# Введение

Эриксоновский гипноз - это технология позволяющая приоткрыть дверь к безграничным ресурсам бессознательного, впустить в жизнь магию интуиции, творчество, бессознательную способность к решению различных житейских проблем и задач в бизнесе...

Говорят, что не гипнабельных (неподдающихся гипнозу и суггестии (внушению)) людей не бывает, а бывают только люди, которые имеют различную степень сопротивления к гипнотическому воздействию.

Актуальность темы. Эриксоновский гипноз отличается от классического тем, что у нас нет необходимости усыплять собеседника, укладывать его на кушетку и только потом проводить внушение. Одно из гениальных достижений Милтона Эриксона состоит в том, что он определил: каждый человек время от времени впадает в непроизвольный транс, каждый человек имеет такую же потребность в трансе, как и во сне.

При депрессии человек чувствует себя безнадежным, угрюмым и перестает получать удовольствие от жизни. Он может упасть духом, превратиться в плаксу и почувствовать разочарование. Он также может стать раздражительным, озабоченным и чувствовать снижение жизненной энергии. На первый взгляд симптомы депрессии почти неуловимы. Вначале заболевания очень трудно увидеть связь между симптомами и понять, что это признаки депрессии.

Специалистами доказано эффективное лечение депрессии с помощью Эриксоновского гипноза. Он сможет помочь пациенту стать позитивно настроенными и уверенными в своем будущем, в то время как депрессия будет исчезать из его жизни.

Целью работы является изучение использования эриксоновского гипноза в лечении депрессий.

Сущность эриксоновского гипноза

Недирективный (Эриксоновский) гипноз - современное направление психотерапии, направленное на индивидуальный подход, прежде всего, используется косвенное гипнотическое воздействие, которое довольно часто применимо и в психотерапии, и в повседневной жизни: педагогике, рекламе, маркетинге, психологическом консультировании и др.

В отличие от классического гипноза, где гипнотизёр ведет себя уверенно и явно доминирует, заставляя клиента подстраиваться под задаваемый им шаблон поведения, в случае непрямого гипноза на первый план выходит возможность гипнотизёра подстроиться под клиента. В этом и заключается принципиальное отличие подхода. Конечно, недирективный гипноз не исключает прямых команд, особенно в случае, когда они гармонично вписываются в модель, принимаемую гипнотизируемым.

Принципы работы в гипнотическом трансе

Многовековая История гипноза, а так же стремительное развитие Эриксоновского Гипноза, обязано тому, что в современном мире нет более эффективной и полезной методики решения психологических, соматических и психосоматических проблем человека!

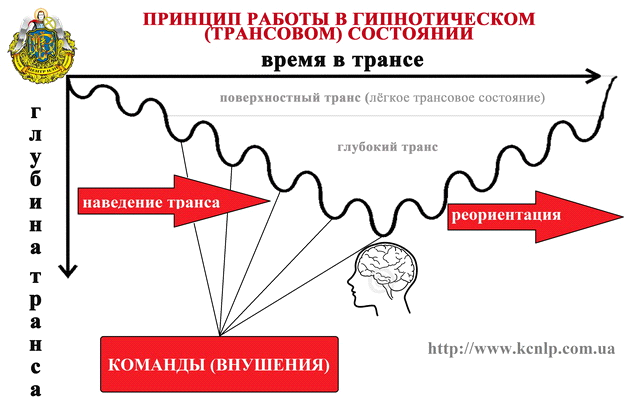


Рис. 1 Общая работа в трансе

На первой ступени (НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА) происходит привлечение внимания клиента, затем депотенциализация сознания и только потом работа с бессознательным или интервенция. Синхронизация (РЕОРИЕНТАЦИЯ) или выход из гипнотического состояния происходит на последнем этапе взаимодействия. Для реализации гипноза довольно часто используются КОМАНДЫ (ВНУШЕНИЯ): различные метафоры, «Милтон Модель» <http://www.kcnlp.com.ua/tehnics/nlp/9/>, Техника гипнотического внушения «Тройная спираль Милтона Эриксона» <http://www.kcnlp.com.ua/tehnics/eg/3/>, подстройки, введение и т.п.

Конечно, как и в любой науке, в Эриксоновском Гипнозе используется определённая терминология <http://www.kcnlp.com.ua/slovar/>.

Раппорт, калибровка, репрезентативная система и пр.

