

# **ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ (лекция)**

**Г. С. Кочарян**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Гипноз как метод воздействия на психику человека и через нее на сому известен с незапамятных времен. Существуют следующие термины-синонимы, которые используются для обозначения этого феномена: гипноз (в переводе с греческого – сон; термин предложен Джеймсом Брэдом в 1843 г.), гипнотерапия, гипносуггестивная терапия, брэдизм (последний происходит от имени вышеупомянутого Брэда, с которым связывают начало научного этапа в развитии представлений о гипнозе). Термин «брэдизм» в настоящее время практически не используется. Среди остальных терминов преимущество следует отдать термину «гипносуггестивная терапия», так как он обозначает, что человек находится не только в гипнозе, как особом состоянии психики (гипноз), и не только то, что это состояние само по себе способно оказывать терапевтическое воздействие (гипнотерапия), но и то, что находясь в данном состоянии, которое обладает терапевтическим потенциалом, человеку делают внушения, направленные на достижение того или иного лечебного эффекта.**

**Исторические этапы применения гипноза, динамика представлений о его влиянии**

**Выделяют 4 этапа в развитии и использовании гипноза: домедицинский, храмовой медицины, донаучный, научный.**

**1. Домедицинский этап.** В этот период времени 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.

**2. Период храмовой медицины.** На этом этапе гипноз применяется с целью лечения больных. При этом терапевтические внушения как элемент включаются в молитвы. Терапевтический потенциал такого рода

воздействий следует признать высоким, если речь идет о верующих людях. Широко известны так называемые «чудесные исцеления», которые, в частности, позволяли избавиться от различных истерических невротических симптомов, таких как глухота, слепота, потеря речи, параличи, потеря способности стоять, ходить и др. Терапевтические воздействия, осуществляемые в таком ключе, способны оказывать 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 настоящее время, тем не менее, представление о том, что энергия может передаваться посредством прикосновения или дистантно с помощью пассов, не выглядит столь наивным, как во времена воинствующего атеизма. Это подтверждено не только эмпирическими данными, но и результатами многочисленных опытов.

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 Брэд, как отмечалось нами ранее, назвал это состояние гипнозом. Этот термин, который впервые в литературе нашел отражение в его книге

**«Нейрогипнология или трактат о нервном сне, рассматриваемом в его отношении к животному магнетизму и сопровождаемом многочисленными случаями его приложения для целей облегчения и исцеления болезней», опубликованной в Лондоне и Эдинбурге в 1843 г., вытеснил термин Месмера «магнетизм» («животный магнетизм»).**

**После смерти Брэда центром изучения гипноза становится Франция. Там возникают две школы. Возникновение первой из них – Нансиейской – связано с именем врача-практика из французского города Нанси Амвросия Августа Льебо, вдохновленного прочитанной им в 1860 г. книгой Джеймса Брэда. Льебо предлагал усыплять больных словесно (вербально), неторопливо тихим голосом внушая им представления, связанные с засыпанием. Он приходит к выводу, что гипнотический сон – это сон внушенный, для которого свойственно наличие связи с гипнотизером, который с помощью внушений может вызывать у гипнотизируемого мысли, образы и побуждать его к тем или иным действиям. Льебо уподоблял гипнотическое состояние сну с той оговоркой, что это состояние вызывается прямым внушением. Метод, который применял Льебо, заключался в том, что он, пристально глядя в глаза субъекту, внушал ему ощущение все большей сонливости. После этого осуществлялось прямое внушение, направленное на устранение симптомов. Деятельность Льебо вызывает интерес у авторитетных представителей медицины, что приводит к формированию вышеупомянутой Нансиейской школы гипноза (Льебо, Дюмон, Бернгейм, Бони), главой которой становится профессор терапевтической клиники медицинского факультета в Нанси Ипполит Бернгейм.**

**Создание второй школы гипноза – Парижской или Сальпетриерской – связано с именем знаменитого невропатолога Жана Мартена Шарко (1825–1893), который работал в центральной парижской психиатрической клинике Сальпетриер и возглавлял ее. Поводом для изучения гипноза в Сальпетриере стала порученная ему проверка возможностей лечения болезней металлами, которое давно предлагал некий Бюрк. Как раз в тот**

