

СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.972

**ПРОБЛЕМА СОЧЕТАНИЯ ГИПНОЗА С ТЕХНОЛОГИЕЙ
ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (ДПДГ)
В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ**

Николаенко С.А., к. психол. н.,
доцент кафедры психологии

*Сумский государственный педагогический
университет имени А.С. Макаренко*

Статья посвящена поиску техник гипноза для оптимального сочетания со стандартной процедурой ДПДГ-терапии. При этом определены техники индукции и утилизации гипнотического транса, которые можно сочетать со стандартной процедурой ДПДГ-терапии на этапах подготовки, десенсибилизации и завершения, а также между сеансами.

Ключевые слова: эмоциональная травма, ДПДГ-терапия, индукция транса, утилизация транса.

Статтю присвячено пошуку технік гіпнозу для оптимального поєднання зі стандартною процедурою ДПРО-терапії. При цьому визначено техніки індукції й утилізації гіпнотичного трансу, які можна поєднувати зі стандартною процедурою ДПРО-терапії на етапах підготовки, десенсибілізації та завершення, а також між сеансами.

Ключові слова: емоційна травма, ДПРО-терапія, індукція трансу, утилізація трансу.

Nikolaienko S.A. THE PROBLEM OF COMBINING HYPNOSIS AND EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) IN PSYCHOTHERAPY EMOTIONAL TRAUMA

The article is devoted to the search for the optimal combination of the techniques of hypnosis to the standard procedure EMDR therapy. This technique revealed the induction and utilization of hypnotic trance, which can be combined with the standard procedure of EMDR therapy in the stages of preparation, and complete desensitization and between its sessions.

Key words: emotional trauma, EMDR therapy, induction of trance, trance disposal.

Постановка проблемы. Технология десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний с помощью движения глаз (далее – ДПДГ) была разработана Ф. Шапиро в 1987 году. Эта технология предназначена для психотерапии эмоциональных травм, связанных с посттравматическим стрессовым расстройством (далее – ПТСР) [7].

Известно, что Ф. Шапиро трактует гипноз и ДПДГ в качестве принципиально не связанных друг с другом процессов, поэтому негативно относится к идее их интеграции. Она отмечает, что наведение глубокого транса *во время сеанса* ДПДГ противопоказано, поскольку измененное физиологическое состояние при гипнозе не позволяет переработать всю травматическую информацию соответствующим образом.

Однако М. Япко ставит под сомнение точку зрения Ф. Шапиро о непреодолимом разрыве между гипнотическим состоянием и тем особым состоянием, которое возникает в процессе ДПДГ-терапии. По его мнению, даже такой изначально невербальный

подход, как ДПДГ, может рассматриваться как суггестивный и гипнотический, поскольку во всех методах фокусировки внимания существует общий гипнотический знаменатель [8].

Указанное противоречие в понимании базовых психологических механизмов ДПДГ снимается С. Гиллигеном в рамках определенного подхода. Автор утверждает: «У каждого человека существует «состояние особой обучаемости», в котором травматическое самоотождествление и тревожные переживания могут быть преобразованы в здоровые интегрированные состояния» [2, с. 392]. С. Гиллиген специально подчеркивает, что опыт «состояния особой обучаемости» в ДПДГ не является опытом «транса» [2, с. 395]. В рамках данного подхода ученый обосновывает точку зрения, согласно которой гипнотерапия и ДПДГ-терапия являются скорее взаимодополняющими, чем дублирующими друг друга [2, с. 395]. Автор заключает, что поскольку ДПДГ и эриксоновский гипноз разделяют сходные теоретические предпосылки и по форме они являются взаимо-



дополняющими методами, их можно *сочетать* при работе с клиентом.

Таким образом, соглашаясь с мнением Ф. Шапиро о нецелесообразности погружения пациента в глубокий транс *во время* сеанса ДПДГ, мы, как и С. Гиллиген, полагаем, что гипнотические техники могут с успехом *сочетаться* с ней, взаимодополняя друг друга, однако без нарушения базовой модели, принципов и технологии самой ДПДГ.

