

Міністерство охорони здоров'я України

Харківська медична академія післядипломної освіти

КАФЕДРА СЕКСОЛОГІЇ, МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ, МЕДИЧНОЇ ТА  
ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

## **ГІПНОСУГЕСТИВНА ТЕРАПІЯ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СЛУХАЧІВ

**Харків – 2017**

**Установа розробник:**

**Харківська медична академія післядипломної освіти**

**УКЛАДАЧ:**

**Кочарян Гарнік Суренович**

д. мед. н., професор

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

**Долуда С. М.** – д. мед. н., професор каф. психіатрії ХМАПО;

**Шестопалова Л. Ф.** – д. психол. н., професор, зав. відділом мед. психології ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України»

Затверджено Вченою Радою Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол №9 від 30.11.2017 р.

## ЗМІСТ

Питання та завдання для контролю вхідного рівня знань .....	4
Вступ .....	6
Розділ 1. Понятійний апарат. Історичні етапи застосування гіпнозу, динаміка уявлень про його вплив .....	7
Розділ 2. Проби на гіпнабельність .....	15
Розділ 3. Моделі проведення терапії в гіпнотичному стані .....	17
Розділ 4. Способи гіпнотизації .....	18
Розділ 5. Стадії гіпнозу .....	27
Розділ 6. Ускладнення, які можуть виникнути при гіпнотерапії .....	28
Розділ 7. Протипоказання для застосування гіпнозу .....	30
Питання для контролю кінцевого рівня знань .....	32
Правильні відповіді на питання для контролю кінцевого рівня знань .....	33
Список рекомендованої літератури .....	34

## Питання та завдання для контролю вхідного рівня знань

1. Які стадії гіпнозу існують? [6, 11]
2. Які способи гіпнотизації існують? [6, 10, 11]
3. При яких захворюваннях використовується гіпносугестивна терапія?  
[6, 10, 11]
4. Гіпнотизація при застосуванні метода фасцинації передбачає [6, 10, 11]:  
використання вербальних навіювань  
рухи долонею з широко розставленими пальцями уздовж голови і тулуба  
створення ситуації, коли пацієнт дивиться в очі терапевта, який зосереджує свій погляд на переніссі хворого  
зосередження погляду пацієнта на якому-небудь предметі, наприклад, на блискучій кулі
5. При проведенні гіпносугестивної терапії хворій Т., 37 років, у якої було діагностовано неврастенію з сексуальними розладами, лікар підняв її руку, що до цього лежала на кушетці. Коли він її відпустив, то вона не повернулася в початкове положення і як би зависла. Після виходу з гіпнотичного стану пацієнтка сказала, що відчувала повне м'язове розслаблення і сонливість, але якби захотіла змогла б подолати сонливість і розплющити очі. Яка з названих стадій гіпнозу за Форелем відповідає стану, в якому знаходилася пацієнтка? [6, 11]  
сонливість  
сомнабулізм  
гіпотаксія
6. При проведенні гіпносугестивної терапії хворій П., 35 років, у якої мав місце демонстративний (істеричний) розлад особистості із сексуальною дисфункцією, під час одного з сеансів було зроблено наступне навіювання. Пацієнтку попросили встати з кушетки, розплющити очі, підійти до свого чоловіка, якого вона бачить (насправді чоловіка в

кабінеті не було), а потім знов лягти і закрити очі. Перед закінченням сеансу було зроблено навіювання, яке було спрямовано на амнезію «її зустрічі» з чоловіком. Після виходу з гіпнотичного стану хвора не пам'ятала про цю «зустріч». Яка з названих стадій гіпнозу за Форелем відповідає стану, в якому знаходилася пацієнтка? [6, 11]

сонливість

гіпотаксія

сомнамбулізм

7. Представником Сальпетрієрської школи гіпнозу є [6, 10, 11]:

Льєбо

Шарко

Боні

Бернгейм

## ВСТУП

В даний час існує величезна кількість різноманітних методів психотерапії, у кожного з них є свої прихильники. Представники різних напрямків психотерапії часто конкурують з другом. Так, наприклад, відомо про досить жорсткі критичні висловлювання основоположників нейролінгвістичного програмування (НЛП) проти психоаналітиків, які лікують довго, що супроводжується великими матеріальними витратами клієнта. Так само, у відмінності від психоаналітиків, представники НЛП вважають, що для того, щоб лікувати хворого, зовсім не обов'язково знати причину його хвороби. Головне знати структуру патологічного процесу. Змінюючи її за допомогою заміни окремих блоків можна позбавити клієнта від того чи іншого розладу. У тих, хто займається НЛП, навіть існує так звана методика лікування наосліп.

У свою чергу, після падіння «чорного завісу» спеціалісти, які почали освоювати ази психоаналізу та психоаналітичної психотерапії, що з'явилися в великій кількості, почали критично висловлюватися щодо тих лікарів, які використовували у своїй роботі гіпносугестивну терапію, іронічно називаючи їх «сугестологами». Такі безпідставні «нападки» потім пішли на спад, так як все ж у котрий раз підтвердилось, що гіпнотерапія, яка постійно розвивається, не тільки ефективна і її курс займає мало часу, але також і те, що вона здатна призводити до хороших та стійких результатів. Крім того, ні один гіпнотерапевт не використовує у своєму лікуванні тільки цей метод психотерапії. Його об'єднують з нейролінгвістичним програмуванням, когнітивно орієнтованими впливами, а іноді і з когнітивно-біхевіоральною психотерапією. В даний час навіть існує когнітивна гіпнотерапія. Треба зазначити, що лікар, що проводить психотерапію, у своїй роботі має користуватися різними її методами, а не обмежувати себе лише якимось одним, що збагачує і посилює його лікувальний потенціал.

Гіпносугестія широко застосовується для лікування невротичних, соматоформних, пов'язаних із стресом, сексуальних та психосоматичних розладів, неврозоподібних станів, алкоголізму, нікотинізму і ін. патологій; у

педагогічному процесі (гіпнопедія); для підвищення творчих здібностей та спортивних досягнень; для моделювання станів і ситуацій, які можуть мати місце в реальному житті; у кримінальній практиці для «пожвавлення» пам'яті жертв і свідків злочинів, і т. д.

Цей навчально-методичний посібник дасть можливість слухачам циклів вивчити тему самостійно і за допомогою викладача виправити помилки, що дозволить підвищити їх професійний рівень. Він розроблений для слухачів, які проходять підготовку з медичної психології та сексопатології (спеціалізація, передатестаційний цикл, стажування, цикли тематичного удосконалення) згідно існуючих програм.

## **Розділ 1. Понятійний апарат. Історичні етапи застосування гіпнозу, динаміка уявлень про його вплив**

Гіпноз як метод впливу на психіку людини і через неї на сому відомий з незапам'ятних часів. Існують наступні терміни-синоніми, які використовуються для позначення цього феномена: гіпноз (у перекладі з грецького – сон; термін запропонований Джеймсом Бредом в 1843 р.), гіпнотерапія, гіпносугестивна терапія, бредизм (останній походить від імені вищезгаданого Бреда, з яким пов'язують початок наукового етапу в розвитку уявлень про гіпноз). Термін «бредизм» в даний час не використовується. Серед решти термінів перевагу слід віддати терміну «гіпносугестивна терапія», оскільки він означає, що людина знаходиться не тільки в гіпнозі як особливому стані психіки (гіпноз), і не тільки те, що цей стан сам по собі здатний чинити терапевтичну дію (гіпнотерапія), але й те, що людині, яка знаходиться в даному стані, роблять навіювання, спрямовані на досягнення того або іншого лікувального ефекту.

Виділяють 4 етапи в розвитку і використанні гіпнозу: домедичний, храмової медицини, донауковий, науковий.