Использование Эриксоновского гипноза

Эриксоновский Гипноз широко используется при проведении тренингов по НЛП (Нейро - Лингвистическому Программированию) <http://www.kcnlp.com.ua/nlp/nlp/>. На сегодняшний день довольно много специалистов в сфере психологии, маркетинга, психиатрии, торговли могут использовать данный вид гипноза в своей работе.

На сегодняшний день наиболее известны несколько областей применения Эриксоновского гипноза:

Эриксоновский Гипноз в психологии и психотерапии

Эриксоновский Гипноз в бизнесе

Эриксоновский Гипноз в политике

Эриксоновский Гипноз в образовании

Эриксоновский Гипноз для личностного роста и творчества

Обучение Эриксоновскому гипнозу

Официальное обучение Эриксоновскому гипнозу проводится по одному международному стандарту:

• «Эриксоновский Гипноз» - курс, дает возможность познакомиться с гипнотерапией М.Эриксона и ее современными направлениями и научиться практическому использованию эриксоновского гипноза. Программа предусматривает как овладение базовыми принципами, методами и техниками эриксоновского гипноза, так и овладение практикой эриксоновской гипнотерапии.

Дополнительное обучение Эриксоновскому гипнозу

• «Эриксоновский гипноз и терапия» - это продвинутый уровень обучения Эриксоновскому гипнозу, который предполагает расширение знаний и совершенствование практических навыков.

В начале первого модуля тренинга по эриксоновскому гипнозу тренер почти всегда задает вопрос: «Что же такое, по-вашему, гипноз?». И, как выясняется в ходе обсуждения, у каждого участника свое представление об этом понятии.

Жан Беккио как-то сказал, что может существовать 1000 определений гипноза и каждое из них в равной степени будет и верным, и не соответствующим действительности.

То, что описано здесь - это еще одна модель, на которую мы ориентируемся, работая в «Транс-Лаборатории». Как и еще одно определение слова «гипноз», эта модель соответствует тому, что сказал Жан Беккио.

Эриксоновский гипноз (далее ЭГ) - это, прежде всего, инструмент.

Это набор лингвистических и поведенческих навыков и приемов, направленных на то, чтобы вызвать у другого человека трансовое состояние, а после использовать это состояние с целью помочь человеку самостоятельно удовлетворить тот запрос, с которым он пришел к гипнотерапевту.

Как говорит Михаил Романович Гинзбург, основная задача гипнотерапевта - помочь клиенту войти в транс и сделать одно маленькое изменение, а потом ждать. Он же, кстати, любит говорить о том, что гипноза не существует. Есть лишь самогипноз - клиент сам входит в транс, сам запускает необходимые внутренние процессы, сам находит решение своей проблемы или задачи, а терапевт при этом всего лишь помогает ему ровно настолько, насколько это необходимо.

Этим ЭГ существенно и отличается от традиционного директивного гипноза. Основное отличие - в его пермиссивности и клиент-ориентированности. То есть, в связке клиент-терапевт именно клиент является ведущим элементом этой системы. Терапевт, применяя свои знания и навыки, подстраивается под него и использует то, что есть, дабы помочь клиенту произвести необходимые изменения.

Учитывая то, что клиент при этом сам находит решение своей проблемы, оно является наиболее подходящим для этого человека. Ни один чужой совет не поможет человеку так, как это сделает его собственное Бессознательное. Эриксон был первым, кто пересмотрел традиционное фрейдовское восприятие Бессознательного. Если Фрейд трактовал его как «темный чулан», в котором хранится вытесненный негативный жизненный опыт, то Милтон Эриксон выдвинул теорию (и в последствии успешно ее подтвердил), что Бессознательное гораздо больше, чем просто «чулан»; что это очень мощная и полезная часть психического аппарата человека, правильная работа с которым может эффективно помочь как клиенту, так и терапевту. Обладая большим объемом информации и гораздо большей «вычислительной мощностью», Бессознательное способно эффективнее решать стоящие перед человеком задачи, чем если бы он делал это на сознательном уровне. Нередко его сравнивают с суперкомпьютером, в который загружаешь программу, нажимаешь клавишу «Enter», некоторое время ждешь и получаешь ответ на вопрос, который тебя интересует.

И, конечно же, проявления работы Бессознательного вполне могут выходить за рамки психотерапевтических сессий и существуют в повседневной жизни.