Анализ последних публикаций. Д. Бэр, М. Симон, К. Уэлч выявили, что сочетание гипноза и ДПДГ при лечении психотравмы реализует две функции: активизацию внутренней работы клиента для успешного прохождения процесса ДПДГ и активизацию более интенсивной переработки травматического опыта. При этом данное исследование показало, что гипноз является ценным инструментом для смягчения и ускорения использования ДПДГ в лечении застарелых эмоциональных травм.

М. Филлипс изучал, как гипнотические методы могут систематически включаться в стандарт протокола ДПДГ для усиления различных эго-состояний во время ДПДГ-терапии. Автор проиллюстрировал способы интеграции гипнотических процедур в пределах предлагаемого ДПДГ-протокола для решения следующих задач: 1) содействия эго-укреплению клиента; 2) облегчения терапевтических изменений; 3) сокращения сроков терапии; 4) облегчения процесса психотерапевтических изменений.

С. Гиллиген проанализировал возможности сочетания ДПДГ и эриксоновского гипноза. Автор рассмотрел различные подходы (директивный гипноз, эриксоновский гипноз, ДПДГ) к исцелению эмоциональных травм, выявил различные формы и уровни «состояния особой обучаемости» в данных подходах, показал различия в типах идентичности личности («неуверенной в себе личности» и «уверенной в себе личности») [2, с. 402].

В. Доморацкий рассмотрел теоретические и практические аспекты сочетаемого применения эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз. Автор привел аргументы в пользу эффективности совместного использования этих методов у одного пациента. Представлены клинические иллюстрации подобной успешной работы с юношей, страдающим ночным энурезом, женщиной с психогенной оргазмической дисфункцией и мужчиной с акрофобией [3].

Таким образом, современные исследователи отмечают как высокую теоретическую совместимость концепций гипно-

терапии и ДПДГ-терапии, так и заметное повышение эффективности в терапии эмоциональных травм клиентов при совместном использовании данных технологий для одного и того же клиента.

Однако остаются открытыми вопросы, какие именно техники гипнотической индукции и утилизации состояния транса целесообразно сочетать: 1) со стандартной процедурой ДПДГ; 2) со стандартным протоколом ДПДГ; 3) с протоколами и процедурами для особых ситуаций ДПДГ; 4) при ДПДГ с различными типами клиентов.

Постановка задания. Цель статьи – выявить техники гипнотической индукции и утилизации состояния транса для оптимального сочетания со стандартной процедурой ДПДГ с целью повышения эффективности последней.

Изложение основного материала. В основе технологии ДПДГ лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении [7].

Рассмотрим возможности сочетания и взаимодополнения гипнотерапии (техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса) и ДПДГ-терапии в контексте основных компонентов процедуры ДПДГ.

Стандартная процедура ДПДГ реализуется на протяжении *одного сеанса* и включает в себя следующие стадии:

1) *стадия оценки*, которая предполагает изучение истории эмоциональной травмы клиента, планирование психотерапии и актуализацию факторов его безопасности в ходе предстоящей процедуры ДПДГ;

2) *стадия подготовки*, связанная с установлением продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. При этом клиенту кратко разъясняется смысл процедуры ДПДГ;

3) *стадия определения предмета воздействия*, на которой психолог определяет конкретные виды целей воздействия. При психотерапии клиентов с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и так далее), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения и любые другие факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого;

4) *стадія десенсибілізації*, на якій ведеться робота по зниженню негативних емоцій клієнта при воспоминанні о травмі до 0 или 1 балла по «Шкалі суб'єктивного беспокойства»;

5) *стадія інсталляції*, ціль якої – зв'язати бажане позитивне самопредставлення з обраною в якості цілі переробки інформації, що веде до підвищенню інтегральної самооцінки клієнта;

6) *стадія сканування тіла*, посвячена усуненню можливого залишкового напруження или дискомфорту в тілі;

7) *стадія завершення*, направлена на повернення клієнта в стан емоційного рівноваги в кінці кожного сеансу вне зависимости от того, повністю ли завершена переробка дисфункціонального матеріалу;

8) *стадія переоцінки*, проводиться перед початком кожного нового сеансу ДПДГ. Психотерапевт знову повертає клієнта до раніше перероблених цілей и оцінює реакцію клієнта для визначення того, зберігається ли ефект лікування.