**1. Домедичний етап.** У цей період часу гіпноз більшою мірою застосовувався для посилення віри людей в різні божества, тоді як його

застосування з лікувальною метою відступало на задній план. Він трактувався як щось надприродне, доступне лише вибраним людям, що знаходяться у зв'язку з божественними силами.

**2. Період храмової медицини.** На цьому етапі гіпноз застосовується з метою лікування хворих. При цьому терапевтичні навіювання як елемент включаються в молитви. Терапевтичний потенціал такого роду дій слід визнати високим, якщо мова йде про віруючих людей, для яких звернення по допомогу до бога через авторитетних посередників, якими є служителі того або іншого культу, являється могутнім лікувальним чинником. Широко відомі так звані «чудові зцілення», які, зокрема, дозволяли позбавитися від різних конверсійних (істеричних) невротичних симптомів, таких як глухота, сліпота, втрата мови, паралічі, втрата здатності стояти, ходити і ін. Терапевтичні дії, які здійснюються в такому ключі, здатні впливати не тільки на конверсійну симптоматику, але й на інші розлади, зокрема психосоматичні.

**3. Донауковий етап** в розвитку уявлень про гіпноз пов'язаний з ім'ям австрійського лікаря Франца Антона Месмера (1734–1815) – творця вчення про тваринний магнетизм. Згідно з цим вченням, мир пронизаний особливою рідиною – магнетичним флюїдом (від латинського fluidus – текучий), який має цілющу силу. Цей флюїд може накопичуватися у особливо обдарованих для його сприйняття людей і передаватися ними хворим за допомогою дотику і не тільки, що призводить до їх зцілення. В наш час уявлення про те, що енергія може передаватися за допомогою дотику або дистантно за допомогою пасів, не виглядає таким наївним, як за часів войовничого атеїзму. Це підтверджено не тільки емпіричними даними, але й результатами численних дослідів.

**4. Науковий етап.** Початок цього етапу пов'язують з ім'ям Джеймса Бреда (1795–1860) – англійського хірурга, а потім і гіпнотерапевта, який стверджував, що за допомогою свого методу (спочатку він просив своїх родичів і друзів зосереджуватися на шийці пляшки, що знаходилася на підвищенні, а потім пацієнтів (не відриваючись) дивитися на лезо свого ланцета) він викликає особливий, нервовий сон. На його думку, причину цього сну слід шукати в



своєрідному стані нервової системи людини, яка гіпнотизується, що закономірно виникає в результаті більш менш тривалої фіксації зору. Саме Бред, як відзначалося нами раніше, назвав цей стан гіпнозом. Цей термін вперше знайшов віддзеркалення в його книзі «Нейрогіпнологія або трактат про нервовий сон, що розглядається в його відношенні до тваринного магнетизму і супроводжується численними випадками його застосування для цілей полегшення і зцілення хвороб», опублікованій в Лондоні і Едінбургу в 1843 р., витіснив термін Месмера «магнетизм» («тваринний магнетизм»).

Після смерті Бреда центром вивчення гіпнозу стає Франція. Там виникають дві школи. Виникнення першої з них – Нансійської – пов'язано з ім'ям лікаря-практика з французького міста Нансі Амвросія Августа Льебо, який в 1860 р. прочитав книгу Джеймса Бреда, що надихнула його. Льебо пропонував усипляти хворих словесно (вербально) і неквапливо тихим голосом вселяв їм уявлення, пов'язані із засипанням. Він прийшов до висновку, що гіпнотичний сон – це сон навіяний, для якого властива наявність зв'язку з гіпнотизером, який за допомогою навіювань може викликати у пацієнта думки, образи і спонукати його до тих або інших дій. Льебо уподібнював гіпнотичний стан сну з тією обмовкою, що цей стан викликається прямим навіюванням. Метод, який застосовував Льебо, полягав в тому, що він, пильно дивлячись в очі суб'єкта, навіював йому відчуття все більшої сонливості. Після цього здійснювалося пряме навіювання, направлене на усунення симптомів. Діяльність Льебо викликає інтерес у авторитетних представників медицини, що приводить до формування вищезазначеної Нансійської школи гіпнозу (Льебо, Дюмон, Бернгейм, Боні), головою якої стає професор терапевтичної клініки медичного факультету в Нансі Іполіт Бернгейм.

Створення другої школи гіпнозу – Паризькою або Сальпетрієрської – пов'язано з ім'ям знаменитого невропатолога Жана Мартена Шарко (1825–1893), який працював в центральній паризькій психіатричній клініці Сальпетрієр і очолював її. Приводом для вивчення гіпнозу в Сальпетрієрі стала доручена йому перевірка можливостей лікування хвороб металами, яке давно

пропонував Бюрк. Якраз в той період часу Шарко був спантеличений вирішенням загадки істерії, яка характеризувалася химерністю та строкатістю своїх симптомів і ставила в безвихідь лікарів. Дотик до хворих органів мідною паличкою Бюрка призводив до ліквідації істеричних болів і судом. Отримані результати примушують Шарко звернутися до історії питання. Для лікування цього захворювання його асистенти починають використовувати магніти, що також дає позитивний результат. Як відомо, Месмер спочатку також лікував магнітами, користуючись рекомендаціями Парацельса, і отримував добрі результати, а свою теорію тваринного магнетизму запропонував на тій підставі, що для отримання лікувального ефекту було досить його дотику до пацієнта або контакту останнього з намагнетизованими ним (Месмером) предметами. У ряді випадків достатнім для цього була одна присутність Месмера. Шарко також знайомиться з працями Бреда і приймає рішення про дослідження гіпнозу, яке починає проводитися в Сальпетрієрі в 1878 р. Мова йшла як про клінічні спостереження, так і про спеціальні експерименти. В результаті цих досліджень він дійшов висновку, що у хворих на істерію і осіб, які знаходяться під гіпнозом, спостерігаються вельми схожі симптоми (наприклад, анестезія учасків шкіри). На підставі цього він приходить до помилкової думки відносно єдиної природи гіпнозу і істерії. Більш того, згідно з його думкою, гіпноз може бути корисним лише в окремих, виняткових випадках. У переважному ж їх числі він негативно впливає на нервову систему хворого та ослабляє її.

Переконання Шарко щодо природи гіпнозу поділяли невропатолог Поль Ріше, психіатр Пьер Жане, невропатолог Жиль де ля Турет, невропатолог Ж. Бабінський, директор психофізіологічної лабораторії Сорбонни Альфред Біне і ін. Ця точка зору була протилежна тій, якої дотримувалися представники Нансійської школи. Між цими двома школами зав'язалася суперечка, в якій історичним переможцем слід вважати нансійську школу. Переконання Шарко, що гіпноз має хворобливу природу, а феномени, які спостерігаються при його проведенні, схожі на істерію, привело до того, що після його смерті у Франції від гіпнозу рішуче відвернулися. Це дало привід одному з учнів Шарко,

відомому психіатрові П'єру Жане, сказати: «Гіпнотизм мертвий... Поки не воскресне!».

Сам Жане (1849–1947) розглядав гіпнотичний транс як дисоціацію, яка є психічним процесом, при якому системи ідей відщеплюються від нормальної особи і функціонують незалежно від неї. Він вважав його станом, в якому, крім свідомості, пізнавальні функції виконує підсвідомість суб'єкта. Гіпнотична дисоціація в експериментах Жане часто була пов'язана з регресією в ранній період життя суб'єкта. Він розрізняв два типи дисоціації – повний і частковий. Перший з них характеризується тим, що «суб'єкт повністю переміщається в іншу особу», а другий – відщеплюванням частини особистості і її функціонуванням без відома звичайної особистості. На переконання Жане, окрім диссоціативних аспектів трансу існує й «ролевий» компонент, функціонування якого направлене на те, щоб зробити приємне гіпнотизеріві.

