепьяно, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений. Этого, однако, было для него крайне недостаточно. Однажды после успешного исполнения пассажа (когда он находился сам) поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней. Огромное желание вновь ощутить аудиторию, слиться с ней, испытать наслаждение от выступления привело к тому, что когда ему в очередной раз предложили выступить перед аудиторией, то он не смог устоять. В день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоционального единения со слушателями, что «проскочил» (исполнил) злосчастный пассаж, даже не заметив этого. Только когда его выступление закончилось, и зрители устроили ему стоя овации, осознал, что же произошло с ним на самом деле. После этого он часто выступал с концертами, и все они проходили весьма успешно.

3.4. Способы гипнотизации

3.4.1. Директивная гипнотизация

Существуют различные способы гипнотизации. Среди них: вербальный (считается, что одним из первых его разработал Льебо); фасцинации [лат. *fascinare* – очаровывать взглядом] (аббат Фария, 1813); фиксационный (Брэд); метод пассов (Месмер); вариант с монотонным звуком; метод сближения рук; шоковый метод, и др.

При *вербальном методе* гипнотизация происходит с помощью слов. Речь может идти о внушении мышечного и психического расслабления, что способствует погружению в гипнотический транс.

При *методе фасцинации* пациент смотрит терапевту в глаза, который сосредотачивает взгляд на переносице больного. Таким образом он ставит себя в более выгодные условия.

• **Прием Фариа (1860).** Аббат Фариа удобно усаживал в кресле человека, которого надо было загипнотизировать, просил его закрыть глаза и после нескольких минут сосредоточения громко и повелительно произносил: «Спите!»

Одно слово, произнесенное после глубокого и торжественного молчания, производило на пациента такое сильное впечатление, что он быстро впадал в гипнотическое состояние.

Этот прием отличается от предыдущих своей оригинальностью, сильным слуховым впечатлением. Аббат Фариа совершенно не имел подражателей: этот прием удавался только у него; сильный и властный характер, без сомнения, был причиной, вызывавшей это явление.

При осуществлении *фиксационного метода* гипнотизируемый сосредоточивает свой взгляд на каком-либо предмете, например, на блестящем шаре, что часто предлагают делать эстрадные гипнотизеры.

• **Прием Бреда (1840).** Продолжительное сосредоточение взгляда на блестящем предмете (горлышко бутылки, металлический шар, ланцет, нож, стеклянная пуговица и т. д.). Предметы помещают напротив переносицы, немного ниже лба. Сосредоточение в одной точке зрительных лучей и неподвижность взора вызывают нервную усталость, вследствие чего наступает сон.

Метод пассив состоит в следующем (рис.3,4). Несколько раз проводятся движения ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища человека по направлению от головы к ногам на расстоянии 2–3 см от кожи, не прикасаясь к ней.



Рис.3. Пассы с прикосновением к поверхности кожи

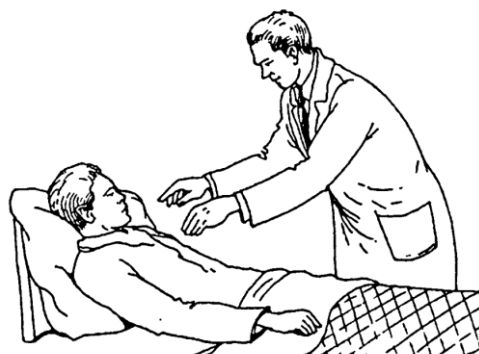


Рис.4. Пассы без прикосновения к поверхности кожи

При варианте с *монотонным звуком* используется усыпляющее действие записанного приглушенного звука метронома, шума морского прибоя, звуков падающих капель воды.

Метод сближения рук: пациент закрывает глаза, сгибает руки в локтевых суставах под углом 90 градусов и медленно сближает кончики пальцев обеих рук. При этом делаются следующие внушения: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном».

Шоковый метод осуществляется следующим образом. Больному предлагают встать спиной к креслу или дивану. Психотерапевт, который

становится справа от больного, говорит ему: «Сейчас Вы уснете глубоким, крепким сном. Стойте ровно, не сгибая тело. Закройте глаза». Затем он кладет пациенту правую руку на лоб, левую на затылок, слегка откидывает его голову назад и внушает: «Ваше тело свободно раскачивается». При этом терапевт давлением на голову гипнотизируемого начинает его раскачивать, постепенно увеличивая амплитуду, что в дальнейшем сопровождается следующими внушениями: «Вас тянет все больше и больше назад. Вы падаете назад все больше и больше. Вы не боитесь упасть. Я Вас держу». Все больше и больше увеличивая амплитуду раскачивания, гипнотерапевт внезапным давлением на лоб пациента резко опускает его в кресло или на диван, стоящий сзади, и громким повелительным тоном приказывает: «Спать! Спать глубже, глубже и глубже!».

3.4.2. Недирективная гипнотизация

Существует и ряд методов недирективной гипнотизации, к которым, в частности, относят словесную синхронизацию и ведение, а также перегрузку.

Метод недирективной гипнотизации: вначале используются утверждения, которые невозможно оспорить, так как они в полной мере соответствуют действительности, а кроме того, это соответствие очень легко устанавливается. Так происходит присоединение к пациенту. Затем переходят к утверждениям, которые не имеют какого-либо обоснования в реальном опыте человека, однако тропа доверия уже протоптана, и пациент по инерции продолжает движение в заданном направлении, испытывая те ощущения, которые соответствуют этим последним утверждениям (ведение).

Основоположники *нейролингвистического программирования* Р. Бэндлер, Дж. Гриндер (1995) рекомендуют, чтобы начальные утверждения

были внешне ориентированными. Затем постепенно увеличивается количество непроверяемых внутренне ориентированных утверждений. Схема последовательности утверждений следующая:

- Сначала произносят четыре сенсорно обоснованных утверждения (СОУ), которые легко проверяются – присоединение, после чего следует одно внутренне ориентированное утверждение (ВОУ), которое не является сенсорно обоснованным – ведение.

- Затем произносят три СОУ, за которыми следуют два непроверяемых ВОУ.

- Потом произносят два СОУ, за которыми следуют три ВОУ.

Затем произносят одно СОУ, за которым следуют четыре ВОУ. К этому моменту может развиваться весьма выраженный транс. На всех этапах осуществления данной техники СОУ связывают с ВОУ каким-нибудь переходным словом.

- Потом можно перейти только на ведение, которое будет заключаться в произнесении внушений коррекционного/лечебного характера или внушений, вызывающих то или иное желаемое состояние (только ведение).

Пример осуществления первого этапа данной техники (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, 1995): «Вы слушаете звук моего голоса, и вы можете ощутить, как ваши руки лежат на подлокотниках кресла и почувствовать, как ваши ноги прикасаются к полу, голова удобно лежит на спинке кресла, и в это время вы ощущаете внутренний покой».

Здесь соотношение между СОУ и следующим за ним ВОУ составляет 4:1.

Метод перегрузки состоит в том, что одновременно задействуются зрительная, аудиальная и кинестетическая системы. Так, пациент может одновременно считать (аудиальная система), отнимая от первоначальной цифры какое-то число, но не один или два, так как это было бы очень простой задачей, и одновременно представлять цифры (зрительная

система), получающиеся в результате вычитания, в чередующихся цветах (красный, зеленый, синий). При этом тело человека одновременно вращают, держа гипнотизируемого за плечи (кинестетическая система).

Потом ему дают следующую инструкцию: «Если в какой-то момент вам легче просто впасть в глубокий транс, то сделайте это и насладитесь им с полным пониманием своей безопасности в вашем настоящем положении...» (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, 1995).

Пример проведения гипнотического сеанса:

«Ложитесь... примите удобную позу... Закройте глаза... Итак, принятое положение тела удобно...