С нашої точки зору, застосування гіпнозу оправдано *тільки* на стадіях *підготовки, десенсибілізації и завершення* в структурі стандартної процедури ДПДГ.

Розглянемо особливості використання гіпнозу на *стадії підготовки* в структурі процедури ДПДГ. Згідно Ф. Шапіро, на даній стадії психотерапевт вирішує наступні завдання: 1) формування психотерапевтичної позиції; 2) встановлення контакту з клієнтом; 3) роз'яснення клієнту теорії; 4) тестування рухів очей клієнта; 5) описання клієнту моделі ДПДГ; 6) формування у клієнта реалістичних очікувань від ДПДГ-терапії; 7) розвінчання у клієнта можливих опасностей; 8) проведення восьмиступеневої вправи «Безпечне місце» по встановленню клієнтом почуття емоційної стабільності в будь-яких ситуаціях.

По нашому мненню, формування ресурсних переживань клієнта, зв'язаних з «безпечним місцем», може більш ефективно реалізуватися також на основі гіпнотических технік формування и утилізації трансів.

Наш досвід показує, що однією з найкращих процедур занурення клієнта як в гетерогіпноз, так и в аутогіпноз є техніка «Індукція трансів через рух руки» (по методу Н. Воотон) [4]. Для того щоб в наступних сеансах полегшити занурення клієнта як в гетерогіпноз, так и в самогіпноз, терапевту на самому

першому сеансі *гетерогіпнозу* на етапі постгіпнотического впливу необхідно встановити у нього постгіпнотический сигнал (якорь) на повторне занурення в транс. Цим якорем може стати такою початковий елемент індукції в структурі даної техніки, як витягнута вперед рука з піднятим вгору великим пальцем. Клієнта також потрібно спеціально проінструктувати, щоб при *аутогіпнозі* он буде використовувати самовпливування від першого обличчя («Я тримаю руку...», «Я дозволяю цьому відбуватися...», «Я фіксую своє уваження...» и так далі).

Для утилізаційної частини гіпнотического сеансу можна порекомендувати прекрасну техніку С. Лінна и І. Кірша «Вплив на почуття безпеки и захищеності: безпечне місце» [6, с. 99–101] или техніку Г. Карла и Д. Бойза «Личне притулок» [5, с. 96].

При цьому вважаємо, що слід ставити *різні якоря* для технік *наведення трансів и утилізації трансів*. Якщо для повторного наведення трансів по методу Н. Воотон в якості якоря ми рекомендуємо клієнту використовувати витягнуту вперед руку з піднятим вгору великим пальцем, то для переживання «почуття безпеки» в якості якорів потрібно знаходити и використовувати емоційно значимі слова, символи или образи, які сигналізують клієнту о суб'єктивних либо об'єктивних, індивідуально-неповторимих місцях сили, захисних ситуаціях, притулках.

В цьому випадку *одна и та же* заякоренна процедура *індукції трансів* може зв'язуватися також з заякореними, но індивідуалізованими и *різними по вмісту* утилізаціями на різних етапах ДПДГ-терапії. Це дає психотерапевту можливість достатньо гнучко, швидко и надійно включати дані ресурси в будь-які необхідні контексти ДПДГ-технології.