период времени Шарко был озадачен решением загадки истерии, которая, характеризуясь причудливостью и пестротой своих симптомов, ставила в тупик врачей. Прикосновение к больным органам медной палочкой Бюрка приводило к ликвидации истерических болей и судорог. Полученные результаты заставляют Шарко обратиться к истории вопроса. Для лечения этого заболевания его ассистенты начинают использовать магниты, что также дает положительный результат. Как известно, Месмер первоначально также лечил магнитами, пользуясь рекомендациями Парацельса, и получал хорошие результаты, а свою теорию животного магнетизма предложил на том основании, что для получения лечебного эффекта было достаточно его прикосновения к пациенту или контакта последнего с намагнетизированными им (Месмером) предметами. В ряде случаев достаточным для этого было одно присутствие Месмера. Шарко также знакомится с трудами Брэда и принимает решение об исследовании гипноза, которое начинает проводиться в Сальпетриере в 1878 г. Речь шла как о клинических наблюдениях, так и о специальных экспериментах. В результате этих исследований он пришел к выводу, что у больных истерией и лиц, находящихся под гипнозом, наблюдаются весьма сходные симптомы (например, анестезия участков кожи). На основании этого он приходит к ошибочному мнению о единой природе гипноза и истерии. Более того, согласно его мнению, гипноз может быть полезен лишь в отдельных, исключительных случаях. В подавляющем же их числе он, являясь родственником истерии, оказывает вредное ослабляющее воздействие на нервную систему больного.

Воззрения Шарко на природу гипноза разделяли невропатолог Поль Рише, психиатр Пьер Жане, невропатолог Жиль де ля Турет, невропатолог Ж. Бабинский, директор психофизиологической лаборатории Сорбонны Альфред Бине и др. Эта точка зрения была противоположна той, которой придерживались представители Нансийской школы. Между этими двумя школами завязался спор, в котором историческим победителем следует

считать Нансийскую школу. Убеждение Шарко, что гипноз имеет болезненную природу, а наблюдающиеся при его проведении феномены сродни истерии привело к тому, что после его смерти от гипноза во Франции отвернулись столь решительно, что это дало повод одному из учеников Шарко, известному психиатру Пьеру Жане, бросить крылатое выражение: «Гипнотизм мертв... Пока не воскреснет!».

Сам Жане (1849–1947) рассматривал гипнотический транс как диссоциацию, которая является психическим процессом, при котором системы идей отщепляются от нормальной личности и функционируют независимо от нее. Он считал его состоянием, в котором подсознание субъекта выполняет познавательные функции помимо сознания. Гипнотическая диссоциация в экспериментах Жане часто была связана с регрессией в более ранний период жизни субъекта. Он различал два типа диссоциации – полный и частичный. Первый из них характеризуется тем, что субъект полностью перемещается в другую личность, а второй – отщеплением части личности и ее функционированием без ведома обычной личности. По убеждению Жане, кроме диссоциативных аспектов трансa существует и «ролевой» компонент, функционирование которого направлено на то, чтобы сделать приятное гипнотизеру.

В СССР изучением физиологии гипноза занимался И. П. Павлов (1849–1936), и его многочисленные 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 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, ученик В. М. Бехтерева В. П. Протопопов считал гипноз не тормозным состоянием, а, наоборот, специальной формой бодрствования – аналогом реакции сосредоточения. Солидарным с В. П. Протопоповым в этом плане был К. В. Шалабутов. Высшей формой бодрствования гипноз еще в 1907 г. считал Макс Ферворн. Близкие к этому мнения, согласно которым гипноз рассматривается как результат образования центрального очага повышенного возбуждения, высказывали американские авторы Куби и Марголин, Вольберг, Баркер и Бургвин. Интерес представляет мнение В. М. Бехтерева по данной проблеме, который, в отличие от И. П. Павлова, считал, что естественный и гипнотический сон «близкорасположенные» состояния и совместно «оппонируют» бодрствованию.

Высказывались и принципиальными возражениями мнению В. П. Протопопова. Так, представление о том, что гипнотический транс подобен сну, обосновывалось тем, что в гипнозе, как и в естественном сне, пульс и дыхание замедляются, а кровяное давление снижается, т. е. в гипнозе и в естественном сне наблюдаются физиологические сдвиги одинакового характера.

Данную аргументацию нельзя считать безусловно доказательной и исчерпывающей, так как при релаксации (мышечной и психической) больного в гипнотическом состоянии действительно наблюдаются описанные выше сдвиги, в то время как в сомнамбулическом состоянии, когда человеку внушают, что ему угрожает какая-либо опасность, от которой он вынужден скрыться (землетрясение, наводнение), физиологические сдвиги могут быть диаметрально противоположными. Нельзя ожидать замедления пульса и дыхания, а также снижения уровня артериального давления и в тех случаях, когда находящийся в гипнотическом состоянии субъект сочиняет музыку или рисует картину. Вместе с тем происходящие во время сна изменения функций также не являются однонаправленными. Так, в фазе быстрого сна физиологические функции, в отличие от фазы медленного сна, наоборот, активизируются: учащается дыхание и ритм сердечной деятельности, повышается двигательная активность спящего, движение его глазных яблок становится быстрым, что указывает на то, что он видит сновидение.