У СРСР вивченням фізіології гіпнозу займався І. П. Павлов (1849–1936) та його численні учні (Бірман, Разенков, Воскресенський, Петрова, Іванов-Смоленський і ін.). На думку представників цієї школи, фізіологічну основу гіпнотичного стану як у тварин, так і у людини складає процес гальмування, що виникає в корі великих півкуль головного мозку під впливом певних умов, що піддаються точному дослідженню. Згідно з поглядами І. П. Павлова, гіпноз – частковий сон, стан, перехідний між сном і неспанням. Він характеризується тим, що на тлі загальмованих з різним ступенем інтенсивності ділянок мозку присутній сторожовий пункт в корі великих півкуль, який забезпечує можливість рапорту між гіпнотизером і пацієнтом. Під час гіпнозу клітини кори великих півкуль головного мозку знаходяться в різних фазах інтенсивності гальмівного процесу. Дуже велика ефективність словесних навіювань спостерігається в парадоксальній фазі гіпнозу. І. П. Павлов (1951) писав, що парадоксальна фаза – «дійсний аналог особливо цікавої фази людської гіпнотизації, фази навіювання, коли сильні подразники реального світу поступаються місцем слабким подразникам, що йдуть від слів

гіпнотизера». В світлі концепції про другу сигнальну систему слово є універсальним умовним сигналом сигналів.

Висловлювалася і діаметральна протилежна думка про природу гіпнозу. Так, учень В. М. Бехтерева В. П. Протопопов вважав гіпноз не гальмівним станом, а, навпаки, спеціальною формою неспання – аналогом реакції зосередження. Солідарним з В. П. Протопоповим в цьому плані був К. В. Шалабутов. Вищою формою неспання гіпноз ще в 1907 р. вважав Макс Ферворн. Близькі до цього думки, згідно з якими гіпноз розглядається як результат утворення центрального осередка підвищеного збудження, висловлювали американські автори Кубі і Марголін, Вольберг, Баркер і Бургвін. Інтерес викликає думка В. М. Бехтерева з даної проблеми, який, на відміну від І. П. Павлова, вважав, що природний і гіпнотичний сон «близько розташовані» стани і спільно «опонують» неспанню.

Висловлювалися і принципові заперечення думці В. П. Протопопова. Так, уявлення, що гіпнотичний транс подібний до сну, було обґрунтовано тим, що в гіпнозі, як і в природному сні, пульс і дихання сповільнюються, а кров'яний тиск знижується, тобто в гіпнозі і в природному сні спостерігаються фізіологічні зрушення однакового характеру.

Дану аргументацію не можна рахувати безумовно доказовою і вичерпною, оскільки при релаксації (м'язовій і психічній) хворого в гіпнотичному стані дійсно спостерігаються описані вище зрушення, у той час як у сомнамбулічному стані, коли людині навіюють, що їй загрожує яка-небудь небезпека, від якої вона вимушена сховатися (землетрус, повінь), фізіологічні зрушення можуть бути діаметрально протилежними. Не можна чекати уповільнення пульсу і дихання, а також зниження рівня артеріального тиску і в тих випадках, коли суб'єкт, що знаходиться в гіпнотичному стані, складає музику або малює картину. Разом з тим зміни функцій, що відбуваються під час сну, також не є односпрямованими. Так, у фазі швидкого сну фізіологічні функції, на відміну від фази повільного сну, навпаки, активізуються: частішає

дихання і ритм серцевої діяльності, підвищується рухова активність сплячого, рух його очних яблук стає швидким, що указує на те, що він бачить сновидіння.

У 1980 рр. В. Є. Рожнов в ході своїх досліджень прийшов до висновку, що гіпноз є третім базовим станом разом з неспанням і сном, що означало відхід від Павлівського розуміння даного феномена.

У 1930–1960 рр. в СРСР вивчення гіпнозу як стану і гіпносугестивної терапії спиралося на суто фізіологічну Павлівську платформу, але в 1970 рр. інтерес до Павлівської теорії гіпнозу падає.

Більшість сучасних теоретиків дотримуються психологічних підходів, що пояснюють гіпнотичний феномен. Згідно з найбільш поширеними сучасними поглядами, гіпнотичний транс – це (С. Галлиген, 1997):

**1. Регресія.** Багато прихильників психодинамічного підходу інтерпретували гіпнотичний досвід в рамках фрейдистських і неофрейдистських уявлень про психічну регресію і перенесення. Психоаналітичні теорії називають наступні процеси, що відбуваються в гіпнозі (початок ХХ століття): реактивація Едіпова комплексу, містична закоханість з підпорядкуванням ідеалу «понад-Я», сексуальний характер взаємин гіпнотизера і пацієнта, нарцистична регресія. У 1930–1950 рр. психоаналітичні теорії гіпнозу розглядали відносини між гіпнотизером і клієнтом з позиції трансферу, зміни «Я» гіпнотика за допомогою особливого регресивного процесу, поєднання регресивного трансферу і сенсорної депривації.

**2. Навчання.** Згідно з цим підходом (Кларк Халл), всі гіпнотичні процеси можуть бути пояснені законами формальної теорії навчання, а гіпнотичними феноменами є завчені реакції, подібні до інших звичок. Цей теоретичний підхід припускає, що транс як природне переживання за допомогою практики може стати легше досяжним і повнішим.

**3. Дисоціація.** Мова йде про відродження ідей Жана, яке здійснив Ернст Хилгард. Його теорія недисоціації (Hilgard, 1977) запозичує свої поняття з сучасної когнітивної психології. Вона описує гіпнотичний досвід як тимчасову

відчуженість суб'єкта від звичайного свідомого планування і управління своїм функціонуванням. Такі дисоціативні переживання як амнезія, гіпнотична глухота, контроль болю і автоматичне написання суб'єкт здатний зазнавати тому, що діє незалежно від перевірки реальністю, унаслідок чого стає менш критичним.

**4. Мотивована участь.** Т. Барбер (Barber, 1969) висунув когнітивно-поведінкову точку зору, згідно з якою переживання трансу є результатом «позитивних установок, мотивацій і очікувань, що створюють готовність мислити і фантазувати на пропоновані теми». Згідно з цією точкою зору, будь-яку людину за наявності у неї бажання можна навчити зазнавати «гіпнотичні» феномени. Основне значення Барбер приділяє контекстуальним змінним – таким, як поведінка оператора і міжособистісні взаємини, тоді як формальне (традиційне) наведення вважає за непотрібне.

**5. Розігрування ролі.** Ця точка зору (Уайт, Сарбін) висуває на перший план соціально-психологічні аспекти гіпнотичної ситуації. Гіпнотичний транс в цьому підході розуміється як стан, в якому суб'єкт має сильну мотивацію поводитися «як загіпнотизований», він як би грає певну роль. Поведінку людини, яка знаходиться в гіпнотичному стані, рекомендується розглядати як дії, що здійснюються «нібито». Людина, що має певні навички і мотивацію, згідно з даним підходом, здатна глибоко занурюватися в гіпнотичну роль і навіть зазнавати драматичні якісні зрушення в своїй суб'єктивній реальності.

Серед сучасних теорій гіпнозу називають *его-психологічну теорію* Еріки Фромм (Erika Fromm, 1995), що виникла на стику психоаналітичної его-психології і когнітивної психології (Е. Фромм із співробітниками підтримали психоаналітичну гіпотезу, згідно з якою гіпноз є формою адаптивної регресії), *ультрадіанну теорію* E. L. Rossi (1982, 1995), яка базується на циклічному 90-хвилинному чергуванні домінантності півкуль і використанні даного ультрадіанного ритму в гіпнотерапії. Згідно з *теорією дисоційованого контролю* K. S. Bowers (1977), гіпнотичне навіювання ослабляє лобовий контроль поведінкових схем, що сприяє направленій активації навіяної

поведінки. Також існує *соціокогнітивна теорія гіпнозу* I. Kirsch, S. J. Linn (1997), яка побудована на інтеграції і розвитку сучасних теорій соціальної і когнітивної автоматичності буденної цілеспрямованої поведінки.

