

доступный. Это система биологической защиты от «соматического стресса» и социальной адаптации человека в обществе, обеспечивающая психологическое благополучие и физическое здоровье человека.

В заключение, необходимо отметить, что новый опыт в работе с соматическим стрессом при помощи запатентованной в России авторской модальности Самариной В.М. и Самарина А.Ю. «Телесно-ориентированная системная психо-кинезиотерапия рефлексивно-мышечным движением от соматического стресса», сокращенно ТОПК РМД и её «Способ выполнения упражнений для восстановления после психологических травм», представленный на Втором Межконтинентальном экстерриториальном конгрессе, бесспорно является значительным научным вкладом в мировую психотерапию, в международное сообщество психологов, психотерапевтов, кинезиологов и служит сохранению и развитию психосоматического здоровья и психологического благополучия человечества на Земле.

Литература

1. Питер А. Левин, Энн Фредерик "Пробуждение тигра-исцеление травмы" Издательство АСТ, - 2007. - 368с
2. Пол Маклин "Модель триединого мозга".
3. Райх Вильгельм, "Анализ личности", Издательство Санкт-Петербург, 1999. - 333 с.
4. Гордон Стокс, Дэниел Уайтсайт "Единый мозг", "Диалог-Мгу", Москва 1996. - 222с.
5. Чарльз Т. Кребс, Таня О. Нил, Мак Гоуан "Энергетическая кинезиология" Пер. с англ. Давыдова Н.О. под общей ред. Чобану И.К. - М. Институт кинезиологии, 2018. - 528 с.

META-SKILLS IN THE PRACTICE AND TEACHING OF THERAPEUTIC HYPNOSIS

Vladimir S. Snigur, Moscow, private practice. info@vladimirsnigur.ru

Annotation. Hypnosis as a tool has a long history, but there is still no consensus among authors and specialists about either how to conceptualize it or how to teach it. This paper discusses a model for teaching therapeutic hypnosis based on meta-skills – sets of skills organized around an organizing principle. This model proposes six key principles that organize the hypnosis practitioner's practice and allow for focused training and practice of skills that expand the practitioner's technical and personal arsenal.

Keywords: hypnosis, suggestion, meta-skill, deliberate practice, dissociation, confusion, communication

References

1. Snigur V. S. Pereosmyslenie kluchevykh poniatii gipnoza: shag k edinoi modeli. // Antologiya rossijskoi psikhoterapii, vypusk 11. Sbornik statei i tezisov X Mezhdunarodnogo nauchno-prakticheskogo kongressa psikhologov-konsul'tantov, psikhoterapevtov i predstavitelei pomogaiushchikh professii. SPb.: setevoe izdanie OPPL. - 2023. – с. 177
2. Snigur V.S. Tri izmereniia kommunikatsii v praktike pomogaiushchego spetsialista». Literaturnyi internet-zhurnal «Chetyrekhlistnik» - 2023. - vypusk 4. <https://clover-magazin.ru/snigur>
3. Timoshenko, E.A. Teoreticheskie i eksperimental'nye istoki praiming-effektov. Fundamental'nye issledovaniia. – 2015. – № 2 (chast' 8) – s. 1779-1783
4. Erikson, M., Rossi, E. Gipnoterapiia. Sluchai iz praktiki. Moskva: Izd-vo Instituta Psikhoterapii, 2013 g.
5. Zeig, Dzh. K. Ispytanie Eriksonom : Lichnost' mastera i ego rabota / Dzheffri K. Zeig; Per. s angl. V.V. Samoilova pod red. M. R. Ginzburga. - Moskva : Nezavisimaya firma «Klass», 1999.
6. Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1/2), 25–54.
7. Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy* 2015; 52(3): 337–345.
8. Zeig, Jeffrey K. Psychoaerobics: An experiential method to empower therapist excellence. Phoenix, AZ: The Milton Erickson Foundation Press; 2015

МЕТАНАВЫКИ В ПРАКТИКЕ И ПРЕПОДАВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Снигур Владимир Сергеевич, Москва, частная практика. info@vladimirsnigur.ru

Аннотация. Гипноз как инструмент имеет длинную историю, но до сих пор среди авторов и специалистов нет единства ни о том, как его концептуализировать, ни о том, как ему обучать. В данной работе обсуждается модель обучения терапевтическому гипнозу на основе метанавыков – совокупностей навыков, объединённых вокруг организующего принципа. Данная модель предлагает шесть ключевых принципов, организующих практику специалиста по гипнозу и позволяющих целенаправленно тренировать и отрабатывать умения, которые расширяют технический и личностный арсенал специалистов.