Успокойтесь... Успокойтесь... Вы постепенно успокаиваетесь, переходите в состояние отдыха и покоя... Успокаивается каждая клеточка Вашего организма, успокаивается каждая клеточка Вашего тела... Успокаивается вся Ваша нервная система... Все Ваши тревоги, заботы, волнения рассеиваются... Вы все меньше фиксируете на них внимание...

Окружающие звуки, шумы, шорохи и разговоры отдаляются от Вас... отдаляются от Вас все дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете никаких посторонних раздражителей... Они не доходят до Вашего сознания... Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Вы отдыхаете... Отдыхает нервная система, отдыхает весь Ваш организм... Ничто не волнует Вас, не нарушает Вашего покоя, ни телесного, ни душевного... Все, что прежде волновало Вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас блаженное чувство покоя и полного умиротворения... Окружающие звуки, шумы отошли далеко-далеко... Вы не воспринимаете их... Вы ничего не слышите, кроме голоса врача... Вы слышите только мой голос... Только мой голос слышите Вы... Мой голос действует на Вас успокаивающе... Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Все Ваше тело

приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют Ваши веки... Веки тяжелеют все больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись... Дыхание Ваше стало ровным и спокойным...

С каждым вдохом Ваше сердце бьется все спокойнее, все ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему Вашему телу... Мысли в голове путаются... Ни на чем не сосредоточиваются... Вас покинули заботы, опасения... Исчезли волнения, тревоги, огорчения... Все, что угнетало Вас, ушло и не имеет для Вас значения... Вам приятно, спокойно, хорошо... Постепенно Вы погружаетесь в дремотное состояние... Вам хочется дремать... Дремать надо... Это необходимо для Вашего выздоровления... Вы засыпаете все глубже и глубже... Приятная дремота овладевает всем Вашим существом... Никакие посторонние звуки не доходят до Вашего сознания... Никакие ощущения со стороны внутренних органов Вами не воспринимаются... Вы приятно и спокойно отдыхаете... Мысли рассеиваются, мысли рассеялись... Вы ни о чем не думаете... Находитесь во власти лечебного сна... Отдыхайте... Вы слышите мой голос и мои внушения...».

Затем проводится необходимая лечебная суггестия, за которой следуют внушения перед пробуждением и дегипнотизация:

«Вы хорошо отдохнули... Отдохнул весь Ваш организм... Исчезли все неприятные ощущения, мысли, волнения... Все, что прежде волновало Вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда Вы придете на последующее занятие и я Вам предложу закрыть глаза, Вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние шумы исчезнут... Вы будете слышать только мой голос... С каждым сеансом состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться... С каждым днем Ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше... А сейчас я буду

считать от одного до трех и по мере моего счета Вы будете пробуждаться. Один – исчезает тяжесть в Вашем теле, исчезает мышечная расслабленность... Ваше тело наливается силой, бодростью, здоровьем... Два – исчезает тяжесть Ваших век. Веки становятся легкими-легкими... Три – откройте глаза... Сделайте легкий вдох... Потянитесь... А теперь можете встать...».

При директивном («прямоавторитарный») методе даются прямые указания-инструкции, направленные на изменение состояния пациента или его поведения. При недирективном («косвенно-позволительный») («косвенно-позволительный») гипнозе с той же целью используются внушения, которые носят косвенный, опосредованный характер, благодаря чему удается обойти сопротивление пациента. Есть люди, привыкшие подчиняться прямым приказам, которым показан директивный гипноз. Тем же, кому не нравится, когда им указывают, а также тем, кто сопротивляется гипнотизации, показан недирективный гипноз. У его истоков стоит знаменитый американский гипнотизер XX века Милтон Эриксон. Приведем два внушения, которые демонстрируют различие между директивной и недирективной суггестией. Директивное внушение: «Расслабьтесь». Недирективное (косвенное) внушение: «Интересно, сможете ли вы расслабиться?».

К гипнотическим паттернам Милтона Эриксона, помимо *косвенного внушения*, также относят (Т. Джеймс, 2006):

Встроенные команды. Пример: «Вам не нужно входить в транс прямо сейчас».

Встроенные описания, которые действуют как встроенные команды. Пример: «Вы можете не ожидать того, что ощутите спокойствие и расслабление».

Установка на «да». Произносится целый ряд утверждений, которые не могут вызвать у пациента никаких возражений, а после этого дается

необходимая инструкция, по инерции не вызывающая сопротивления с его стороны.

Трюизмы (банальности, банальные высказывания) относительно ощущений, которые подведут клиента к подтверждению собственных чувств и сделают его более восприимчивым к внушению. Т. Джеймс (2006) рекомендует пациентам положить свои ладони на колени, после чего произносит ряд фраз: «Я хочу, чтобы вы по-настоящему ощутили свои ладони и заметили, что ощущения в них разнятся... И это действительно так. Знаете ли вы, почему одна ваша рука чувствует себя не так, как другая? Просто потому, что это другая рука. И это правда. Посмотрите на свою правую руку, а затем на левую. Одна из ваших ладоней испытывает совершенно иные ощущения, чем другая (пациент при этом подумает, что это действительно так, хотя теперь ему и не напоминают, что речь идет о совершенно разных руках». Как только это утверждение достигнет бессознательного разума гипнотизируемого, можно добавить: «Большинство людей чувствует, что одна ладонь легче другой» и этот трюизм может сыграть важную роль для последующих внушений, направленных на левитацию и каталепсию рук.

Трюизмы, использующие время. Бессознательное можно сделать более подверженным внушениям, если сказать клиенту, что через мгновение ему захочется моргнуть. Хотя совершенно понятно, что данная потребность у него возникла бы и без этого утверждения, однако сам пациент может посчитать этот факт подтверждением влияния на него гипнотизера, что в дальнейшем облегчит действия последнего.

«Не знаешь и не делаешь». Такой парадоксальный тип внушения, который заинтриговывает бессознательное пациента и активизирует его движение к искомой цели, может выражаться следующей цепочкой утверждений: «Вы не должны разговаривать, или двигаться, или делать какие-либо усилия. Вам не нужно даже удерживать глаза открытыми.

Люди могут спать и даже не сознавать, что они спят. Они могут видеть сны и не помнить об этом. Вам просто не нужно знать, когда ваши веки закроются сами собой. И вы можете не знать, какая из ваших рук поднимется первой».

«Открытые внушения». Общая их характеристика заключается в следующем: говорится о том, что что-то произойдет, но не уточняется, что именно; например, произносятся следующие фразы: «Вы можете не осознавать, как многому научились и что продолжаете многому учиться. Было бы неправильно, если бы я сказал: «Учите это» или «Учите то». Вы можете выучить то, что захотите, и так, как пожелаете».

Предвидение всех возможных реакций. М. Эриксон говорил: «Вскоре вы заметите, что ваш палец слегка сдвинется, возможно, сам по себе. Он может приподняться, или опуститься, или отодвинуться в сторону. Движение может быть быстрым или медленным. А может быть, ваш палец вообще не будет двигаться». Через какое-то время клиент отмечал, что его палец двинулся определенным образом или не двинулся вообще, но слова Эриксона сыграли роль убеждающего фактора. Все что бы ни делал пациент, было предусмотрено внушениями и, следовательно, способствовало его погружению в транс.

Вопросы, проясняющие новые возможные реакции. Если клиент ранее подвергался гипнозу, Эриксон мог спросить у него: «Испытанное вами гипнотическое состояние напоминало состояние бодрствования или нечто, совершенно отличное от состояния бодрствования?» В результате клиент мог войти в транс, чтобы сравнить два ощущения. Транс можно индуцировать и более простым вопросом: «Вы когда-нибудь находились в состоянии транса раньше, чем... прямо сейчас!»