Кожна з вищенаведених точок зору не може пояснити гіпнотичні феномени, що спостерігаються у всіх суб'єктів, і відображає лише частину істини. Тому можна говорити і про еkleктичну *точку зору*, яка здатна врахувати різні аспекти істини і скласти повне уявлення про процеси і феномени, які мають місце в гіпнотичному трансі.

У сучасній західній психології виділяють два ведучих підходи до гіпнозу: традиційний, в якому гіпноз розглядається як змінений стан свідомості (ЗСС), і соціокогнітивний, де гіпнотична поведінка вважається активною цілеспрямованою діяльністю осіб, які знаходяться у гіпнотичному стані. На користь кожного з них отримані переконливі експериментальні дані. В рамках першого підходу гіпноз розглядається як ЗСС, в якому психічні процеси функціонують не так, як в звичайному стані. Згідно з другим підходом, в гіпнозі звичайні розумові або поведінкові процеси реалізуються в незвичайній соціальній ситуації.

## **Розділ 2. Проби на гіпнабельність**

Перед проведенням гіпнозу у ряді випадків використовуються проби на гіпнабельність. Це прийоми з падінням назад і з падінням вперед, із стисненням пальців кистей рук (В. Є. Рожнов), з «магнітом» (П. І. Буль), з «неврологічною перевіркою очей на конвергенцію і акомодацию» (С. Н. Астахов), з трьома пробірками, проба Констамма і багато інших. У відділенні неврозів і суміжних станів Харківського НДІ неврології, психіатрії і наркології ім. В. П. Протопопова розроблена шкала-опитувальник для визначення індивідуальної гіпнабельності. Вона складається з 42 питань і дозволяє визначити гіпнабельність суб'єкта протягом короткого часу (10–15 хв.). Слід зазначити, що пряма залежність між результатами проб і реальною можливістю

загіпнотизувати пацієнта відсутня. В якості прикладів проб на гіпнабельність опишемо два прийоми.

***Приєм з падінням назад.*** Лікар заявляє пацієнтові про своє бажання перевірити його увагу і те, як він уміє зосереджуватися. Йому пропонують встати до дослідника спиною, триматися абсолютно прямо, так, щоб головною точкою опори були п'яти, поставити ноги разом і опустити руки уздовж тіла, закрити очі, розслабити мускулатуру тіла. Його також попереджають, щоб він не боявся, коли його потягне назад і він почне падати, оскільки його своєчасно підхоплять. Потім лікар кладе свою руку на потилицю пацієнту і спокійно, але твердо і упевнено починає навіювати: «Як тільки я відведу свою руку від вашої потилиці, вас почне хилити назад! Тепер я відвожу свою руку і вас немов починає хилити назад! Вас тягне назад! Ви поволі падаєте! Ви вже падаєте, падаєте!». При цих словах лікар повинен поволі відвести руку і у разі падіння людини підхопити її. Якщо пацієнта починає хилити назад, то можна говорити про його високу навіюваність. В іншому випадку заключення буде притилежним.

***Приєм, який пропонує В. Є. Рожнов.*** Пацієнту рекомендують з'єднати пальці рук в замок, терапевт покриває їх своїми руками. Лікар фіксує свій погляд на перенісці пацієнта, який повинен дивитися в очі психотерапевтові. Масажуючи руки пацієнта, лікар вимовляє наступну формулу навіювання: «Як тільки я покладу свої руки на ваші, вони почнуть дерев'яніти. Ваші руки вже дерев'яніють. Руки починають стискатися все більше. Руки стискається все більше, руки стиснулися міцно–міцно. Ви вже не можете розтиснути ваші руки! Немов магніти, їх притягає один до одного. Пробуйте, докладайте зусилля. Ви не можете розняти руки! Нічого не виходить! Пробуйте, докладайте зусилля. Нічого не виходить!» При позитивній пробі пацієнт або зовсім не зможе розняти свої руки, або робить це насилу.

У всіх випадках при проведенні проб на гіпнабельність не варто говорити про їх дійсну мету, оскільки це може викликати опір суб'єкта і відбитися на результатах даних проб. Перед їх проведенням можна, наприклад, сказати, що



мова йде про перевірку стану нервової системи або яких-небудь функцій організму.

### **Розділ 3. Моделі проведення терапії в гіпнотичному стані**

Ми (Г. С. Кочарян, 1994, 2007, 2011) виділяємо наступні моделі проведення терапії в гіпнотичному стані

***Гіпносугестивне програмування.*** Пацієнтові, який знаходиться в гіпнотичному стані, робляться навіювання, що програмує нормальне протікання того або іншого поведінкового акту, нормальне самопочуття, що виключає наявність патологічної симптоматики і обмежувальних форм поведінки. Ця техніка проводиться як індивідуально, так і в групі. Як приклад цього варіанту наведемо навіювання, які використовуються з метою ліквідації підвищеної дратівливості і запальності (Г. С. Кочарян, 2007).

«Відтепер ви спокійні і урівноважені. Спокійні і урівноважені завжди і скрізь. Де б ви не знаходилися, ви спокійні і урівноважені. Відтепер спокій і урівноваженість слідують за вами всюди і стають невід’ємними рисами вашого характеру».

***Гіпносугестивне моделювання.*** Цей варіант полягає в моделюванні в гіпнотичному стані нормального здійснення того або іншого поведінкового акту. Здійснюється тільки індивідуально. У основі лікувального ефекту лежить уявний позитивний досвід.

***Гіпнокатарсис.*** Даний метод розроблено Й. Брейером (1895). Пацієнта в гіпнотичному стані проводять через раніше пережиту їм травмуючу ситуацію (повінь, землетрус, пожежа, зґвалтування). У основі терапевтичного ефекту лежить, як передбачається, звільнення від патогенної неотреагованої енергії, яка живить невротичні симптоми. Проводиться індивідуально.

***Переміщення за шкалою часу.***

***Регресія.***

***Вікова регресія*** полягає в тому, що пацієнт бачить себе у більш ранньому віці аж до раннього дитинства. При цьому можуть бути виявлені причини, які

лежать в основі проблем і розладів, що існують в даний час. Це є істотною підмогою як для діагностики, так і для побудови адекватної терапевтичної програми. Крім того, само по собі усвідомлення причини проблемного або хворобливого стану може мати саногенний ефект.

*Регресивний гіпноз.* Регресивний гіпноз застосовується в медицині, зокрема для лікування ряду невротичних розладів. Він базується на концепції реінкарнації (повторного народження), яка є одним з базових положень у ряді релігій і філософських систем. Причину розладу знаходять в «колишніх втіленнях». З наукової точки зору для пояснення терапевтичного ефекту регресивного гіпнозу корисним може бути уявлення, згідно з яким психіка людини, зануреної під гіпнозом в «попередні життя», створює сюжети-метафори. Переживши події, що відбуваються в них, і пропрацювавши їх, пацієнт вирішує свої проблеми (Г. С. Кочарян, 2007).

*Вікова прогресія.* Пацієнта, який знаходиться в трансі, просять заглянути в майбутнє, що може мати позитивний ефект. Так, якщо людина звернулася для того, щоб кинути палити, її можна попросити уявити, як виглядатимуть її легені, якщо вона викурюватиме по двадцять сигарет щодня протягом подальших десяти років. Потім їй пропонують уявити, які будуть її легені через десять років, якщо вона, навпаки, весь цей час палити не буде. Вікова прогресія укріплює рішучість пацієнтів відмовитися від цієї шкідливої звички.