Ключевые слова: гипноз, внушение, метанавык, осознанная практика, диссоциация, замешательство, коммуникация

Введение

Понятие *гипноз* в контексте психотерапии и изменённых состояний сознания используют для обозначения разных явлений. Во-первых, это само состояние сознания, или, по мнению некоторых специалистов, спектр режимов работы психики, которые характеризуются как психологическими, так и физиологическими особенностями. Во-вторых, это понятие используют для обозначения технологии по целенаправленному и управляемому влиянию на состояние сознания для достижения психофизиологических изменений, и, в-третьих, для обозначения процедуры – самого процесса использования этой технологии в рамках специфической процедуры. Обучение гипнозу подразумевает знакомство специалистов со всеми аспектами этого понятия – и с технологией, и с состоянием, и с особенностями применения технологии в различных контекстах.

Другой ракурс рассмотрения предлагает двойное толкование понятия гипноз – как технического инструмента, применяемого в рамках психотерапии или в качестве вспомогательной медицинской процедуры специалистом в соответствии с показаниями и возможностями, при этом специалист остаётся в поле своей профессии и специализации; либо как независимого метода, часто обозначаемого понятием *гипнотерапия*, который имеет собственную концептуальную базу, свой инструментарий и может применяться порой независимо от иных помогающих практик.

Без сомнения, за время своей многовековой истории гипноз в широком смысле накопил огромный корпус знаний и опыта, впитал разные фундаментальные открытия и претерпел влияние крупных практиков в сфере медицины и психологии. Многие методы и принципы гипноза разрабатывались эвристически и экспериментально. Практик в области психического здоровья, используя гипноз, так или иначе формирует собственное видение гипноза на основе своего опыта, подготовки и отраслевой специфики. Однако преподаватель сталкивается с ещё одним вызовом - предложить студентам концептуальную модель, структуру знания и методику тренировки, которые будут соблюдать баланс между простотой изложения и сложностью изучаемого явления.

За годы практики, благодаря опытейшим коллегам, с которыми довелось сотрудничать, я пришёл к выводу, что гипноз необходимо рассматривать, во-первых, в контексте психотерапевтической традиции, имеющей важнейшие концептуальные корни в медицине, в гуманистическом, психоаналитическом и когнитивно-поведенческом направлении психологии, и, во-вторых, в контексте гуманитарного знания, изучающего социальные, духовные и культурные аспекты жизнедеятельности человека. Это связано с тем, что влияние, оказываемое человеком в ходе гипнотических интервенций, задействует практически все слои психической деятельности, не говоря о физиологических эффектах. Гипнотическое влияние сугубо индивидуально и включает в себя неконтролируемые неспецифические факторы, связанные не только с технологией гипноза, но и с индивидуальным человеческим опытом как клинициста, так и пациента (в силу своей профессии я буду придерживаться этих терминов для обозначения субъектов гипнотического взаимодействия) – темперамент, личностные особенности и стиль мышления, образование, религиозный и культурный фон, языковые нюансы, невербальную коммуникацию.

Практика преподавания гипноза показывает, что для наиболее эффективной работы необходимо задействовать и учитывать все эти аспекты человеческого опыта, причём таким образом, чтобы в ходе самого процесса обучения студенты могли на собственном опыте исследовать многие из этих эффектов и механизмов влияния. Таким образом, преподавание и практика гипноза тесно связаны, и овладение технологией гипноза и внушения основано на чувственно проживаемом опыте, который получают сами студенты.

Как было указано в предыдущей работе [1], ключевым механизмом гипноза автор предлагает рассматривать *идеодинамический эффект* – спонтанное воспроизведение идей в психике человека на когнитивном, эмоциональном, физиологическом и поведенческом уровне. Этот эффект присутствует в повседневной жизни как нормальная часть человеческого опыта и может значительно усиливаться в ходе гипнотических интервенций. Поскольку речь идёт о спонтанной активации идей, встаёт задача не только по гипнотизации – влиянию на режим работы психики. Необходимо формулировать, структурировать и передавать идеи таким образом, чтобы они были подхвачены психикой пациента и дали искомый терапевтический эффект.