Внутренние перемены могут возникнуть и при использовании эриксоновских вопросов, создающих иллюзию выбора: «Какой способ снижения веса мог бы быть для вас более эффективным? Может быть, вам

просто нужно забывать о еде? А может быть, вам стоит пренебрегать плотными трапезами, поскольку они отвлекают вас от множества более интересных вещей?»

Составные внушения. Эриксон использовал внушения, состоящие из двух утверждений. Одно из них констатировало уже свершившийся факт или событие, которое находится в развитии, в то время как второе касалось события (одного или нескольких), которое еще не произошло, но свершение которого являлось одной из целей гипнотического сеанса. Это второе утверждение оказывает действие именно из-за связи с первым.

Существуют следующие варианты составных внушений.

Установка на «да» с одним подготовительным утверждением: «Сегодня такой прекрасный день, вы будете чувствовать себя хорошо».

Ассоциации: «С каждым сделанным вами выдохом вы все более чувствуете расслабление мышц вашего тела и ощущение комфорта».

Противоположности (разнонаправленные команды): «По мере того как одна рука поднимается, вторая может опускаться».

Подтверждающие вопросы или вопросы типа «Почему бы нет?» помогают установить глубокий контакт с сознательным и бессознательным разумом пациента и устранить любое сопротивление. Это могут фразы типа: «И вы тоже, не так ли?»; «Вы ведь можете попытаться, да?»; «Вы не можете остановиться, не так ли?»; «Почему бы не позволить этому произойти?»

Внушения, использующие комплекс «отрицание + до того, как», освобождают клиента от чувства принуждения: «Вам не нужно входить в транс до того, как вы почувствуете себя готовым. И вы не сделаете этого, пока ваше бессознательное не будет готово».

Условная связь или «Если..., то...»: «Если вы распрямите ноги и положите руки на колени, то будете готовы войти в транс».

Двойные связи. Их смысл заключается в том, что пациенту предоставляют возможность выбора, но эта первичная привилегия полностью основывается на безусловном вторичном принятии необходимости поступать в соответствии с пожеланиями гипнотизирующего. Т. е., выражаясь метафорически, человек может выбрать по какой стороне улицы он будет идти (правой или левой) по направлению к тому или иному объекту, но, безусловно, он должен идти именно по направлению к нему. Пример индукции Эриксона: «Хотите ли вы войти в транс прямо сейчас или позднее?».

Эффективность недирективного гипноза в значительной степени обуславливалась тем, что М. Эриксон прибегал к утилизации (использованию) всего происходящего во время гипнотического сеанса.

В качестве примера утилизации приведем ситуацию, в которой очутился известный американский гипнотерапевт Т. Джеймс (2006). Однажды, проводя сеанс гипноза, он услышал, что находящиеся в помещении большие часы начали издавать странное «ворчание», которое они обычно издают перед началом боя, также начали двигаться гири и молоточек. Он не растерялся и сказал: «В тот момент, когда вы услышите семь глубоких ударов, вы поймете, что все изменилось». В этот момент молоточек ударил по пластине и по дому разнесся первый удар.

3.5. Стадии гипноза

Существуют различные классификации стадий гипноза. Одни авторы выделяли три его стадии (Ж. М. Шарко, А. Форель, В. М. Бехтерев и др.), И. Бернгейм – четыре, А. А. Льебо – шесть.

Классификация гипноза по В. Е. Рожнову, 1985:

Первая стадия – сонливость. Характеризуется легкой мышечной слабостью и небольшой дремотой. Гипнотизируемый, который лежит или

сидит, по собственному желанию может легко открыть глаза, встать и прервать сеанс. Находясь в состоянии приятного покоя и отдыха, он спящим себя не считает.

Вторая стадия – гипотаксия. Для нее свойственно полное расслабление мышц. В этой стадии уже можно вызвать внушенную катаlepsию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и сама по себе без специальных внушений (рис.5). После сеанса пациент сообщает, что чувствовал себя в состоянии победить сонливость и открыть глаза, однако такое желание не возникало. Хотелось продолжить сеанс: лежать и слушать голос врача.

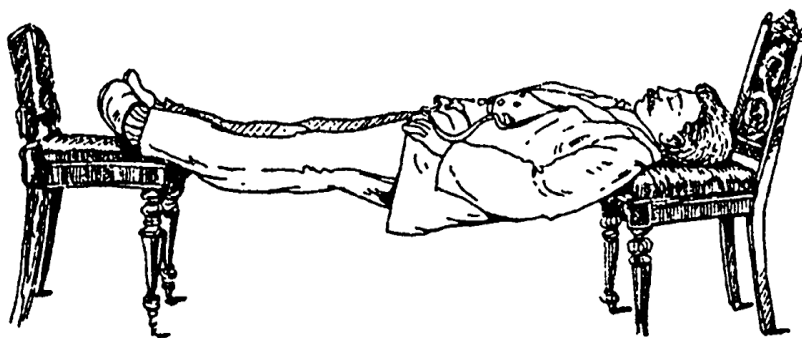


Рис.5 Каталептический мост

Третья стадия гипноза – снохождение, сомнамбулизм – наиболее глубокая. Загипнотизированный не воспринимает или почти не воспринимает никаких посторонних раздражений. Он поддерживает контакт через очаг раппорта только с загипнотизировавшим его психотерапевтом. «На этой стадии больному можно внушить галлюцинаторные переживания, изменить характер его реакций на первосигнальные раздражители, заставить ходить, отвечать на задаваемые вопросы, выполнять те или иные действия соответственно внушенной ситуации (скакать на лошади, грести, катаясь на лодке, ловить бабочек, собирать цветы, отмахиваться от пчел или прогонять напавших собак и т. д.)» (В. Е. Рожнов, 1985). В сомнамбулической стадии гипноза путем

внушения можно добиться возрастной регрессии с поведением и речевой продукцией, соответствующих внушенному (чаще детскому) возрасту. В этой стадии легко добиться полной потери чувствительности к болевым раздражениям и выключения других анализаторов, производить постгипнотические внушения, т. е. приказание о выполнении того или иного действия, которое будет осуществлено спустя заданное время после гипнотизации». Сообщалось (Льебо, Бони, Льежуа, Бернгейм, Крафт-Эбинг, Форель, Жанэ и др.) о возможности производить постгипнотические внушения у сомнамбул, которые реализовались с интервалом до года. Также сообщалось о возможности произвести в глубоком гипнозе расщепление личности, когда по желанию экспериментатора испытуемый живет двойной жизнью (за себя и за внушенный образ).

В связи с вышеизложенным весьма актуален вопрос о гипнабельности. Следует отметить, что если при директивном (классическом) подходе говорят о том, что не всех людей можно загипнотизировать, то для недирективного характерна установка на то, что любого человека можно ввести в гипнотическое состояние. Более того, М. Эриксон утверждал, что он не знает человека, которого нельзя было бы погрузить в глубокий транс. Вместе с тем он отмечал, что необходимое для этого время может значительно различаться. Так, один из его клиентов смог погрузиться в глубокий транс только после 300 повторяющихся индукций. Негипнабельность больного в эриксоновском гипнозе расценивается как проявление методической ригидности психотерапевта, который должен подобрать адекватные клиенту приемы гипнотизации.

3.6. Осложнения, которые могут возникнуть при гипнотерапии

Во время сеанса гипнотерапии могут встретиться следующие осложнения.

Потеря раппорта с переходом гипнотического состояния в естественный сон. В ряде случаев при проведении сеанса гипноза пациент перестает слышать психотерапевта, т. е. утрачивается раппорт. Это, конечно, осложнение весьма условное, так как сон сам по себе обладает терапевтическим потенциалом. Если это все же произошло, то вернуть пациента в гипнотическое состояние можно увеличив силу голоса или путем прикосновений к его лицу или телу различной интенсивности. Затем следует продолжить лечебные внушения.