В 1980-е гг. В. Е. Рожнов в ходе своих исследований пришел к выводу, что гипноз является третьим базовым состоянием наряду с бодрствованием и сном, что означало отход от Павловского понимания данного феномена.

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

Большинство современных теоретиков придерживаются психологических подходов, объясняющих гипнотический феномен. Согласно наиболее распространенным современным взглядам гипнотический транс представляет собой (С. Галлиген, 1997):

*1. Регрессию.* 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, нарцисстическая 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 (Кларк 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. Диссоциацию.* Речь идет о возрождении идей Жанэ, которую осуществил Эрнст 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 (Barber, 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 Барбер придает контекстуальным

переменным – таким, как поведение оператора и межличностные взаимоотношения, в то время как

формальное (традиционное) наведение считает ненужным.

*5. Разыгрывание роли.* Эта точка зрения (Уайт, Сарбин) 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* Эрики Фромм (Erika Fromm, 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 цикличном 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.

### **Пробы на гипнабельность**

Перед проведением гипноза в ряде случаев используются пробы на гипнабельность. Это приемы с падением назад и с падением вперед, со сжатием пальцев кистей рук (В. Е. Рожнов), с «магнитом» (П. И. Буль), с «неврологической проверкой глаз на конвергенцию и аккомодацию» (С. Н. Астахов), с тремя пробирками, Констамма и мн. др. В отделении неврозов и пограничных состояний Харьковского института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины разработана шкала-опросник для определения индивидуальной гипнабельности. Она состоит из 42 вопросов и позволяет определить гипнабельность испытуемого в течение короткого периода времени (10–15 мин). Прямая зависимость между результатами проб и реальной возможностью погрузить пациента в гипнотическое состояние отсутствует. В качестве примера опишем два приема.

*Прием с падением назад.* Врач заявляет пациенту о своем желании проверить его внимание и то, как он умеет сосредотачиваться. Ему

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. Его также предупреждают, чтобы он не боялся, когда его потянет назад и он начнет падать, так как его своевременно подхватят. 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!». При этих словах врач должен медленно отвести руку и в случае падения испытуемого подхватить его. Если пациента начинает клонить назад, то можно говорить о повышенной внушаемости. В противном случае можно будет сделать вывод о недостаточной внушаемости.

*Прием, рекомендуемый В.Е. Рожновым.* 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.

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.

## 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 с целью ликвидации повышенной раздражительности и вспыльчивости (Кочарян Г. С., 1991).

«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 нами техника, направленная на частичное «изменение биографии», которая обладает выраженным терапевтическим эффектом (Г. С. Кочарян, 2007). Ее следует применять для уменьшения психотравмирующего влияния перенесенных ранее психических травм, а также ослабления наработанных патологических поведенческих и эмоциональных стереотипов. К нам за лечебной помощью обратилась 38-летняя женщина, 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 и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушили ей (и она видела этот сюжет), что еще перед тем, как инициатор изнасилования (парень, с которым она встречалась) приехал к ней на мотоцикле, начала терять к нему интерес, 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. С ним ей вовсе не хотелось больше встречаться. Кроме того, в соответствии с проводимыми внушениями, когда они разговаривали с этим парнем, вышла мать и напомнила ей о своем поручении. 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 издали, 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 корригирующий 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.

*Перемещение по шкале времени*

*Регрессия.*

*Возрастная регрессия* заключается в том, что пациент видит себя в более раннем возрасте вплоть до самого раннего детства. При этом могут

быть обнаружены 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.

*Регрессивный гипноз.* Регрессивный гипноз применяется в медицине, в частности, для лечения ряда пограничных психических расстройств. Он базируется на концепции реинкарнации (повторного рождения), которая является одним из базовых положений в ряде религий и философских систем. Причину расстройства находят в «прежних воплощениях». С научной точки зрения для объяснения терапевтического эффекта регрессивного гипноза полезным может быть представление, согласно которому психика человека, погруженного под гипнозом в «предыдущие жизни», создает сюжеты-метафоры. Пережив происходящие в них события и проработав их, пациент решает свои проблемы (Кочарян Г. С., 2007).