Для того, чтобы структурировать концептуальные понятия, техники и навыки, применяемые в гипнотических интервенциях, автор предлагает сгруппировать ключевые навыки вокруг организующих принципов, которые были описаны прежде всего благодаря традиции, начатой Милтоном Эриксоном и развитой его последователями, прежде всего, Джеффри Зейгом.

Применение гипноза подразумевает последовательную реализацию всех трёх его аспектов – конструирование контекста процедуры, использование технологии внушения и межличностного влияния в ходе процедуры с целью изменений в субъективном опыте пациента, которые связаны со сдвигами в его психическом функционировании.

Крайне сложно описать всю сложность взаимодействия двух человек в ходе гипнотического взаимодействия. В каждый момент времени специалист держит в голове и учитывает множество аспектов ситуации, которые выступают на передний план на разных этапах взаимодействия, но остаются актуальными непрерывно в ходе всего сеанса. В этом задействованы различные технические навыки терапевта, связанные с управлением вниманием, владением коммуникативными техниками, наблюдением за коммуникацией пациента, конструированием терапевтических стратегий, работой с обратной связью и другими микропроцессами. Описанная в этой работе модель предлагает разбить эти навыки на несколько блоков, объединённых общими организующими принципами.



Рис. 1. Метанавыки гипноза

Контекст процедуры и рамка гипноза

Любое психотерапевтическое взаимодействие начинается ещё до непосредственно физической встречи пациента и терапевта – оно начинается в разуме пациента, который обнаруживает импульс к поиску помогающего специалиста и определяет весь процесс поиска, выбора и первичного контакта. Этот процесс во многом начинается в воображении и подразумевает формирование образа терапевта, установление внутренних отношений с ним и формирование контекста этих отношений. Этот контекст имеет множество параметров, уникальных для каждой конкретной пары пациент-терапевт, и включает в себя четыре универсальных компонента: мотивацию пациента к изменениям, ролевые отношения пациент-терапевт, ожидания пациента от взаимодействия и цель этого взаимодействия – совместно (в большей или меньшей степени) формулируемый контракт между пациентом и специалистом.

Конструирование рамки гипноза чем-то похоже на подготовку к хирургической операции. Хирургу для выполнения работы необходимы оптимальные условия, которые обеспечат не только безопасность пациента, но и максимальную эффективность работы операционной бригады. Для этого необходимо специальное помещение, стерильность, освещение, инструменты и оборудование, а также предварительный сбор информации о состоянии пациента, чтобы учесть его в ходе лечения. Подобным образом, терапевт, который собирается применять гипноз, подготавливает почву для плодотворного взаимодействия, что включает прояснение (и, если нужно, формирование) мотиваций к изменениям, установление терапевтической ролевой модели, которая может варьироваться в зависимости от индивидуального стиля работы специалиста и особенностей пациента, прояснение ожиданий, демистификацию гипноза и формирование реалистичного представления о происходящем, а также формулирование совместных целей и задач для работы.

Присоединение и ведение

Начиная с первой встречи и заканчивая моментом, когда пациент покидает кабинет (или отключает связь, если речь идёт об онлайн-работе), терапевт балансирует между двумя информационными потоками - поступающим от пациента и исходящим от терапевта. Информация, поступающая от пациента, отражает его текущее психическое функционирование на всех возможных уровнях.

Первая задача терапевта – выделить из этой информации ключевые компоненты, благодаря которым терапевт может сформировать в своём разуме образ пациента и его ситуации, выявить особенности его коммуникативных паттернов – языка общения, который ему близок и понятен и который также несёт отпечаток его психического функционирования. Точное считывание этих аспектов позволяет установить с пациентом «общий язык» и достичь ощущения контакта и понимания, необходимых для того, чтобы пациент мог довериться терапевту и исследовать свой внутренний мир, равно как и воспринимать новые идеи от терапевта. Доверие, чувство взаимопонимания и интерес являются важной основой гипнотического раппорта, который также опирается на параметры, описанные в предыдущем пункте. Терапевт, считывая состояние и язык пациента, как бы эмоционально присоединяется к нему и формирует с ним диаду, что, вероятно, способствует психической регрессии и формированию положительного переноса – восприятия пациентом терапевта как доброжелательно настроенного значимого Другого.