Відзначимо особливості використання гіпнозу на *стадії десенсибілізації* в структурі процедури ДПДГ. На стадії десенсибілізації може виникнути стан отреагування (абреакції), який може бути як доведено, так и не доведено до кінця. Ф. Шапіро підкреслює, що особливо важливо ні при яких обставинах не допускати, щоб клієнт покинув кабінет психотерапевта з незавершеним отреагуванням, то необхідно підготуватися до проведення адекватної процедури завершення, дозволяючої пацієнту закончити психотерапевтичний сеанс в стані отно-



сительного покоя даже в том случае, если переработка оказалась неполной. Ф. Шапиро также отмечает, что гипнотическое внушение «безопасного места» является одним из лучших способов окончания *незавершенного* сеанса ДПДГ-терапии [7].

Для решения данной задачи вполне подходят указанные техника «Индукция транса через движение руки» (по методу Н. Воотон) и техника С. Линна и И. Кирша «Содействие ощущению безопасности и защищенности: безопасное место», которые можно проводить с использованием якорей.

Рассмотрим особенности использования гипноза на стадии завершения в структуре процедуры ДПДГ. На стадии завершения могут возникать такие ситуации: 1) психотерапевтический сеанс может оказаться незавершенным (в случаях, когда не удается завершить отреагирование или возникает заблокированность в переработке дисфункциональной информации); 2) психотерапевтический сеанс может оказаться благополучно завершенным. Как уже отмечалось, для незавершенного психотерапевтического сеанса подходят указанные техники индукции транса Н. Воотон и техника утилизации транса С. Линна и И. Кирша.

Рассмотрим ситуацию, когда психотерапевтический сеанс оказывается *благополучно завершенным*. Как показывает клинический опыт В. Доморацкого, на стадии завершения процедуры ДПДГ при благополучно проведенной десенсибилизации и инсталляции могут быть реализованы следующие процедуры: 1) техники быстрого наведения транса; 2) техники эго-усиления клиента, которые соотносятся с содержанием позитивного самоотношения, инсталлированного клиенту на предыдущем этапе процедуры ДПДГ; 3) процедура пропуска (отмены) стадии сканирования тела, которая присутствует в стандартном протоколе процедуры ДПДГ; 4) процедура перехода к третьему этапу стандартного протокола ДПДГ, который предусматривает перенос из прошлого опыта клиента в его будущее необходимых ресурсов [3].

Рассмотрим особенности техник *утилизации* состояния транса, которые могут использоваться на *стадии завершения* процедуры ДПДГ. Как было отмечено, после стадии десенсибилизации в стандартной процедуре ДПДГ следуют стадии инсталляции, сканирования тела и завершения. Однако В. Доморацкий в своей практике в случае благополучного завершения стадий десенсибилизации и инсталляции пропускает этап сканирования тела и сразу пе-

реходит к завершающему этапу процедуры ДПДГ-терапии с использованием техники эго-усиления с учетом содержания инсталлированного самоотношения [3].

Отметим также возможности использования гипноза в *период между сеансами* в структуре процедуры ДПДГ. После завершения сеанса ДПДГ травматический материал с большой долей вероятности будет постепенно проходить переработку также в период между сеансами. Поэтому клиент должен быть знаком с различными техниками самоконтроля, чтобы самостоятельно справляться с беспокоящими мыслями и эмоциями. Ф. Шапиро отмечает, что хотя гипнотическое внушение было бы, возможно, лучшим способом окончания *незавершенного* психотерапевтического сеанса, оно не может дать клиенту чувства уверенности в себе, столь необходимого в период *между сеансами*. Поэтому если психотерапевт отдает предпочтение определенным гипнотическим техникам, то полезно видоизменить их таким образом, чтобы клиент *смог самостоятельно* использовать эти техники в периоды между сеансами [7].