#### **Розділ 4. Способи гіпнотизації**

Існують різні способи гіпнотизації. Серед них: вербальний (вважається, що одним з перших його розробив Льебо); фасцинації [лат. *fascinare* – чарувати поглядом], запропонований в 1813 р. португальським абатом Фарія, який запозичив його з практики індійських факірів; фіксаційний (запропонований Бредом); метод пасів (введений ще Месмером); варіант з монотонним звуком; метод зближення рук; шоківий метод, і ін.

При вербальному методі гіпнотизація відбувається за допомогою слів. Наприклад, мова може йти про навіювання м'язового і психічного розслаблення, що сприяє зануренню в гіпнотичний транс. При методі фасцинації пацієнт дивиться в очі терапевта, який зосереджує погляд на перенісці хворого. Таким чином останній ставить себе у вигідніші умови. При здійсненні фіксаційного методу людина, яку гіпнотизують, зосереджує свій погляд на якому-небудь предметі, наприклад, на блискучій кулі, що часто пропонують робити естрадні гіпнотизери. Метод пасів полягає в наступному. Кілька разів проводяться рухи долонею з широко розставленими пальцями уздовж голови і тулуба людини по напрямку від голови до ніг на відстані 2–3 см від шкіри, до якої не торкаються. При варіанті з монотонним звуком використовується усипляюча дія записаного приглушеного звуку метронома, шуму морського прибою, звуків падаючих крапель води. Метод зближення рук (В. Е. Рожнов, 1985) проводиться так. Пацієнт закриває очі, згинає руки в ліктьових суглобах під кутом  $90^\circ$  і поволі зближує кінчики пальців обох рук. При цьому робляться наступні навіювання: «Ваші пальці будуть повільно зближатися. Коли кінчики їх зійдуться, ви зробите глибокий вдих і будете спати міцним сном». Шоковий метод здійснюється таким чином. Хворому пропонують встати спиною до крісла або дивана. Психотерапевт, який стає праворуч від хворого, говорить йому: «Зараз ви заснете глибоким, міцним сном. Стійте рівно, не згинаючи тіло. Закрийте очі». Потім він кладе пацієнтові праву руку на лоб, ліву на потилицю, злегка відкидає його голову назад і говорить: «Ваше тіло вільно розгойдується». При цьому терапевт стискає голову пацієнта і починає його розгойдувати, поступово збільшуючи амплітуду, що надалі супроводжується наступними навіюваннями: «Вас тягне все більше і більше назад. Ви падаєте назад все більше і більше. Ви не боїтеся впасти. Я вас утримаю». Все більше і більше збільшуючи амплітуду розгойдування, гіпнотерапевт раптовим тиском на лоб пацієнта різко опускає його в крісло або на диван, що стоїть ззаду, і гучним голосом наказує: «Спати! Спати глибше, глибше і глибше!».

Існує і ряд методів *недирективної гіпнотизації*, до яких, зокрема, відносять словесну синхронізацію і ведення, а також перевантаження (Г. С. Кочарян, 2009). Перший з названих методів здійснюється так. Спочатку роблять твердження, які неможливо оспорити, оскільки вони повною мірою відповідають дійсності, а крім того, ця відповідність дуже легко встановлюється. Так відбувається приєднання до пацієнта. Потім переходять до тверджень, які не мають якого-небудь обґрунтування в реальному досвіді людини, проте стежка довіри вже протоптана, і пацієнт за інерцією продовжує рух в заданому напрямі та переживає ті відчуття, які відповідають цим останнім твердженням (ведення).

Засновники нейролінгвістичного програмування Р. Бэндлер і Дж. Гриндер (1995) рекомендують, щоб початкові твердження були зовні орієнтованими. Потім поступово збільшується кількість внутрішньо орієнтованих тверджень, які не перевіряються. Схема послідовності тверджень слідує:

- Спочатку вимовляють чотири сенсорно обґрунтованих твердження (СОТ), які легко перевіряються (приєднання), після чого слідує одне внутрішньо орієнтоване твердження (ВОТ), яке не є сенсорно обґрунтованим (ведення).
- Потім вимовляють три СОТ, за якими слідує два ВОТ.
- Потім вимовляють два СОТ, за якими слідує три ВОТ.
- Потім вимовляють один СОТ, за яким слідує чотири ВОТ. До цього моменту може *розвинутися* вельми виражений транс. На всіх етапах здійснення даної техніки СОТ пов'язують з ВОТ яким-небудь перехідним словом.
- Потім можна перейти тільки на ведення, яке полягатиме у використанні навіювань корекційного/лікувального характеру або навіювань, що викликають той або інший бажаний стан (тільки ведення).

Наведемо приклад здійснення першого етапу техніки, яка характеризується (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, 1995): «Ви слухаєте звук мого

голосу, і ви можете відчувати, як ваші руки лежать на підлокітниках крісла і відчувати, як ваші ноги торкаються підлоги, голова зручно лежить на спинці крісла, і в цей час ви відчуваєте внутрішній спокій». Тут співвідношення між СОТ і наступним за ним ВОТ складає 4:1.

Метод перевантаження полягає в тому, що одночасно задіюються візуальна, аудіальна і кінестетична системи. Так, пацієнт може одночасно рахувати (аудіальна система) і віднімати від початкової цифри якесь число, але не один або два, оскільки це було б дуже простим завданням, і в цей же час представляти цифри–результати (візуальна система) у різних кольорах, які чергуються (наприклад, червоному, зеленому, синьому). При цьому тіло людини крутять і одночасно тримають її за плечі (кінестетична система). Потім пацієнту дають наступну інструкцію: «Якщо в якийсь момент вам легше просто впасти в глибокий транс, то зробіть це і насолодіться їм з повним розумінням своєї безпеки у вашому теперішньому положенні» (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, 1995).

Наведемо приклад проведення гіпнотичного сеансу згідно з рецептурою, запропонованою на кафедрі психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти (Г. С. Кочарян, 1994).

«Лягайте... прийміть зручну позу... Закрийте очі... Отже, прийняте положення тіла зручне...

Заспокойтеся... Заспокойтеся... Ви поступово заспокоюєтеся, переходите в стан відпочинку і спокою... Заспокоюється кожна клітинка вашого організму, заспокоюється кожна клітинка вашого тіла... Заспокоюється вся ваша нервова система... Всі ваші тривоги, турботи, хвилювання розвіюються... Ви все менше фіксуєте на них увагу...

Навколишні звуки, шуми, шарудіння і розмови віддаляються від вас... віддаляються від вас все далі і далі... Ви майже не сприймаєте ніяких сторонніх подразників... Вони не доходять до вашої свідомості... Ви вже заспокоїлися... Ви абсолютно спокійні... Ви відпочиваєте... Відпочиває нервова система, відпочиває весь ваш організм... Ніщо не хвилює вас, не порушує вашого

спокою, ні тілесного, ні душевного... Все, що раніше хвилювало вас, пішло, розсіялося, забулося... Ви переживаєте зараз блаженне почуття спокою і повного заспокоєння... Навколишні звуки, шуми відійшли далеко-далеко... Ви не сприймаєте їх... Ви нічого не чуєте, окрім голосу лікаря... Ви чуєте тільки мій голос... Тільки мій голос чуєте Ви... Мій голос діє на вас заспокійливо... М'язи рук, ніг, тулуба розслаблені... У них немає анінайменшої напруги... Все ваше тіло приємно обважніло... Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися... Поступово тяжчають ваші повіки... Повіки тяжчають все більше і більше... Вони обважніли і щільно-щільно злипнулися... Дихання ваше стало рівним і спокійним...