Вторая задача терапевта – использование такой состройки для оказания целенаправленного и управляемого влияния на состояние пациента. При этом интенсивность, темп и глубина этого влияния должны быть соразмерны психическим возможностям пациента в данный момент времени. Запросы, с которыми обращаются пациенты за помощью, нередко подразумевают довольно амбициозные задачи, связанные с облегчением симптомов, осмыслением сложных психических процессов, освоением новых моделей поведения и т.д. Конечно же, пациент далеко не всегда способен совершить скачок из своего изначального в искомое состояние, когда все его проблемы решились и цели оказались реализованы. Этот путь обычно разбивается на множество этапов, и задача терапевта в каждый момент времени –

предложить пациенту один шаг, который продвинет его в направлении искомого состояния. Из множества таких шагов формируется вся терапевтическая стратегия (см. Стратегическая коммуникация). Но в моменте терапевту необходимо внимательно оценить текущее психическое состояние пациента и предложить один минимальный шаг, который вызовет сдвиг в этом состоянии в нужную сторону.

Таким образом, терапевт постоянно балансирует между *сопровождением* (или подстройкой) пациента в его нынешней субъективной реальности и *ведением* пациента шаг за шагом в направлении искомого состояния.

Этот процесс метафорически можно представить как танец, где ведущий партнёр задаёт направление, но у ведомого партнёра есть ограниченный объём возможных движений из данной точки, учитывая равновесие, опорную ногу, позу, контакт с партнёром, музыку и другие факторы. Иногда ведомый партнёр может совершить длинное, размашистое движение или даже прыжок, а иногда ему необходима опора и точный импульс, чтобы сделать один небольшой шаг в сторону большего равновесия. Но чтобы движения танца были возможны, необходима первоначальная настройка партнёров, где они оба настраиваются на музыку, устанавливают физический контакт, находят точки опоры и определяются с начальным вектором движения.

Многоуровневая коммуникация



Рис. 2. Многоуровневая коммуникация

Процессы, описанные в предыдущем пункте, невозможны без обмена информацией между терапевтом и пациентом. Этот обмен – «разговор» – происходит как на вербальном, так и на невербальном уровне. Послания, которыми мы обмениваемся, могут передаваться в буквальном виде через слова, либо в форме метафор, через интонации, акценты, паузы, жесты, мимические сигналы, изменения в позе, дыхании, через физический контакт и даже через такие тонкие и трудноуловимые (и труднообъяснимые) формы коммуникации как направление внимания.

Если представить коммуникацию в виде потока, то можно выделить три его измерения – ширину потока, глубину и время, в котором он течёт и проходит путь от истока к адресату [2]. Представим, что ширина потока иллюстрирует множество микропотоков, текущих параллельно и формирующих общий поток. Это каналы, по которым мы передаём информацию постоянно и одновременно – вербальные и невербальные.

В процессе «слушания» и «говорения» терапевт полагается на все эти коммуникативные каналы. Информация передаётся по каналам коммуникации непрерывно и параллельно и может быть конгруэнтной – если сигналы в разных каналах коммуникации согласованы между собой – и неконгруэнтной, если по разным каналам передаются разные сигналы. Пример конгруэнтной коммуникации – выражение искреннего, заинтересованного согласия к взаимодействию. Это сопровождается как соответствующими словами («Да», «Согласен», «Я готов»), так и невербальными сигналами (кивок головой, нисходящие интонации, разворот корпуса, улыбка). Неконгруэнтность может принимать самые разные формы и является предметом интереса у психотерапевтов большинства модальностей. Мы полагаем, что внимание человека может отслеживать в единицу времени лишь ограниченный объём информации, и то, что передаётся через слова, может выражать сознательную часть коммуникации, а неосознанные переживания могут передаваться через невербальный язык. Либо же, в случае оговорок, например, неконгруэнтность может проявлять себя в форме противоречивых сигналов в одном канале коммуникации.

Если вернуться к метафоре потока и представить измерение его глубины, мы обнаружим, что на разных «глубинах» потока могут протекать разные течения – иначе говоря, о коммуникативных процессах есть разные уровни, на которых могут параллельно передаваться разные послания.