Вспомним такие явления, как интуитивные предчувствия, инсайты, внезапно пришедшие в голову блестящие идеи, решения проблем и творческих задач, все эти вещие сны, в которых химик видит периодическую таблицу элементов - все это результат работы Бессознательного. Именно трансовые состояния способствуют работе Бессознательного над важными для человека задачами или проблемами.

А когда научаешься видеть признаки транса у другого человека или у себя, начинаешь осознавать, что большинство людей почти всегда, так или иначе, находятся в трансе. Сон, просмотр телевизора, езда в транспорте, разговор с другими людьми, минуты задумчивости, чтение книги, работа за компьютером… Я сейчас пишу этот текст - и я тоже нахожусь в трансе. Оказывается, что транс - это очень естественное состояние, каждый из нас бывает в нем десятки, если не сотни раз в день.

И было бы глупо не использовать всевозможные бонусы от таких естественных процессов в обычной жизни. Вот несколько примеров.

Швейцарский гипнотерапевт и дантист Патрик Нуайе (Patrick Noyer) использует гипноз для анальгезии вместе с медикаментозными препаратами, а также, являясь консультантом футбольной команды, использует гипноз для работы с командой и повышения результативности игры.

Михаэль Шумахер (Michael Schumacher) использует перед гонкой технику левитации руки (один из гипнотических феноменов) для того, что бы войти в транс и вести гонку в этом состоянии.

Мой приятель использует так называемый внешнеориентированный транс, в котором он находится, когда водит машину, для решения текущих домашних и рабочих задач.

Я каждый раз, садясь смотреть какой-нибудь фильм, предварительно ставлю перед собой какую-нибудь цель или задачу, чтобы, пока я буду смотреть телевизор, мое Бессознательное проделало всю необходимую работу для решения этой задачи. При этом у меня под рукой лежит блокнот - я сразу записываю пришедшее в голову решение. Часто приходится ставить просмотр на паузу, потому что решение приходит уже посреди фильма.

# Литературный обзор использования эриксоновского гипноза в лечении депрессий

эриксоновский гипноз транс психотерапия

Как пишет Майкл Япко, поскольку клиент испытывает депрессию на многих, накладывающихся друг на друга измерениях, в начальной фазе интервенции может оказаться весьма полезным определение на каком уровне лечение быстрее всего даст положительный результат. В конечном итоге терапевт должен будет приступить к действию на всех уровнях непосредственно или же опосредованно - однако четко выработанная стратегия особенно важна в начале терапии, т.к. именно в этом периоде формируются ожидания больного, устанавливаются отношения между клиницистом и пациентом, определяется темп процесса лечения, а также появляются паттерны, согласно которым передается обратная информация.

Терапевт в каждом индивидуальном случае должен решить, к какому измерению должна относиться вступительная интервенция в мир клиента. Прежде всего он должен оценить степень возможности угрозы самоубийства. Следует также максимально быстро сориентироваться, насколько интенсивны страдания пациента Способ описания клиентом своих переживаний, т.е. уровень неудовлетворенности, рост и продолжительность симптомов, а также ожидания, возлагаемые на терапию - все это указывает на вероятность того, что ему удастся склонить пациента к активному участию в процессе лечения. Особо важное значение, определяющее успех терапии, имеет выработка позитивных ожиданий.

Основным стержнем терапии должна стать индивидуальность клиента. Проводя терапию, клиницист должен учесть, каким образом клиент обучается и усваивает новый опыт. Даже самые обширные знания терапевта в области депрессии окажутся бесполезными для клиента, если терапевт не сможет донести их до пациента в понятной, доступной форме, т.к. лишь этом случае клиент сможет использовать их с пользой для себя. Поэтому-то стратегические подходы базируются на индивидуальных возможностях пациента. Следует однако отметить, что терапевт должен уметь оценить, какие черты клиента играют первостепенную роль в переживании им депрессии, а какие оказываются менее существенными. Терапевт, к примеру, может заметить в клиенте тенденцию к чрезмерному обременению себя ответственностью за других или же за ход событий, которая деструктивно влияет на его жизнь. Клиницист может посчитать, что это и есть основная черта личности клиента, из которой вытекает депрессивное восприятие и такие же чувства. В таком случае целью терапии становится научить клиента более рационально смотреть на проблему ответственности. Может случиться и так, что проводящий терапию заметит у пациента склонность к изоляции от общества, но несмотря на это клиент находится в стабильной системе поддержки со стороны друзей и семьи. Терапевт может посчитать, что проблема общественной изоляции является в ситуации с данным клиентом второстепенной и, либо не требует незамедлительной итервенции, либо вообще нет необходимости заниматься этим делом. Проведение разграничения между главными и второстепенными паттернами, характеризующими индивидуальность клиента, позволяет терапевту определить иерархию приоритетов, что в свою очередь является основой выбора соответствующей последовательности директив терапии.