Поэтому для реализации эффективного *аутогенного* самовнушения в *период между сеансами* ДПДГ уже на подготовительном этапе ДПДГ, в процессе постгипнотического внушения, терапевт должен *передать клиенту два вида якорей*: на погружение в транс (вытянутая вперед рука с поднятым вверх пальцем в технике Н. Воотон) и на актуализацию ресурсного переживания безопасного места (эмоционально-значимые слова, символы или образы, которые будут сигнализировать клиенту о безопасном месте). Местом перехода от первого типа якоря ко второму типу якоря в технике Н. Воотон может быть тот момент, когда опускающаяся вниз рука клиента *касается его колена*: «И как только Ваша рука коснется колена, в Вашем сознании всплывет слово (образ, символ), который начинает сигнализировать Вам о безопасном месте». Далее идут основные образно-символические характеристики этого места [5, с. 375].

Выводы. Таким образом, в процессе определения техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса для оптимального сочетания со стандартной процедурой ДПДГ-терапии мы пришли к определенным заключениям.

Во-первых, применение техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса оправдано на стадиях *подготовки, десенсибилизации и завершения* в структуре процедуры ДПДГ, а также между сеансами последней.

Во-вторых, оптимальной процедурой погружения клиента как в аутогенный, так и в гетерогенный гипноз является техника «Индукция транса через движение руки» (по методу Н. Воотон). При проведении данной техники у клиента необходимо установить постгипнотический сигнал («якорь») на повторное погружение в транс. Для облегчения погружения клиента в самогипноз ему необходимо передать якорь.

В-третьих, на утилизационном этапе гипнотического сеанса можно использовать технику С. Линна и И. Кирша «Содействие ощущению безопасности и защищенности: безопасное место». При этом следует ставить *разные якоря* для техник *наведения транса и утилизации транса*.

В-четвертых, в случае возникновения неполного реагирования на стадии десенсибилизации в структуре процедуры ДПДГ необходимо переходить к завершающей стадии и применять при этом указанные выше гипнотические техники наведения транса (по методу Н. Воотон) и утилизации транса (по методу С. Линна и И. Кирша).

В-пятых, на *стадии завершения процедуры ДПДГ при благополучно проведенной десенсибилизации и инсталляции* могут реализовываться также следующие процедуры: 1) техники *быстрого наведения транса*; 2) техники *эго-усиления* клиента, которые соотносятся с содержанием позитивного самоотношения, инсталлированного клиенту на предыдущем этапе процедуры ДПДГ; 3) процедура пропуски (отмены) стадии сканирования тела, которая присутствует в стандартном протоколе процедуры ДПДГ; 4) процедура перехода

к третьему этапу стандартного *протокола ДПДГ*, который предусматривает перенос из прошлого опыта клиента в его будущее необходимых ресурсов.

Задачу дальнейших исследований мы видим в выявлении оптимальных техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса для сочетания со стандартным протоколом ДПДГ, с протоколами и процедурами для особых ситуаций ДПДГ и при проведении ДПДГ с различными типами клиентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гриндер Д. Формирование транса / Д. Гриндер, Р. Бэндлер. – пер. с англ. – М. : КААС, 1994. – 272 с.
2. Гиллиген С. Наследие Милтона Эриксона / С. Гиллиген. – пер. с англ. – М. : Психотерапия, 2012. – 416 с.
3. Доморацкий В. Сочетанное использование эриконовского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в клинической практике / В. Доморацкий // Теория и практика психотерапии. – 2015. – № 2(6). – С. 48–52.
4. Евтушенко В. Методы современной гипнотерапии / В. Евтушенко. – М. : Психотерапия, 2010. – 384 с.
5. Карл Г. Гипнотерапия: практическое руководство / Г. Карл, Д. Бойз. – М. : ЭКСМО-Пресс ; СПб. : Сова, 2002. – 352 с.
6. Линн С. Основы клинического гипноза: доказательно-обоснованный подход / С. Линн, И. Кирш. – пер. с англ. – М. : Психотерапия, 2011. – 352 с.
7. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро. – пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
8. Япко М. Трансовая работа: введение в практику клинического гипноза / М. Япко. – пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.