Возникновение истерических феноменов (ступора, истерических припадков и сумеречных состояний). Это может быть обусловлено внушениями, которые направлены на ликвидацию симптомов, которые носят условно приятный, условно желательный характер. Например, если внушать больному, что носящие такой характер слепота, глухота, астазия и абазия устранятся, то пациент может вообще не выйти из гипнотического состояния. В этом случае вывести его из него можно либо энергичным внушением пробуждения, либо демонстрацией безразличного отношения к развившемуся состоянию (например, заявляют: «Пусть спит. Когда выспится – проснется!») и предоставлением больному возможности «спать до тех пор, пока он не «проснется». В случае истерических припадков или сумеречных состояний рекомендуется отказ от лечения и выведение из гипноза или, наоборот, углубление гипнотического транса с внушением устранения истерической симптоматики, сделанным резким тоном, что приводит к ее исчезновению.

Спонтанный сомнамбулизм. Развивается преимущественно у лиц с истерическим характерологическим радикалом. Он проявляется в том, что внезапно у врача, проводящего сеанс гипнотерапии, теряется раппорт (связь) с больным. Последний впадает в сомнамбулическое состояние, что проявляется появлением галлюцинаций и сложных форм поведения. Пациент встает, ходит, обращается к воображаемым лицам, разыгрывает

какую-нибудь роль или эпизод из своей прошлой или воображаемой жизни, обращается к психотерапевту, называя его именем члена своей семьи, друга и т. п. В связи с тем, что в данном случае раппорт утерян, повлиять на пациента, оставаясь в роли врача, невозможно. Поэтому не следует упорствовать в своей врачебной роли, но продолжать делать внушения, используя содержание переживаний пациента и формы его поведения. Например, больной может обращаться к врачу как к знакомому ему человеку. Обращаясь от имени этого человека к гипнотизируемому, терапевт может предложить больному лечь, успокоиться, заснуть. Такая тактика, как правило, оказывается успешной. Больной выполняет просьбу лица, за которого он принимает врача. Развивается сноподобное состояние, возникает раппорт к голосу врача. После необходимых внушений перед окончанием сеанса рекомендуется предварительно сделать несколько внушений успокаивающего характера, направленных на амнезию того, что происходило во время сеанса.

Бывают случаи, когда *глубокий сомнамбулический гипноз переходит в гипнотическую летаргию* – врач утрачивает возможность в желательное для него время вывести больного из гипнотического транса. Однако ничем серьезным это не грозит. В данном случае просто нужно изменить тактику. Тихим голосом, поглаживая лоб больного, врач должен делать внушение на пробуждение. Если это не удастся, то спустя полчаса–час попытку следует возобновить, настойчиво и спокойно внушая пробуждение и хорошее самочувствие. Больной снова входит в контакт и просыпается.

Также имеются указания на возможность *появления замещающих симптомов, суицидальных тенденций, чувства влюбленности к специалисту, проводящему гипнотерапию, а также оговоры в изнасиловании под гипнозом*. При проведении регрессивного гипноза в ряде случаев может иметь место резкое ухудшение в состоянии здоровья в связи с тем, что иногда пациенты могут пережить сцены, обладающие

мощным негативным эмоциональным потенциалом, что следует иметь ввиду.

3.6. Противопоказания для проведения гипноза

Противопоказаниями для применения гипноза являются (В. Е. Рожнов, 1985):

1. *Бредовые формы психозов*, в первую очередь шизофрения с бредом воздействия (гипнотического, телепатического и др.) или чувством овладения (синдром Кандинского-Клерамбо). В этих случаях в силу генерализации бредовых идей вся обстановка, и особенно сам врач, проводящий гипнотерапию, будут, скорее всего, вовлечены в бред, что может привести к ухудшению состояния пациента и небезопасно для психотерапевта, так как бредовый больной может захотеть с ним «разделаться», чтобы спастись от его «губительного гипноза». С осторожностью следует относиться и к случаям, когда душевнобольной обращается к данному психотерапевту как более сильному гипнотизеру с просьбой избавить его от последствий гипнотических воздействий более слабого гипнотизера.

2. *Истерическая гипномания*. В некоторых случаях пациенты истерического характерологического склада могут пристраститься к гипнозу как к необычному методу лечения, особенно если терапевт им нравится (гипнотическая влюбленность) и является авторитетным специалистом в своей области, у которого многие стремятся лечиться. Вместе с тем к этому времени потребности в гипнотических воздействиях может и не быть, и речь может идти о своеобразной аддикции.

Глава 4. Специальная гипнотерапия

Гипносуггестивная терапия применяется для лечения невротических, соматоформных, связанных со стрессом, сексуальных и психосоматических расстройств, неврозоподобных состояний, алкоголизма, никотинизма и др. патологии; в педагогическом процессе (гипнопедия); для повышения творческих способностей и спортивных достижений; для моделирования состояний и ситуаций, которые могут иметь место в реальной жизни; в уголовной практике для «оживления» памяти жертв и свидетелей преступлений и т. д.

Гипнотерапия алкоголизма и табакокурения

Методика эмоционально-стрессовой терапии, предложенная В. М. Бехтеревым, положила начало разработке гипнотерапии алкоголизма.

Техника вызывания эмоционально-стрессового гипноза опирается не на физиогенные факторы (сила звука, света, их внезапность или монотонность), а на эмоционально-смысловую выразительность произносимых формул погружения в гипноз и интеллектуально-аффективное содержание самого внушения, глубоко затрагивающее личность больного.

При вызывании эмоционально-стрессового гипноза особое значение приобретает интонация произносимых слов, их теплота, сердечность, искренняя участливость или, наоборот, когда требуется, твердость суждения, суровость негодования или другие подобные эмоционально-смысловые нюансы, особенно аффективно подчеркнутые.

Основные положения методики эмоционально-стрессовой терапии по В. М. Бехтереву

С 1912 г. В. М. Бехтерев интенсивно занимался разработкой методики стрессопсихотерапии алкоголизма, иначе «Триады Бехтерева». С группой алкоголиков сначала проводилась разъяснительная беседа о вреде

алкоголя и пагубных последствиях для тех, кто им злоупотребляет. В процессе беседы, сопровождающейся демонстрацией заспиртованных органов, таблиц и муляжей, у слушателей стремились вызвать страх перед губительными последствиями злоупотребления спиртными напитками. Следом за беседой начинался сеанс коллективного гипноза. Причем Бехтерев переходил к сеансу гипноза незаметно для самих больных и окружающих. Он начинал ходить между свободно расставленными стульями, произнося усыпляющие формулы внушения, и последовательно гипнотизировал пациентов одного за другим на глазах у еще незагипнотизированных больных, касаясь их рук, плеч, кладя им ладонь на лоб, погружая их в гипноз.

Это повышало внушаемость присутствующих и способствовало более быстрому и глубокому погружению в гипноз всех участников группы. Атмосфера коллективного сеанса гипноза всегда способствует повышению

внушаемости всех ее участников за счет индуцирования друг друга. Уже в ходе самого сеанса использовались мотивированные внушения. Это уже была вторая часть его триады.

Убеждающая сила Бехтерева особенно действовала на больных, так как внушение исходило от чрезвычайно авторитетного человека, к тому же обладающего прекрасными голосовыми данными и умевшего придать всей процедуре и своим действиям особую значимость. У больных развивалась высокая готовность воспринять внушаемое отвращение к водке и горячее желание вырваться из алкогольного плена.

Все завершалось третьей, заключительной стадией лечебного сеанса, когда выведенных из гипноза алкоголиков Бехтерев обучал простым и понятным формулам самовнушения, требуя, чтобы они в дальнейшем, уже дома, проводили самовнушения, тем самым подкрепляя основное лечение.