*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, предложенная нами, 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. Он очень скучал за публикой и за концертами, от которых получал большое наслаждение и удовлетворение. 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. Его желание вновь выступать с концертами было очень сильным, более сильным, чем раньше, так как оно подогревалось его неучастием в них. 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.

### Способы гипнотизации

Существуют различные способы гипнотизации. Среди них: вербальный (считается, что одним из первых его разработал Льебо); фасцинации [лат. *fascinare* – очаровывать взглядом] (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фария, который заимствовал его из практики индийских факиров); фиксационный (предложен Брэдом); метод пассов (введен еще Месмером); вариант с монотонным звуком; метод сближения рук; шоковый метод, и др.

При вербальном методе гипнотизация происходит с помощью слов. Например, 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. При осуществлении фиксационного метода гипнотизируемый сосредотачивает свой взгляд на каком-либо предмете, например, на блестящем шаре, что часто предлагают делать эстрадные гипнотизеры. Метод пассов состоит в следующем. 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. При варианте с монотонным звуком используется усыпляющее действие записанного приглушенного звука метронома, шума морского прибоя, звуков падающих капель воды. Метод сближения рук проводится так. Пациент закрывает глаза, сгибает руки в локтевых суставах под углом 90° 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!».

Существует и ряд методов недирективной гипнотизации, к которым, в частности, относят словесную синхронизацию и ведение, а также перегрузку (Г. С. Кочарян, 2009). Первый из названных методов осуществляется так. Сначала делают 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).

Приведем пример осуществления первого этапа характеризуемой 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).

Приведем пример проведения гипнотического сеанса согласно рецептуре, предложенной на кафедре психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования (Г. С. Кочарян, 1994).

«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...».

В связи с приведенными вариантами (директивными и недирективными) гипнотизации следует отметить, что в настоящее время выделяют директивный («прямоавторитарный») и недирективный («косвенно-позволяющий») гипноз. При директивном методе даются прямые указания-инструкции, направленные на изменение состояния пациента или его поведения. При недирективном 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: «Расслабтесь». 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»*. Произносятся 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.

Стадии гипноза. Существуют различные классификации стадий гипноза. Одни авторы выделяли три его стадии (Ж. М. Шарко, А. Фореель, В. М. Бехтерев и др.), И. Бернгейм – четыре, А. А. Льебо – шесть. Также говорили о девяти и даже двенадцати стадиях гипноза. Приведем классификацию гипноза, в которой выделяют три его стадии (В. Е. Рожнов, 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. После сеанса пациент сообщает, что чувствовал себя в состоянии побороть сонливость и открыть глаза, однако такое желание не возникало. Хотелось продолжить сеанс: лежать и слушать голос врача.

*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. приказания 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.

### **Осложнения, которые могут возникнуть при гипнотерапии**

Во время сеанса гипнотерапии могут встретиться следующие осложнения и психотерапевт должен определить свое поведение по отношению к больному.

*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 в виду.

### **Противопоказания для проведения гипноза**

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

*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.

### **Сферы медицинского и немедицинского применения гипноза**

Гипносуггестивная терапия применяется для лечения невротических, соматоформных, связанных со стрессом, сексуальных и психосоматических расстройств, невротоподобных 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бэндлер Р., Гриндер Дж. **ТРАНСФОРМЭЙШН. Нейролингвистическое программирование и структура гипноза: Пер. с англ.** — СПб.: Изд-во «Петербург — XXI век» совместно с ИЧП «Белый кролик», 1995. — 317 с.
2. Гиллиген С. **Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии / пер. с англ.** — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 416 с.
3. Джеймс Т. **Эффективные методики внушения: Пер с англ.** — М.: Эксмо, 2006. — 240 с.
4. Кочарян Г. С. **Современная сексология.** — Киев: НИКА-Центр, 2007. — 400с.
5. Кочарян Г. С. **НЛП: терапевтические техники.** — 2-е изд., испр. допол. — М.: Эксмо, 2009. — 176 с.
6. Кочарян Г. С. Кочарян А. С. **Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов.** — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
7. Мышляев С. Ю. **Гипноз. Личное влияние?** — СПб.: Братство, Респекс, 1994. — 336 с.
8. **Психотерапия: Учебник. 3-е изд. / Под ред Б. Д. Карвасарского.** — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.
9. **Руководство по психотерапии / Под ред.. В. Е. Рожнова.** — 3-е изд., доп. и перераб. — Т.: Медицина, 1985. — 720 с.
10. Тукаев Р. Дж. **Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии.** — М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.

**Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия (лекция) // Здоровье мужчины. — 2011. — №3 (38). — С. 42–50.**