З кожним вдихом ваше серце б'ється все спокійніше, все ритмічніше... Приємна теплота розливається по всьому вашому тілу... Думки в голові плутаються... Ні на чому не зосереджуються... Вас покинули турботи, побоювання... Зникли хвилювання, тривоги, засмучення... Все, що пригноблювало вас, пішло і не має для вас значення... Вам приємно, спокійно, добре... Поступово ви занурюєтеся в дрімотний стан... Вам хочеться дрімати... Дрімати треба... Це необхідно для вашого одужання... Ви засипаєте все глибше і глибше... Приємна дрімота оволодіває всією вашою істотою... Ніякі сторонні звуки не доходять до вашої свідомості... Ніякі відчуття з боку внутрішніх органів вами не сприймаються... Ви приємно і спокійно відпочиваєте... Думки розсіваються, думки розсіялися... Ви ні про що не думаєте... Знаходитеся у владі лікувального сну... Відпочивайте... Ви чуєте мій голос і мої навіювання...».

Потім проводиться необхідна лікувальна сугестія, за якою слідують навіювання перед пробудженням і дегіпнотизація:

«Ви добре відпочили... Відпочив весь ваш організм... Зникли всі неприємні відчуття, думки, хвилювання... Все, що раніше хвилювало вас, пішло, розсіялося, забулося... Ви відчуваєте повне внутрішнє заспокоєння... Вам легко і приємно... Коли ви прийдете на подальше заняття і я вам запропоную закрити очі, ви відразу ж відчуєте тяжкість вік... Ваші м'язи

розслабляться, сторонні шуми зникнуть... Ви чутимете тільки мій голос... З кожним сеансом стан відпочинку, спокою і лікувального сну заглиблюватиметься... З кожним днем ваше самопочуття поліпшуватиметься все більше і більше... А зараз я буду рахувати від одного до трьох, і у міру мого рахування ви прокидатиметеся. Один – зникає тяжкість у вашому тілі, зникає м'язове розслаблення... Ваше тіло наливається силою, бадьорістю, здоров'ям... Два – зникає тяжкість ваших вік. Віка стають легкими-легкими... Три – розкрийте очі... Зробіть легкий вдих... Потягніться... А зараз можете встати...».

У зв'язку з наведеними варіантами (директивними і недирективними) гіпнотизації слід зазначити, що в даний час виділяють директивний і недирективний гіпноз. При директивному методі даються прямі вказівки-інструкції, спрямовані на зміну стану пацієнта або його поведінки. При недирективному гіпнозі з тією ж метою використовуються навіювання, які носять непрямий, опосередкований характер, завдяки чому вдається обійти опір пацієнта. Є люди, що звикли підкорятися прямим наказам, яким показаний директивний гіпноз. Тим же, кому не подобається, коли їм указують, а також тим, хто чинить опір гіпнотизації, показаний недирективний гіпноз. У його витоків знаходиться знаменитий американський гіпнотизер ХХ століття Мілтон Еріксон. Наведемо два навіювання, які демонструють відмінність між директивною і недирективною сугестією. Директивне навіювання: «Розслабтесь». Недирективне (непряме) навіювання: «Цікаво, чи зможете ви розслабитися?».

До гіпнотичних патернів Мілтона Еріксона, крім *непрямого навіювання*, також відносять (Т. Джеймс, 2006):

**Вбудовані команди.** Приклад: «Вам не потрібно входити в транс прямо зараз».

**Вбудовані описи,** які діють як вбудовані команди. Приклад: «Ви можете не чекати того, що відчуєте спокій і розслаблення».

**Установка на «так».** Вимовляється цілий ряд тверджень, що не можуть викликати у пацієнта ніяких заперечень, а після цього дається необхідна інструкція, яка за інерцією не викликає опору з його боку.

**Трюїзми (банальності, банальні вислови) щодо відчуттів,** які підведуть клієнта до підтвердження власних відчуттів і зроблять його сприйнятливим до навіювання. Т. Джеймс (2006) рекомендує пацієнтам покласти свої долоні на коліна, після чого промовляє ряд фраз: «Я хочу, щоб ви по-справжньому відчули свої долоні і відмітили, що відчуття в них різняться. І це дійсно так. Чи знаєте ви, чому одна ваша рука відчуває себе не так, як інша? Просто тому, що це інша рука. І це правда. Подивіться на свою праву руку, а потім на ліву. Одна з ваших долонь переживає абсолютно інші відчуття, чим інша (пацієнт при цьому подумає, що це дійсно так, хоча тепер йому і не нагадують, що мова йде про абсолютно різні руки». Як тільки це твердження досягне несвідомого розуму людини, можна додати: «Більшість людей відчувають, що одна долоня легше за іншу» і цей трюїзм може зіграти важливу роль для подальших навіювань, направлених на левітацію і каталепсію рук.

**Трюїзми, що використовують час.** Несвідоме можна зробити більш схильним до навіювань, якщо сказати клієнтові, що через мить йому захочеться моргнути. Хоча абсолютно зрозуміло, що дана потреба у нього виникла б і без цього твердження, проте сам пацієнт може сприйняти цей факт як підтвердження впливу на нього гіпнотизера, що надалі полегшить дії останнього.

**«Не знаєш і не робиш».** Такий парадоксальний тип навіювання, який заінтригує несвідоме пацієнта і активує його рух до мети, може виражатися наступним ланцюжком тверджень: «Ви не повинні розмовляти, або рухатися, або робити які-небудь зусилля. Вам не потрібно навіть утримувати очі відкритими. Люди можуть спати і навіть не усвідомлювати, що вони сплять. Вони можуть бачити сни і не пам'ятати про це. Вам просто не потрібно знати, коли ваші віка закриються самі собою. І ви можете не знати, яка з ваших рук підніметься першою».



**«Відкриті навіювання».** Загальна їх характеристика полягає в наступному: мова йде про те, що щось відбудеться, але не уточнюється, що саме. Наприклад, промовляються наступні фрази: «Ви можете не усвідомлювати, що багато чому навчилися і що продовжуєте багато чому вчитися. Було б неправильно, якби я сказав: «Вивчайте це» або «Вивчайте те». Ви можете вивчити те, що захочете, і так, як побажаєте».

**Передбачення всіх можливих реакцій.** М. Еріксон говорив: «Незабаром ви відмітите, що ваш палець злегка зрушиться, можливо сам по собі. Він може підвестися, або опуститися, або відсунутися убік. Рух може бути швидким або повільним. А може бути, що ваш палець взагалі не рухатиметься». Через якийсь час клієнт відзначав, що його палець почав рухатися певним чином або взагалі не зрушив з місця, але слова Еріксона зіграли роль переконливого чинника. Все що б не робив пацієнт, було передбачено навіюваннями і, отже, сприяло його зануренню у транс.

**Питання, що прояснюють нові можливі реакції.** Якщо клієнт раніше піддавався гіпнозу, Еріксон міг запитати у нього: «Гіпнотичний стан нагадував стан неспанья або щось, абсолютно відмінне від нього?» В результаті клієнт міг увійти у транс, щоб порівняти два відчуття. Транс можна індукувати й простішим питанням: «Ви коли-небудь знаходилися в стані трансу раніше, ніж... прямо зараз!»

Внутрішні зміни можуть виникнути і при використанні еріксоновських питань, що створюють ілюзію вибору: «Який спосіб зниження ваги міг би бути для вас ефективнішим? Можливо, вам просто потрібно забувати про їжу? А може бути, вам варто нехтувати щільними трапезами, оскільки вони відволікають вас від безлічі більш цікавих речей?»