*Основные положения методики эмоционально-стрессовой терапии
по В. Е. Рожнову*

Коллективная психотерапия по методике, разработанной В. Е. Рожновым, является стрессопсихотерапией, состоящей из бесед, предшествующих гипнотическому воздействию, и логически их продолжающих словесных влияний, проводимых уже непосредственно в гипнозе.

Сеанс гипноза обычно проводится в группе, состоящей из 10-15 человек. Как правило, в группу включаются 2-3 пациента, хорошо воспринимающие гипноз, которые своим индуцирующим влиянием повышают гипнабельность всей группы. Причем для успеха лечения не обязательно достигать глубоких стадий гипноза.

Сеанс эмоциональной стрессопсихотерапии рекомендуется продолжать от 30 минут до 1 часа. При этом вырабатывается условно-рефлекторная эмоционально-отрицательная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя.

Вначале больному дают попробовать на запах и вкус чистый 96% спирт-ректификат: им смачивают носовые ходы и полость рта. При этом внушают отвращение к спиртному. Обычно условный рефлекс легко образуется после 3-4 повторений процедуры, а 6-8 процедурой почти всех пациентов приводят к сильнейшей условно-рефлекторной реакции. Во время одного сеанса тошнотно-рвотную реакцию 2-3 раза вызывают на подкреплении спиртом и столько же раз без него, только за счет одной суггестии. На последующих сеансах, когда реакция уже прочно выработана, внушение следует подкреплять водкой вместо спирта.

После 10-12 сеансов подкрепление, как правило, уже не требуется, поскольку только одно произнесение кодового слова «водка» вызывает исключительно бурную условную реакцию. Обычно весь курс лечения алкоголизма длится 1,5 — 2 месяца с последующей подкрепляющей

терапией в течение года. За курс лечения больной получает 25-30 сеансов гипносуггестивной психотерапии.

Специалист, проводящий гипнотизацию, стремится создать такой фон эмоциональных переживаний, который позволяет во всей полноте прочувствовать страдания и кошмар злоупотребления спиртным. Описываются последствия разрушающего действия пьянства на здоровье, семейные отношения, труд, губительное влияние на потомство.

Врач старается проводить внушение строгим и в то же время сочувственным голосом, интонационно выделяя и подчеркивая те слова, которые особенно задевают больных и заставляют их переживать и полнее осознавать всю недопустимость дальнейшего употребления алкоголя. На этом фоне вырабатывается тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах водки, что достигается прямым внушением: «Запах и вкус водки непереносим, он вызывает тошноту, рвоту». В голосе врача появляются бичующие ноты — слова «Водка, рвота!» он произносит с особой экспрессией.

Психологический климат, возникающий в этой группе, где каждый индуцируется своими соседями, воспринимает их влияние и в свою очередь влияет на них, способствует тому, что эмоциональный накал у всех достигает стрессового уровня.

По эффективности действия такой сеанс значительно превосходит не только иные методы гипнотизации, но и индивидуально проводимые сеансы. Не раз бывало так, что «запущенных» алкоголиков, не давших заметных реакций при индивидуальной работе, при переводе в группу сразу же захватывала общая атмосфера стрессовой заряженности, и это приводило к положительным результатам. Вопрос о полном прекращении употребления алкогольных напитков, то есть об абсолютном и постоянном трезвенничестве, пожалуй, самый трудный и ответственный во всей проблеме борьбы с алкоголизмом.

*Основные положения методики эмоционально-стрессовой терапии
по А. Р. Довженко*

Метод Довженко, которому уже несколько десятков лет, конечно, нельзя считать единственной панацеей от всех бед при алкоголизме. Однако надо признать, что ничего более совершенного, способного выдержать конкуренцию с методом стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко, за вторую половину XX века медицинская наука не смогла предложить.

Основная цель кодирования — запрет на употребление спиртных напитков. Но если есть запрет, то должно быть и наказание за его нарушение.

При кодировании словом воздействие на пациента осуществляется на высшем, психическом уровне, и срок его действия можно определить довольно точно. Психологически «кодом» является информация, которая вводится в память человека, так считает Г. М. Энтин, хотя правильнее было бы говорить о действии «кода» не только на сознание, но и подсознание пациента. Меняются убеждения и внутренние ценности человека, меняется его поведение, активизируется и укрепляется сила воли, происходят определенные изменения на биохимическом уровне.

Довженко в своей авторской методике эмоционально-стрессовой терапии по сравнению с уже существующими методиками Бехтерева и Рожнова.

1. В своей методике Довженко отказывается от выработки условного рвотного рефлекса на запах и вкус алкоголя. В его лечебном сеансе гипноза ни разу не используется внушение «водка — рвота» или «запах водки будет вызывать у вас отвращение». Но зато подробно описываются осложнения и разрушающее воздействие алкоголя на тело и психику человека.

2. Важным моментом методики «кодирования» является запрет на употребление алкоголя на конкретный срок, устанавливаемый самим пациентом. Пациент как бы сам себя «программирует» на определенный срок полного воздержания от употребления алкоголя, но только не меньше года.

При этом у пациента остается возможность при желании в любой момент освободиться от запрета и действия «кода». Эта условность снятия «кода» дает возможность пациентам охотнее соглашаться на такое лечение,

так как они знают, что при необходимости по их желанию будут «раскодированы». При таком условии у пациента не возникает потребности нарушать режим трезвого образа жизни и желания выпить в период действия «кода».

Если у пациента появляется необходимость «снятия кода» или он случайно нарушит трезвый режим в период его действия, врач подходит к решению этой проблемы индивидуально.

3. Ключевым моментом в методике Довженко является «наложение самого запрета» на употребление алкогольных напитков на тот срок, который больной выбрал сам.

Основная цель лечебного сеанса гипноза с «кодированием» — запрет на употребление любых спиртных напитков. Но если есть запрет, то должно быть и наказание за его нарушение. В данном случае наказание строгое — употребление спиртных напитков в период действия «кода» приводит к расстройству здоровья, вплоть до смертельного исхода.

О том, что употребление алкоголя разрушающе действует на здоровье человека и укорачивает его жизнь, знают все, но продолжают спокойно пить, считая, что эта беда обойдет их стороной. И во время сеанса пациент не услышит ничего совершенно нового, чего бы он не знал о воздействии алкоголя на здоровье человека и его последствиях. Но слово

врача, эмоционально окрашенное и несущее позитивный заряд энергии, во время гипнотического сеанса эмоционально-стрессовой терапии приводит в действие внутренние защитные силы организма для излечения.

4. Позитивным моментом является то, что курс лечения от алкоголизма состоит из одного сеанса гипноза, который длится 1,5 — 2 часа. Эффективность такого лечения не ниже, чем при использовании методик, recommending выработать у пациента эмоционально-отрицательную тошнотно-рвотную реакцию на вкус и запах алкоголя (это 10 — 15 сеансов, а курс лечения длится 1,5 — 2 месяца в условиях стационара).

Всю процедуру лечения условно можно разделить на три этапа:

- 1) подготовительный,
- 2) лечебный,
- 3) непосредственно кодирование.

Подготовительный этап

В системе лечения больных алкоголизмом по методу А. Р. Довженко много внимания уделяется подготовительной работе с пациентом, направленной на повышение внушаемости у пациента и создание доверия к врачу, повышение его авторитета в глазах больного.

На консультацию пациент приходит обязательно с кем-то из близких людей, при этом ему необходимо воздерживаться от употребления алкоголя как минимум 7-10 дней. Лечиться пациент должен добровольно без чьих-либо принуждений. В этом залог успеха.

Помощник врача рассаживает пациентов в первом ряду, а родственники сидят отдельно, в конце зала. Чтобы врачу было удобно наблюдать за поведением и реакцией пациента во время проведения тестов, он в течение 5 минут в популярной форме рассказывает присутствующим о

том, что гипноз — это естественный феномен и используется медициной для лечения самых разнообразных заболеваний, таких, как алкоголизм, табакокурение и неврозы.