Ранее уже говорилось, что сознательное измерение может быть оторвано от бессознательного. Поскольку сознание ограничено тем, в чем человек отдает себе отчет, лишь определенная часть опыта во всех восьми измерениях может находиться в поле сознания лица, затронутого депрессией. Другими словами, пациент может осознавать лишь некоторые аспекты каждого из измерений или даже совершенно пропускать некоторые из восьми плоскостей опыта. Информация о том, какие измерения клиент осознает, а какие нет, является ценным указателем, касающимся отправной точки лечения Определение - на основе спонтанных высказываний клиента, описывающего свои проблемы - какое измерение или измерения опыта депрессии наиболее доступны его сознанию, особо важно для терапевта по крайней мере по двум причинам. Во-первых, это позволяет наладить более тесный контакт с клиентом и продемонстрировать понимание его способа восприятия. Во-вторых, это дает терапевту большую свободу при принятии решения о том, оказывать ли в начальной фазе лечения влияние на те измерения проблемы, в которых клиент полностью отдает себе отчет, или же направить интервенцию на измерения, недоступные для сознания пациента.

Клиницист совершает данный выбор, основываясь на своих предположениях, касающихся развития симптомов, а также оценивая, какой результат интервенции в данном измерении наиболее правдоподобен: мгновенный успех или столкновение с сопротивлением. Если, основываясь на высказываниях пациента терапевт поймет, что существует возможность самоубийства, выбор способа начала лечения гораздо скромнее, нежели в случае, когда болезнь пациента приобрела хронический характер и он уже сумел к ней адаптироваться.

Посмотрим, как это выглядит на практике. Предположим, что клиент обращается к нам со следующими проблемами. “С того времени, как моя жена погибла в автокатастрофе, все пошло наперекосяк. Я хожу на работу, но не могу ни на чем сосредоточиться, я думаю лишь о том, как мне плохо... У меня беспрерывно болит голова... Мой врач говорит, что это попросту стресс, но боль просто невыносима...Я сплю лишь несколько часов в сутки, я легко засыпаю, но сон быстро проходит. Я просыпаюсь на два-три часа раньше звонка будильника - и просто лежу. Я не знакомлюсь с женщинами, меня к ним не тянет. Дело в том, что меня совершенно не интересует секс, женщины; я чувствую себя таким уставшим, постоянно, хотя врач утверждает, что результаты всех анализов в норме... я очень много ем, чтобы получить больше энергии, но все идет в жир... Со времени ее смерти прошло уже три года. А я все еще никак не могу с этим смириться”.

В данном примере клиент описывает ряд симптомов: плохое самочувствие, нарушения сна, отказ от контактов с окружением, усталость и нарушение аппетита. Из его рассказа можно сделать вывод, что он весьма интенсивно осознает присутствие депрессии в физиологическом измерении. Пациент до определенной степени отдает себе отчет в существовании связи между опытом в физиологическом измерении и в измерении отношений, ассоциируя свои проблемы со смертью жены. Более того, он упоминает об общественной изоляции, хотя и не делает на этом особого акцента.

Когда терапевт убедится, что в клинической картине доминирует физическое измерение, он оказывается перед следующим выбором: Приписать ли обезболивающее и снотворное? Или же гораздо более полезной окажется психотерапия, целью которой станет освобождение пациента от печали и отчаяния? Следует ли начать с повышения жизненной энергии пациента с целью облегчения налаживания дружеских контактов. Или же лучшим решением была бы поддерживающая терапия, призванная помочь клиенту справиться с гнетущими чувствами. Читатель наверняка мог бы привести целый ряд иных возможностей интервенции, каждая из которых могла бы привести к успеху. Но какая из них пригодна к данному, конкретному случаю?