**Складені навіювання.** Еріксон використовував навіювання, що складаються з двох тверджень. Одне з них констатувало факт, який вже відбувся, або подію, що знаходиться в розвитку. Друге стосувалося події (однієї або декількох), яка ще не трапилася, але звершення якої було однією з

цілей гіпнотичного сеансу. Це друге твердження оказує вплив саме із-за зв'язку з першим. Існують наступні варіанти складених навіювань.

**Установка на «так» з одним підготовчим твердженням:** «Сьогодні такий прекрасний день, ви відчуватимете себе добре».

**Асоціації:** «С кожним зробленим вами видихом ви все більш відчуваєте розслаблення м'язів вашого тіла і відчуття комфорту».

**Протилежності (різноспрямовані команди):** «У міру того як одна рука піднімається, друга може опускатися».

**Підтверджуючі питання або питання типу «Чому б ні?»** допомагають встановити глибокий контакт зі свідомим і несвідомим розумом пацієнта і усунути будь-який опір. Це можуть бути фрази типу: «І ви теж, чи не так?»; «Адже ви можете спробувати, так?»; «Ви не можете зупинитися, чи не так?»; «Чом би не дозволити цьому відбутися?»

**Навіювання, що використовують комплекс «Заперечення + до того, як»,** звільняють клієнта від відчуття примушення: «Вам не потрібно входити в транс до того, як ви відчуєте себе готовим. І ви не зробите цього, поки ваше несвідоме не буде готове».

**Умовний зв'язок або «Якщо..., то...»:** «Якщо ви розпрямите ноги і покладете руки на коліна, то будете готові увійти у транс».

**Подвійні зв'язки.** Їх сенс полягає в тому, що пацієнтові надають можливість вибору, але цей первинний привілей повністю ґрунтується на безумовному вторинному ухваленні необхідності поступати відповідно до побажань того, хто гіпнотизує. Тобто, виражаючись метафорично, людина може вибрати по якій стороні вулиці віна йтиме (правій або лівій) у напрямку до того або іншого об'єкту, але безумовно вона повинна йти саме у напрямку до нього. Приклад індукції Еріксона: «Ви бажаєте увійти у транс прямо зараз або пізніше?».

Ефективність недирективного гіпнозу в значній мірі обумовлюється тим, що М. Еріксон удавався до утилізації (використання) всього, що траплялося під час гіпнотичного сеансу. Як приклад утилізації наведемо ситуацію, в якій

опинився відомий американський гіпнотерапевт Т. Джеймс (2006). Одного разу під час проведення сеансу гіпнозу він почув, що великий годинник, який знаходиться в приміщенні, почав дивно бурчати, що зазвичай трапляється перед початком бою. Також почали рухатися гирі і молоточок. Гіпнотерапевт не розгубився і сказав: «В той момент, коли ви почуєте сім глибоких ударів, ви зрозумієте, що все змінилося». У цей момент молоточок ударив по пластині, і по будинку рознісся перший удар.

## Розділ 5. Стадії гіпнозу

Існують різні класифікації стадій гіпнозу. Деякі автори виділяли три його стадії (Ж. М. Шарко, А. Фореель, В. М. Бехтерев і ін.), І. Бернгейм – чотири, а А. Льебо – шість. Також говорили про дев'ять і навіть дванадцять стадій гіпнозу. Наведемо класифікацію глибини гіпнозу, в якій виділяють три його стадії (В. Е. Рожнов, 1985).

**Перша стадія – сонливість.** Характеризується легкою м'язовою слабкістю і невеликою дрімотою. Пацієнт, який лежить або сидить, за власним бажанням може легко розплющити очі, встати і перервати сеанс. Він знаходиться в стані приємного спокою і відпочинку, але загіпнотизованим себе не вважає.

**Друга стадія – гіпотаксія.** Для неї властиве повне розслаблення м'язів. У цій стадії вже можна викликати каталепсію (воскоподібну гнучкість м'язів), яка іноді виникає і сама по собі без спеціальних навіювань. Після сеансу пацієнт повідомляє, що відчував себе в змозі подолати сонливість і розплющити очі, проте таке бажання не виникало. Хотілося продовжити сеанс: лежати і слухати голос лікаря.

**Третя стадія гіпнозу – сноходження, сомнамбулізм** – найбільш глибока. Загіпнотизований не сприймає або майже не сприймає ніяких сторонніх подразників. Він підтримує контакт через зону раппорта тільки з психотерапевтом, який його загіпнотизував. «На цій стадії хворому можна

навіяти галюцинаторні переживання, змінити характер його реакцій на першосигнальні подразники, змусити ходити, відповідати на питання, що ставляться, виконувати ті або інші дії відповідно навіяній ситуації (скакати на коні, гребти, коли він катається на човні, ловити метеликів, збирати квіти, відмахуватися від бджіл або проганяти собак, що напали, і т. д. У сомнамбулічній стадії гіпнозу шляхом навіювання можна добитися вікової регресії з поведінкою і мовною продукцією, які відповідають навіяному, частіше дитячому віку. У цій стадії легко добитися повної втрати чутливості до больових подразників і виключення інших аналізаторів, проводити гіпнотичні навіювання щодо виконання тієї або іншої дії, яка буде здійснена через заданий час після гіпнотизації» (В. Е. Рожнов, 1985). Повідомлялося (Льебо, Боні, Льежуа, Бернгейм, Крафт-Ебінг, Форель, Жане і ін.) про можливість проводити у сомнабул гіпнотичні навіювання, які реалізувалися через дуже тривалі терміни (до року). Також повідомлялося про можливість провести в глибокому гіпнозі розщеплювання особистості, коли за бажанням експериментатора людина живе подвійним життям (за себе і за навіяний образ).

У зв'язку з вищевикладеним вельми актуальне питання про гіпнабельність. Слід зазначити, що якщо при директивному (класичному) підході говорять про те, що не всіх людей можна загіпнотизувати, то для недирективного характерна установка на те, що будь-яку людину можна ввести в гіпнотичний стан. Більш того, М. Еріксон стверджував, що він не знає людини, якої не можна було б занурити в глибокий транс. Разом з тим він відзначав, що необхідний для цього час може значно розрізнятися. Так, один з його клієнтів зміг зануритися в глибокий транс тільки після повторних 300 індукцій. Негіпнабельність хворого в еріксоновському гіпнозі розцінювалася як прояв методичної ригідності психотерапевта, який не зміг підібрати адекватні клієнтові прийоми гіпнотизації.

## **Розділ 6. Ускладнення, які можуть виникнути при гіпнотерапії**

Під час сеансу гіпнотерапії можуть зустрітися наступні ускладнення.

***Втрата раппорту з переходом гіпнотичного стану в природний сон.*** У ряді випадків при проведенні сеансу гіпнозу пацієнт перестає чути психотерапевта, тобто втрачається раппорт. Це, звичайно, ускладнення вельми умовне, оскільки сон сам по собі має терапевтичний потенціал. Якщо це все ж таки відбулося, то повернути пацієнта в гіпнотичний стан можливо при збільшенні сили голосу або шляхом дотиків різної інтенсивності до його обличчя або тіла. Потім слід продовжити лікувальні навіювання.

***Виникнення істеричних феноменів*** (ступору, істеричних припадків і паморочних станів). Це може бути обумовлено навіюваннями, які направлені на ліквідацію симптомів, які носять умовно приємний, умовно бажаний характер. Наприклад, якщо навіювати хворому, що сліпота, глухота, астазія і абазія усунуться, то пацієнт може взагалі не вийти з гіпнотичного стану. В цьому випадку вивести його з цього стану можна або енергійним навіюванням пробудження, або демонстрацією байдужого відношення до пацієнта (наприклад, заявляють: «Хай спить. Коли виспить – прокинеться!») і наданням хворому можливості «спати до тих пір, поки він не «прокинеться». У разі істеричних припадків або паморочних станів рекомендується відмова від лікування і виведення з гіпнозу або, навпаки, поглиблення гіпнотичного трансу з навіюванням усунення істеричної симптоматики, яке робиться різким тоном, що призводить до її зникнення.