Затем он информирует присутствующих о том, что 10—15% людей могут глубоко гипноз не воспринимать, поэтому, возможно, с кем-то из присутствующих сегодня расстанутся, так и не приступив к лечению. Врач советует, что обижаться не надо, а следует подыскать другой метод, который сможет им помочь. Или придя домой, задать себе вопрос: «Что мне сегодня мешало пройти тесты?».

Врач напоминает, что лечение гипнозом требует совместных усилий врача и пациента: мы партнеры и должны друг другу помогать в достижении поставленной цели. А чтобы лечение проходило успешно, врач предъявляет к пациентам два основных требования:

1. Всем в зале ноги поставить ровно. Руки положить на колени ладонями вниз и принять удобное, расслабленное положение. Сидеть неподвижно, как сейчас, на протяжении всей консультации. Руками, ногами, головой не двигать. Сели, расслабились и застыли.
2. На протяжении всей консультации смотреть только в лицо, в глаза врачу.

Затем врач-психотерапевт приступает к проведению подготовительных тестов 1, 2, 3. При проведении тестов вы наблюдаете за позой пациента, за выражением его лица, за тем, не открывает ли он самопроизвольно веки во время теста и как у него опускаются руки.

После проведения подготовительных тестов плавно переходят к приемам определения степени внушаемости и гипнабельности, но пациентам говорят, что сейчас им предстоит очередной тест, который будет проводиться индивидуально.

Основной этап

Сеанс лечебного гипноза по А. Р. Довженко проводится в группе из 15-20 человек. Длительность сеанса — 2-2,5 часа.

Глаза пациентов открыты. Помещение, в котором проводится сеанс, должно быть умеренно затемнено, а врач-психотерапевт, сидящий за столом, должен быть хорошо освещен. Во время сеанса не должно быть никаких посторонних звуков.

О том, как себя мобилизовать и готовить перед сеансом лечебного гипноза, Александр Романович рассказывает следующее.

«Сегодня пятница. День, когда я обычно провожу сеанс врачебного противоалкогольного и противонаркотического психического гипноза. Сегодня я должен быть бодр, полон сил и энергии, собран и внимателен. Ведь во время сеанса я израсходую огромное количество нервно-психической энергии. Я должен критически оценивать каждое свое действие, слово, жест, манеру говорить, интонацию, даже тембр голоса. Моя речь не должна быть беспристрастной, ибо на больных сильнее воздействуют эмоционально насыщенные фразы, а не сухие логические рассуждения. Я должен найти контакт с ними (это зависит только от меня), расположить их к себе, дать понять, что я искренне готов помочь им в беде, но одновременно они должны почувствовать, что я сильнее их духом. С того момента, когда я вошел в аудиторию, произнес первую фразу, их воля — в моих руках, в моем распоряжении. Вместе с тем у нас должна возникнуть взаимная симпатия.

Сеанс лечебного гипноза по методу А. Р. Довженко проводится одновременно для пациентов, страдающих алкоголизмом и табакокурением. После создания такой положительной и психоэмоционально насыщенной обстановки абсолютного доверия к врачу и ожидания исцеления приглашается врач.

Довженко: «...Я захожу в зал. Сажусь за стол. Пристально вглядываюсь в своих пациентов, медленно погружаю их в гипнотическое состояние. Затем ровным, спокойным, но властным тоном начинаю сеанс:

«Внимание!.. Носки и пятки поставили вместе — все!.. Руки положили на колени ладонями вниз! Ваши руки должны лежать совершенно свободно!.. Никакой напряженности в руках, в ногах, во всем теле не должно быть!.. Приняли удобное, расслабленное положение!.. Каждый из вас должен выбрать одну точку на моей переносице и на протяжении всего сеанса смотреть только мне в глаза!..»

Сеанс гипноза по методу А. Р. Довженко условно делится на две части.

В первой части сеанса врач-психотерапевт наводит гипнотический транс и укрепляет веру пациента в выздоровление, указывает на конкретные пути к излечению. «...Итак, внимание! ...Я начинаю сеанс лечебного гипноза по снятию с вас тяги ко всем спиртным, алкогольным и винным напиткам... По снятию тяги к табакокурению и навязчивых мыслей о курении... Укреплению вашей нервной системы и силы воли с установкой на здоровый, трезвый образ жизни...» .

Первая часть сеанса состоит из пяти смысловых блоков, которые соединяются суггестивными повторами. Создается своеобразная динамика сеанса и задается определенный ритм, когда наиболее важные формулы внушения повторяются неоднократно на протяжении всего сеанса.

«...Если каждый из вас, начиная с сегодняшнего дня, будет честно и искренне выполнять все мои требования и медицинские рекомендации по здоровому и трезвому образу жизни, тогда успех в вашем излечении от алкоголизма будет полностью обеспечен...»

В этом внушении используется хорошо известный терапевтический прием «двойной связки» — «когда — тогда». Внушение закрепляется специально разработанными А. Р. Довженко пассажами.

В ходе сеанса врач делает внушение пациентам:

«...Если я вам сказал, что необходимо смотреть мне в глаза, вы обязательно должны смотреть только мне в глаза. Во время сеанса гипноза нельзя смотреть вверх, вниз, по сторонам, отвлекаться... Сидеть неподвижно, как сейчас, на протяжении всего сеанса... Продолжать внимательно слушать мой голос... Не задавать никаких вопросов мне...»

Во второй части сеанса еще раз делается внушение на углубление гипнотического трансового состояния:

«...Как только я появился перед вами, в этом зале... Посмотрел вам в глаза... Провел своей рукой... Всех вас, до единого человека... С помощью внушения и слова... Я погрузил в особое... Гипнотическое состояние транса...»

Затем вводится смысловое понятие «кода». В формулу внушения вводятся ключевые слова, которые в дальнейшем имеют огромное психотерапевтическое воздействие на пациента, это — «код», «кодирование», «раскодирование», «стресс в случае нарушения кода». Кроме того, закладывается программа нового поведения пациента после кодирования, с установкой на здоровый, трезвый образ жизни.

Во время сеанса врач дает пациенту право выбора, на какой срок он будет закодирован. В психотерапии этот прием называют «выбор без выбора», когда с пациентом обсуждают только срок, на который он будет закодирован, создавая у него иллюзию свободы выбора.

«...Вы знаете о том, что алкоголикам и курильщикам табака мы даем полную свободу, полную демократию... Человек сам выбирает срок, в течение которого он не будет пить, но только не меньше года...»

Сеанс заканчивается на радостной оптимистической ноте:

«...Этот путь — прекрасный, радостный, счастливый!.. Этот путь приведет каждого из вас к здоровью, работоспособности, счастью и долголетию!..»

После окончания сеанса врач-психотерапевт использует постгипнотическое фазовое состояние пациента и дает прямые внушения — рекомендации на поведение в новой, трезвой жизни.

Затем пациенты в точном соответствии с образцом пишут расписки и в конце добавляют рекомендации врача, необходимые для ведения новой, трезвой жизни:

1. Если появится тяга к алкоголю, нужно немедленно явиться к врачу для снятия тяги и усиления кода.

2. Если возникла стрессовая ситуация, нужно немедленно явиться к врачу для снятия стресса и усиления кода.

3. При любой нестандартной ситуации, требующей раскодирования (смерть близкого человека, предстоящая операция или необходимость принимать спиртосодержащие лекарства), нужно явиться к врачу для раскодирования, а потом опять 3-кодироваться.