Процесс лечения становится частью мира больного, если терапевт опирается на рациональные для клиента предпосылки. А затем принимает во внимание систему отношений пациента, вместо того чтобы навязывать ему собственную (как правило) безапелляционную точку зрения. Вот он, основной принцип, которым следует руководствоваться, совершая выбор между непосредственной и опосредованной формами коммуникации с пациентом: чем больше сопротивление со стороны клиента, тем больше потребность применения опосредованных методов. Иными словами, если пациент желает сотрудничать, имеет четко определенные цели, хочет и может использовать свои возможности, активно сотрудничая с клиницистом в терапевтическом процессе, в таком случае нет необходимости обращаться к опосредованным процедурам Если, однако, весьма вероятно, что клиент по определенным причинам не прореагирует на непосредственные стратегии (например, нет однозначных целей, не убежден, хочет ли он участвовать в терапии, его ожидания нереальны) - в таком случае больше шансов на успех будет иметь опосредованный подход.

Возвращаясь к нашему случаю: если клиент относительно хорошо осознает проблемы, касающиеся физиологического измерения, а кроме того, по мнению терапевта, в его случае непосредственный подход не сулит успеха, кажется, что наилучшим решением было бы направление интервенции к измерению, на менее доступному сознанию пациента (те. к какому-либо из измерений, отсутствующих в его рассказе). Как утверждает Зейг (1980), самое сильное сопротивление вызывает интервенция в измерении, занимающем больше всего места в сознании клиента. Такое измерение касается самых болезненных проблем, которые в прошлом неоднократно были целью терапевтических действий. Попытка резкого изменения на этой плоскости наверняка столкнется с решительным сопротивлением. Перелом в ходе лечения совершится, скорее в том случае, если терапевт вначале направит терапию на более нейтральную плоскость, а затем шаг за шагом начнет приближаться к сути проблемы. Попытка поймать сразу всех зайцев, как правило, всегда заканчивается поражением. Однако, с другой стороны, иногда терапевт должен непосредственно заняться теми проблемами, о которых ему рассказывает клиент, чтобы тем самым наладить с ним контакт и завоевать его доверие. Необходимо оценить индивидуальные склонности пациента, на которые можно опереть наиболее оптимальную в данном случае схему терапевтических действий.

На практике вышеизложенный принцип проведения интервенции, направленной на измерения, менее доступные сознанию пациента, означает предоставление ему в ходе терапии информации и впечатлений, укрепляющих в нем осознание собственных позитивных возможностей. Подобная информация должна передаваться в таком темпе, какой клиент готов принять, терапевт не может вмешиваться в механизмы, управляющие его психикой, пока он не наладит с ним удовлетворительного контакта. Терапевт также должен повременить с интервенцией до тех пор, пока он не получит достоверной информации о том, в какой степени пациент осознает влияние депрессии на отдельные измерения своего опыта.

Во время беседы стоит задать несколько вопросов, которые позволяют оценить, в какой степени клиент осознает различные измерения своей проблемы. Такая информация позволяет клиницисту принять решение о том, в какой мере терапия может относиться к области сознания пациента, а в какой должна быть направлена в сторону бессознательного. Ниже я привожу список примерных вопросов, которые позволяют сориентироваться в отдельных измерениях субъективного опыта клиента. Большинство вопросов сформулировано так, что больной получает возможность высказаться спонтанно, не концентрируясь на конкретных измерениях.

. Можешь ли ты описать свои ощущения в данный момент?

. Что в твоих переживаниях является для тебя наиболее болезненным?

. Как бы ты охарактеризовал свои ощущения?

. Что ты пробовал делать, чтобы почувствовать себя лучше? Что помогало тебе хоть на некоторое время, а что не имело никакого успеха?

. Что мобилизовало тебя на дальнейшие действия?

. Что склоняло тебя к прекращению попыток что-либо изменить?

. Что о твоей ситуации говорят другие? Как ты на это реагировал?

. Что, по-твоему, является причиной твоих проблем?

. Как они влияют на твою жизнь?

. Каково твое отношение к такого рода проблемам?

. Чего ты ждешь от лечения?

Как дошло до того, что ты решил обратиться за помощью к специалисту?

. Каковы признаки улучшения?

Вышеприведенные вопросы при врачебном обследовании кажутся вполне очевидными, и возможно читатель уже давно применяет их в своей практике. Полученная благодаря этим вопросам информация оказывается необыкновенно существенной во время формулирования плана терапии методами, описанными в данной книге.