***Спонтанний сомнамбулізм.*** Розвивається переважно у осіб з істеричним характерологічним радикалом. Він проявляється в тому, що раптово у лікаря, який проводить сеанс гіпнотерапії, втрачається раппорт (зв'язок) з хворим. Останній впадає в сомнамбулічний стан, що проявляється галюцинаціями і складними формами поведінки. Пацієнт встає, ходить, звертається до уявних осіб, розігрує яку-небудь роль або епізод зі свого минулого або уявного життя, звертається до психотерапевта, називає його ім'ям члена своєї сім'ї, друга і тому подібне. У зв'язку з тим, що в даному випадку раппорт втрачено, впливати

на пацієнта і одночасно залишатися при цьому в ролі лікаря неможливо. Тому не треба упиратися в своїй лікарській ролі, а слід продовжити робити навіювання з використанням змісту переживань пацієнта і форми його поведінки. Наприклад, хворий може звертатися до лікаря як до знайомої йому людини. Звертаючись від імені цієї людини до пацієнта, терапевт може запропонувати хворому лягти, заспокоїтися, заснути. Така тактика, як правило, виявляється успішною. Хворий виконує прохання особи, за яку він приймає лікаря. Розвивається сноподібний стан, виникає раппорт до голосу лікаря. Після необхідних навіювань перед закінченням сеансу рекомендується заздалегідь зробити декілька навіювань заспокійливого характеру, направлених на амнезію того, що відбувалося під час сеансу.

Бувають випадки, коли *глибокий сомнамбулічний гіпноз переходить в гіпнотичну летаргію* – лікар втрачає можливість в бажаний для нього час вивести хворого з гіпнотичного трансу. Проте нічим серйозним це не загрожує. В даному випадку просто потрібно змінити тактику. Тихим голосом, погладжуючи лоб хворого, лікар повинен робити навіювання на пробудження. Якщо це не вдається, то через півгодини–годину спробу слід відновити: наполегливо і спокійно робити навіювання на пробудження і хороше самопочуття. Хворий знову входить в контакт і прокидається.

Також є вказівки на можливість *появи заміщаючих симптомів, суїцидальних тенденцій, відчуття закоханості до фахівця, що проводить гіпнотерапію, а також вигаданих звинувачень в звалтуванні під гіпнозом*. При проведенні регресивного гіпнозу у ряді випадків може мати місце *різке погіршення в стані здоров'я* у зв'язку з тим, що іноді пацієнти можуть пережити сцени, які мають могутній негативний емоційний потенціал, що слід мати на увазі.

## Розділ 7. Протипоказання для застосування гіпнозу

Протипоказаннями для застосування гіпнозу є (В. Е. Рожнов, 1985):

**Маревні форми психозів**, в першу чергу шизофренія з маренням впливу (гіпнотичного, телепатичного і ін.) або відчуттям оволодіння (синдром Кандинського-Клерамбо). У цих випадках через генералізацію маревних ідей вся обстановка і особливо сам лікар, який проводить гіпнотерапію, будуть швидше за все включені в марення, що може призвести до погіршення стану пацієнта і небезпечно для психотерапевта, оскільки хворий може захотіти з ним «порахуватися», щоб врятуватися від його «згубного гіпнозу». З обережністю слід відноситися і до випадків, коли пацієнт звертається до психотерапевта як до сильнішого гіпнотизера з проханням позбавити його від наслідків гіпнотичних дій слабкішого гіпнотизера.

**Істерична гіпноманія.** В деяких випадках пацієнти істеричного характерологічного складу можуть приохотитися до гіпнозу як до незвичайного методу лікування, особливо якщо терапевт їм подобається (гіпнотична закоханість) і є авторитетним фахівцем у своїй галузі, у якого прагнуть лікуватися багато людей. Разом з цим на той час потреби в гіпнотичних діях може і не бути, і мова може йти про своєрідну аддикцію.

## Питання для контролю кінцевого рівня знань

1. Початок наукового етапу розвитку і застосування гіпнозу пов'язують з ім'ям:
  - а) Фрейда
  - б) Павлова
  - в) Бреда
  - г) Месмера
  
2. Представником Сальпетрієрської школи гіпнозу є:
  - а) Льебо
  - б) Шарко
  - в) Боні
  - г) Бернгейм
  
3. Творцем вчення про тваринний магнетизм є:
  - а) Платонов
  - б) Бехтерев
  - в) Месмер
  - г) Парацельс
  
4. Гіпносугестивне програмування припускає:
  - а) проведення пацієнта через раніше пережиту їм психотравмуючу ситуацію
  - б) моделювання в гіпнотичному стані нормального здійснення того або іншого поведінкового акту
  - в) навіювання доброго самопочуття та нормального протікання того або іншого поведінкового акту
  - г) прохання спрогнозувати свій стан в майбутньому
  
5. Гіпнотизація при застосуванні метода фасцинації передбачає:
  - а) використання вербальних навіювань
  - б) рухи долонею з широко розставленими пальцями уздовж голови і тулуба
  - в) створення ситуації, коли пацієнт дивиться в очі терапевта, який зосереджує свій погляд на перенісці хворого
  - г) зосередження погляду пацієнта на якому-небудь предметі, наприклад, на блискучій кулі
  
6. У витоків недирективного гіпнозу знаходиться:
  - а) Рожнов
  - б) Еріксон
  - в) Ферворн
  - г) Брейер



7. Одночасне задіювання візуальної, аудіальної та кінестетичної систем при гіпнотизації передбачає:

- а) метод сближення рук
- б) шоківий метод
- в) метод пасів
- г) метод перевантаження

8. Легкою м'язовою слабкістю і невеликою дрімотою характеризується:

- а) стадія сонливості
- б) стадія гіпотаксії
- в) всі стадії
- г) сомнамбулічна стадія

9. Галюцинаторні переживання хворому можна навіяти:

- а) у стадії сонливості
- б) у сомнамбулічній стадії
- в) у стадії гіпотаксії
- г) у всіх стадіях

10. Гіпносугестивна терапія протипоказана при:

- а) маревних формах психозів
- б) при зниженні артеріального тиску
- в) при виразковій хворобі шлунку
- г) при всіх розладах особистості

**Правильні відповіді на питання для контролю кінцевого рівня знань**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
в	б	в	в	в	б	г	а	б	а

## Список рекомендованой літератури

1. Гиллиген С. Наследие Милтона Эриксона. – М.: Психотерапия, 2012. – 416 с.
2. Гордеев М. Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М.: Психотерапия, 2015. – 357 с.
3. Джеймс Т. Эффективные методики внушения. – М.: Эксмо, 2006. – 240 с.
4. Зайцев В. Б. Мгновенный гипноз. Сила внушения, приемы, техники // М.: РИПОЛ классик, 2013. – 180 с.
5. Зейг Дж. К. Слияние: Эриксоновский гипноз и терапия. – М.: Психотерапия, 2013. – 368 с.
6. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия (лекция) // Здоровье мужчины. – 2011. – №3 (38). – С. 42–50.
7. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 84–91.
8. Кочарян Г. С. Опыт применения гипносуггестии в конверсии гомосексуального компонента либидо // Психологічне консультування і психотерапія. – 2016. – Том 2, № 6. – С. 39–55.
9. Кочарян Г. С. Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
10. Психотерапия: Учебник для ВУЗов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.
11. Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Т.: Медицина, 1985. – 720 с.
12. Эриксон М., Росси Э. Переживание гипноза: терапевтические подходы к измененным состояниям. М.: Психотерапия, 2015. – 295 с.