Завершающий этап

Продолжая поддерживать у пациента высокое психоэмоциональное состояние ожидания, его приглашают в отдельный кабинет. Процедура состоит в проведении физической манипуляции и психотерапевтического ритуала непосредственно «кодирования» больного от алкогольной зависимости на тот срок, который он выбирает себе сам. Эта процедура проводится только индивидуально.

При проведении процедуры «кодирования» речь врача должна быть лаконичной, точной и эмоциональной, необходимо использовать прямые внушения. Глаза у пациента в этот момент должны быть закрыты.

Произносится завершающее императивное внушение пациенту, находящемуся в гипнотическом трансовом состоянии, которое развивается на фоне эмоционального ожидания и дезориентации в пространстве.

Пациенту предлагают открыть рот. Желательно, чтобы ключевое внушение совпало по времени с воздействием струи плацебо — препарата,

которым орошают слизистую зева. Пациенту объясняли, что это специальный раствор, с помощью которого закрепляется действие «кода».

После процедуры «кодирования» пациенту выдают справку, в которой указано, на какой срок он был закодирован, и фамилия врача, проводившего лечение.

Гипносуггестивная терапия сексуальных расстройств

Гипносуггестивная терапия используется для лечения различных сексуальных расстройств, особенно в тех случаях, когда речь идет о психогенных их формах.

Гипносуггестивное программирование (ГСП) предполагает проведение внушения, программирующего нормальное течение того или иного поведенческого акта, что исключает наличие патологической симптоматики и ограничительных форм поведения.

У мужчин с тревожным опасением сексуальной неудачи применяют следующую суггестию:

«Отныне в преддверии и во время интимной близости вы полностью уверены в себе, уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаетесь в приятные сладостные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым, введение его удастся осуществить легко, на протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно...».

При *преждевременном семяизвержении* можно использовать внушения, которые способствуют уменьшению чувствительности нервных

окончаний головки полового члена, а также приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения:

«Уменьшается чувствительность нервных окончаний головки полового члена... Поэтому во время движений члена вы испытываете приятные, но несколько притупленные ощущения... Возбуждение нарастает медленно, постепенно, требуется гораздо больше времени для того, чтобы наступило семяизвержение... Отныне половое возбуждение не является чем-то неминуемо ведущим к сексуальной разрядке... Теперь не половое возбуждение управляет вами, а вы приобретаете способность управлять им... При необходимости увеличить продолжительность полового акта, вы по собственному желанию сможете очень легко переходить в другую психическую реальность, переключаясь на мысли и представления из прошлого, настоящего и планируемого будущего, которые не имеют никакого отношения к интимной близости... При этом половое возбуждение будет либо оставаться на достигнутом уровне, либо снижаться, но при этом будет сохраняться полное и устойчивое напряжение полового члена... Когда в определенный момент вы примите решение о необходимости интенсификации уровня сексуального возбуждения, вы вновь вернетесь в психическую реальность интимной близости... При желании опять остановить нарастание уровня сексуального возбуждения, вы снова совершенно легко и свободно выйдете в другую психическую реальность, не относящуюся к интимной близости... Отныне вы также приобретаете способность выдерживать высокий уровень полового возбуждения без возникновения эякуляции... Итак, теперь благодаря уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения путем переключения внимания, а также благодаря способности переносить высокий уровень сексуального

возбуждения без эякуляции, половой акт будет длиться долго, очень долго, так долго, как вы сами этого захотите...».

При снижении либидо мы рекомендуем следующие внушения:

«Голос партнерши/партнера, ее/его вид, ее/его прикосновения, ласки, поцелуи вам очень приятны... Присутствие партнерши (партнера) вызывает сильное желание обладания ею/им, потребность «слиться» в единое целое, желание раствориться друг в друге...».

При снижении *волюстических ощущений* (сладострастных ощущений, возникающих при фрикциях) необходима суггестия, направленная на повышение их интенсивности. В указанных целях мы предлагаем использовать следующую формулу: «Каждое движение полового члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение...».

В случаях *аноргазмии* у женщин и мужчин необходимо с помощью лечебных самовнушений программировать неуклонный рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения. Такую же аутосуггестию можно рекомендовать и при увеличении продолжительности полового акта у мужчин с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения.

При *фобической форме вагинизма* можно использовать следующую лечебную формулу: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Живот напряжен... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт Вам приятен...».

При *истерической форме вагинизма* использование суггестии гораздо менее перспективно, особенно, если речь не идет о «застаревшем» истерическом симптомокомплексе, который «лишен психологического

потенциала». В данном случае вагинизм является условно приятным/желанным средством коммуникации, на так называемом протоязыке.

При *фобических диспареуниях (гениталгиях)* целесообразно использование внушений, направленных (так же, как и при фобической форме вагинизма) на ликвидацию боязни с утверждением спокойного отношения к интимной близости, которая доставляет наслаждение. Следует проводить и суггестию, непосредственно программирующую безболезненное течение полового акта: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Неприятные и болевые ощущения покидают Ваши половые органы... Интимная близость доставляет Вам большое наслаждение...».

В отношении эффективности использования суггестии при истерической форме диспареунии (гениталгии) мнение такое же, как и для истерической формы вагинизма.

В некоторых случаях сексуальные дисфункции являются симптомами, параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствам сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям невротического или неврозоподобного астенического синдрома. В других – невротическая симптоматика осложняет сексуальные расстройства, отражая реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складываются таким образом, возникает необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе может способствовать улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. В этих случаях также можно прибегнуть к директивной ГСТ.

При *повышенной раздражительности* применяется следующая суггестия: «Отныне Вы спокойны и уравновешены... Спокойны и

уравновешены всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе Вы всегда спокойны и уравновешены... Спокойствие и уравновешенность следуют за Вами повсюду... Спокойствие и уравновешенность становятся чертами Вашего характера...».

При наличии собственно *астенического компонента* внушается следующее: «Укрепляется каждая нервная клеточка, укрепляется вся Ваша нервная система, укрепляется весь Ваш организм... Каждая клеточка Вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в Ваш организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь Вы всегда бодры, свежи, энергичны...».

При *агрипнических расстройствах* эффективно применение следующей формулы: «Улучшается Ваш ночной сон, углубляется Ваш ночной сон, нормализуется Ваш ночной сон... Теперь один вид постели, прикосновение головы к подушке в вечернее время перед засыпанием вызывают у Вас дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости... Отныне засыпаете легко и быстро... Ваш ночной сон продолжительный и глубокий... Спите до самого утра, а утром после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у Вас хорошее, приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...».

Недирективное ГСП. С этой целью используются терапевтические метафоры, которые помогают избежать контроля сознания пациента за подаваемой информацией и пробудить его скрытые ресурсы.

Приведем пример использования терапевтической метафоры, которая с успехом была использована Л. Кэмерон-Бэндлер [4] для устранения преждевременного семяизвержения:

«Несколько лет назад на одном семинаре юноша по имени Аллен просил помочь ему в личной проблеме - преждевременной эякуляции. Он

страдал от этого в течение нескольких лет и за помощью раньше не обращался... Благодаря тому, что темой семинара была терапевтическая метафора, я решила использовать этот прием для скрытого вмешательства в его случай. Что касается его сознания, я просто постаралась утешить его, сказав, что мало что можно сделать с преждевременной эякуляцией. Я предложила переформировать поведение по отношению к новой женщине в его жизни, говоря ему, что она, по-видимому, была настолько возбуждающей для него, что он просто не мог управлять собой, что его преждевременная эякуляция была лишь реакцией на ее сексуальные достоинства. Аллен был ошеломлен этим предложением, но вежливо принял его и даже начал представлять себе, как он будет формулировать свои замечания после коитуса.