Если терапевт все внимание уделяет лишь одному измерению переживаемой депрессии, то это измерение само по себе кажется ему значительным фактором, который вызывает и поддерживает депрессивный характер. В специализированной литературе часто можно встретиться с терапевтическими теориями и программами, которые в принципе разделяют различные измерения опыта и концентрируются исключительно на одном из них, пренебрегая остальными. Например, биологический подход может принимать во внимание лишь физиологическое измерение опыта, полагая, что возвращение химического равновесия автоматически ликвидирует и иные механизмы депрессии. Терапевт, ограничивающийся когнитивной теорией, интересуется лишь деформированными схемами мышления человека, страдающего депрессией; он убежден, что солидная доза рационализма, а также корректировка системы понятий клиента окажутся достаточными, чтобы добиться терапевтического эффекта. Исключительно интерперсональная теория предполагает, что улучшение может вызвать лишь изменение депрессивнных стереотипов отношений больного; а поведенческие техники подчеркивают спасительные последствия корректировки поведения, являющегося следствием действия неверных поведенческих паттернов. Можно привести еще много примеров избирательного подхода к терапии, автор однако желает обратить внимание на то, что выделение отдельных измерений опыта может привести к одноаспектному лечению, которое, как очевидно, не всегда оказывается эффективным в случае депрессии.

Без сомнения, каждая из перечисленных терапий может принести пользу пациенту; искусство заключается в том, чтобы выбрать подход, который окажется единственно верным для данного пациента. Основываясь на спонтанных ответах пациента на приведенные выше вопросы, терапевт может сориентироваться, каких измерений, и в какой степени касается депрессия, а это должно в свою очередь облегчить ему умелое использование терапевтических стратегий.

# Заключение

Эриксоновский гипноз, - это эффективный инструмент (в опытных руках) для работы со скрытыми внутренними ресурсами своего организма и психики.

В пятьдесят один год Милтона Эриксона повторно настигла болезнь, и на этот раз ему удалось восстановиться только частично: последние 10 лет жизни он был прикован к инвалидному креслу. Его мучили постоянные боли, была парализована правая рука. Возможно, благодаря всем этим ограничениям, Эриксон научился использовать возможности и реализовывать потенциал своего организма. К концу жизни Милтон Эриксон стал признанным во всем мире авторитетом в области гипноза и краткосрочной терапии.

Правильное владение этим инструментом, в сочетании с некоторыми фундаментальными знаниями, расширяет возможности человека, позволяет раскрыть и развить свой творческий потенциал, сделать свою жизнь лучше и интереснее.

# Список литературы

1. Гиллиген С. Терапевтические трансы. Руководство по эриксоновской гипнотерапии / Пер. с англ. - М.: НФ Класс, 1997. - 364с.

. Гордон Д.И., Майерс-Андерсон М. Феникс. Терапевтические паттерны Милтона Эриксона / Пер. с англ. - М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. - 320 с.

. Гриндер Дж. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона /Пер. с англ. - М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - 414 с.

. Евтушенко В.Г. Энциклопедия гипнотических техник. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. - 400 с.

. Семинар с доктором медицины Милтоном Г.Эриксоном (Уроки гипноза) / Под ред. Дж.К.Зейга / Пер. с англ. - М.: НФ Класс, 1994. - 336 с.

. Спаркс М. Начальные навыки эриксонианского гипноза / Пер. с англ. - Новосибирск: Фирма Имидж-Контакт, 1991. - 80 с.

. Хейвенс Р. Мудрость Милтона Эриксона / Пер. с англ. -М.: НФ Класс, 1999.- 400 с.

. Хейли Дж. О Милтоне Эриксоне / Пер. с англ. - М.: НФ Класс, 1998. - 233 с.

. Эриксон М.Г. Мой голос останется с вами: Обучающие истории Мильтона Эриксона / Пер. с англ. - СПб.: Петербург-XXI век, 1995. - 304 с.

. Эриксон М. Стратегия психотерапии: Избранные работы / Пер. с англ. -- СПб.: Речь, 2002. - 544 с.

. Эриксон М.Г., Росси Э.Л. Человек из февраля: Гипнотерапия и развитие самосознания личности / Пер. с англ. -- М.: НФ Класс", 1995. - 256 с.

. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / Пер. с англ. -- М.: НФ Класс, 2000. - 342 с.