В течение занятия я вызвала у Аллена состояние легкого транса и рассказала ему несколько историй, которые все были сконструированы так, чтобы вызвать специфическую реакцию. Я приведу одну из них, которая может служить примером. Я уверена, что реакция, на которую я рассчитывала, будет очевидной для читателя, хотя она была не вполне понятной для слушателей семинара. Большинство сочло ее индукцией транса, направленной на достижение глубокого состояния. «Есть много путей, ведущих во многие места. У человека, который тяжело работал целый год, есть всего двухнедельный отпуск. Короткие две недели, в которые он должен вместить все удовольствия за год. Что за расстройство, впихивать удовольствия за целый год в две недели! Часто он находил места, в которые можно было поехать, чтобы провести там отпуск. Он находил их на карте и выбирал самый короткий путь, которым можно было добраться туда, искал всякие сокращения дороги, так ему хотелось поскорее туда добраться. И все это было бы прекрасно. Но так он провел всю свою жизнь — в решениях, куда он собирается, выбирая самый короткий путь туда... Что сказать о непредвиденных приключениях и

возможных удовольствиях, которых он не замечал, постоянно стремясь к назначенной цели? А сам он, выбрав путь назначения, год за годом пользовался одним и тем же, самым коротким путем. И так длилось до некоторых пор. а этот раз его приятель собирался в то же место, Большой каньон. Туда они и направились вместе. Но машину вел его друг. И он спешил туда добраться. У него даже не было дорожной карты, но тем не менее он был вполне уверен, что попадет туда, куда ему хочется, и потратит на это столько времени, сколько ему понадобится. Сначала наш герой проявлял нетерпение. Но затем он стал весьма заинтригованным, что же может предложить этот странный способ путешествия. Потому что они делали то, что привлекало их в данный момент. Они отклонялись в сторону, когда их что-то удивляло или интересовало, и получали удовольствие от того, что они находили.

И чем ближе они подъезжали к Большому каньону, тем становилось менее важным, куда они направляются. Иногда дорога в сторону казалась нашему герою настолько привлекательной, что он не хотел с нее уходить. Его приятель побуждал его к продолжению путешествия, лишь напоминая ему: «Ты сможешь вернуться в любимые места вновь и вновь. И ты можешь уехать, зная, что ты сможешь вернуться, когда тебе захочется».

Лишь тогда наш герой соглашался ехать дальше. Оба были так поглощены каждым моментом своего путешествия, что их приезд к цели стал неожиданным новым удовольствием. Его приятель нарисовал на мягкой земле дорогу, по которой они приехали: «Ты можешь приехать по этой дороге, а можешь по той. Доехать сюда можно столькими путями, сколько можно получить удовольствий. Все они приведут тебя сюда. Одни быстрее, другие медленнее. Это не важно. Важно только быть там, где ты есть, когда ты там, а не там, куда ты направляешься, прежде чем ты там оказался. Когда ты там, где ты есть, ничто не будет упущено». И с тех пор, год за годом, наш герой со своим другом путешествовали в места

известные и неизвестные, и они делали это легко и с большим удовольствием.

Метафора оказалась эффективной в изменении сексуального поведения Аллена. Потом он рассказал, что у него в последующие несколько недель не было трудностей с преждевременной эякуляцией. Благодаря этой метафоре изменилась также его манера учиться, так что вместо использования методов, которые были ему хорошо знакомы, он начал исследовать различные аспекты процесса, над которым мы работали на семинаре. По мере того, как он это делал, возрастало его удовлетворение и творческое отношение к делу. Аллен никогда не узнал сознательно, что подвергся терапии. Когда мы встретились в следующий раз, он самодовольно сказал, что нет нужды беспокоиться, он нашел другие способы справиться с проблемой. Я ответила, что вполне ему верю. Он остановился, поглядел на меня уголком глаза, начал говорить что-то, потом остановил себя, пожал плечами, сказав: «Кажется, что вы это хорошо знаете».

Гипносуггестивное моделирование.

Этот метод лечения заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном течении полового акта. Он более сложен, чем ГСП, и требует знаний по психофизиологии полового акта и подробного ознакомления с особенностями реакций пациента во время полового акта до начала заболевания [4]. Лечение проводят в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при ГСП. Помимо этого, при проведении моделирования врач сталкивается и с трудностями этического порядка.

Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин.

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, леченных гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушали соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половой акт. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма [2].

Интересные данные приводит Kratochvil (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. На основе лечения 5 женщин автор делает вывод о том, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной, и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные внушением, все же имели место, что подтверждалось ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной.

Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе, как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает, что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты.

Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные

внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения [2].

Нами [5] для лечения аноргазмии у женщин, наряду с ГСП, применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эrogenных зонах пациентки, характеристике адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т. п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины.

Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование + моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация – ГСП – гипносуггестивное моделирование – дегипнотизация. В начале при моделировании пациентке внушают, что она находится в обстановке интимного сближения, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдаем тазовые движения, являющиеся объективным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения

используют индикацию с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она

по просьбе врача поднимает указательный палец правой руки, а при необходимости интенсификации возбуждения – левой.

Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности суггестивной стимуляции, позволяет гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний. При применении нами описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргазмии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты. Следует отметить, что, помимо использования указательных пальцев для поддержания обратной связи при моделировании, мы также ведем словесный диалог с пациентом, если предварительно убеждаемся в том, что это не выведет его из гипнотического состояния.

Технику гипносуггестивного моделирования мы также применяем при психогенном вагинизме и диспареунии, различных психогенных сексуальных дисфункциях у мужчин, нарушениях сексуальной ориентации по полу объекта влечения. В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек. Значимость данной техники определяется еще и тем, что в данном случае приобретает позитивный опыт, хотя и воображаемый.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов, Т. Н. Гипноз. Новейший справочник. М. : Эксмо, 2005.
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж. Нейролингвистическое программирование и структура гипноза: Пер. с англ. — СПб.: «Петербург — XXI век» совместно с «Белый кролик», 1995. — 317 с.
3. Гиллиген С. Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии: Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 416 с.
4. Гримак, Л. П. Моделирование состояний человека в гипнозе. М. : Наука, 1978.
5. Джеймс Т. Эффективные методики внушения: Пер с англ. — М.: Эксмо, 2006. — 240 с.
6. Ковалев С.В. Основы нейролингвистического программирования: уч. пособие. — М. - Воронеж: МСПИ, 2001 — 163 с.
7. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. — 2-е изд., испр. допол. — М.: Эксмо, 2009. — 176 с.
8. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия (лекция) // Здоровье мужчины. — 2011. — №3 (38). — С. 42–50.
9. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций // Здоровье мужчины. 2 (45) 2013. С 84-91
10. Линн, С. Дж., Кирш, И. Основы клинического гипноза: Доказательно обоснованный подход. М. : Психотерапия, 2011.
11. Мышляев С. Ю. Гипноз. Личное влияние? — СПб.: Братство, Респекс, 1994. — 336 с.
12. Павлов, И. П. Полн. собр. соч. : в 6 т. 2-е. изд., доп. М. ; Л. : Изд-во Академии наук СССР, 1951. Т. 3. Кн. 1–2.

13. Психотерапия: Учебник. 3-е изд.: Под ред Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
14. Рожнов, В. Е. Гипноз в медицине. М. : Медгиз, 1954.
15. Руководство по психотерапии: Под ред.. В. Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Т.: Медицина, 1985. – 720 с.
16. Стояновский Д.Н. Лечебный гипноз и его виды. Комбинированные методы лечения. – М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2006. – 141 с.
17. Тукаев Р. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. – М.: 000 «Медицинское информационное агентство»,
2006. – 448 с.
19. Шварц, И. Е. Учет степени внушаемости в процессе развития познавательной и общественной активности // Ученые записки Пермского педагогического института, 1971. Т. 81. С. 231–243.
20. Шерток, Л. Гипноз: Теория, практика и техника. М. : Сампо, 2001.