Чем отличаются каналы от уровней коммуникации? Каналы коммуникации – это конкретные способы передавать информацию с помощью разных физиологических систем. Например, вербальный канал передаёт слова, канал мимических выражений передаёт эмоциональные мимические сигналы, паравербальный канал передаёт интонации и другие нюансы голоса и т.д. Уровни коммуникации – это более абстрактное представление о параллельно передаваемых идеях, которые могут передаваться как через один канал, так и через разные или через несколько сразу. Например, через вербальный канал человек может произносить слова, но слова могут выглядеть, например, как перечисление предметов, лежащих на столе, либо как описание увиденного ночью сновидения. Безусловно, перечисление предметов на столе содержит в себе

довольно скудный объём информации, которую трудно понять иначе как буквально. Описание сновидения выражает содержит в себе как минимум два коммуникативных уровня – непосредственно уровень текста, где слова выстраиваются в предложения и фразы, и уровень подтекста, символический уровень, на котором ткань сновидения содержит скрытые символические смыслы.

Иначе говоря, уровни коммуникации помогают отделить текст от подтекста – буквальное значение слов от их символического значения в данном контексте. И если на уровне текста толкование обычно прямолинейно и буквально, то на уровне подтекста существует неопределённое множество идей и смыслов, которые можно извлечь из послания. Там могут быть, например, обнаружены окрашенные специфическими чувствами слова и обороты, могут быть отсылки к литературе или искусству, могут быть отсылки к прошлым событиям или словам терапевта и т.д.

Таким образом, терапевт параллельно отслеживает два измерения коммуникации – каналы, по которым передаются сигналы, и уровни, на которых передаются идеи. Каналы могут быть конгруэнтны или неконгруэнтны друг другу, а уровни всегда несут разные смыслы – буквальный текстовый уровень и многие уровни подтекста, намёков, умолчаний, метафор и др.

Утилизация

Понятие утилизации (от англ. to utilize – направлять на пользу) было введено и разработано Милтоном Эриксоном и его последователями и отражает целенаправленное и стратегическое использование терапевтом всех аспектов терапевтической ситуации для достижения терапевтических целей. Утилизация подразумевает как творческое использование терапевтом обратной связи пациента, так и использование спонтанно возникающих элементов ситуации как источника разнообразия в терапевтическом процессе.

Метанавык утилизации – один из наиболее любопытных и сложных для освоения. Он имеет много общего с понятием психологической гибкости, которое применяется в терапии принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy, АСТ) [6]. Это способность присутствовать в моменте, осознавая внутренние и внешние процессы ситуации, цели и ценности, и действовать творчески в соответствии с ними.

Милтон Эриксон и Эрнест Росси [4] описали разнообразные техники утилизации – способы обработки обратной связи пациента, включая его слова, поведенческие особенности, а также симптомы, особенности жизненных ситуаций и событий. Но их описание – это, скорее, не исчерпывающий перечень техник, а примеры творческого осмысления и использования разных сторон ситуации. Джеффри Зейг, например, описывал [5] методы, которыми пользовался Эриксон, чтобы развивать и тренировать у себя умение утилизации. Это включает в себя тренировку наблюдательности, «потокowego» состояния, нахождения парадоксальных и неочевидных связей между явлениями, тренировку речевых навыков и формирование устойчивого и гибкого самоощущения. Зейг [8] разработал упражнения, которые помогают развить и тренировать эти умения в контролируемом формате. Например, упражнение по утилизации может выполняться в групповом формате, где терапевт с помощью нескольких членов группы проводит гипнотическое сопровождение для добровольца, при этом члены группы по очереди через небольшие промежутки времени создают для терапевта «помехи» - вслух произносят произвольные слова или совершают звуковые стимулы, которые терапевту необходимо «обработать» и встроить в своё гипнотическое сопровождение. Поскольку он не знает заранее, какие слова и звуки будут использоваться, ему необходимо настроить себя определённым образом - выработать специфическое трансподобное состояние потока, в котором он сможет без большой задержки и более-менее гладко, творчески встроить слова, произносимые участниками, в свою речь, не теряя при этом общей линии сопровождения. Но метанавык утилизации может тренироваться как за счёт знакомства с уже готовыми примерами утилизации, рефрейминга, так и за счёт развития творческого мышления, спонтанности, актёрского мастерства и других навыков.

Замешательство и дестабилизация

Замешательство – универсальный компонент любого гипнотического взаимодействия. Начиная с самых ранних опытов с гипнозом задачей гипнотизёра было вызвать торможение сознательных процессов пациента. Эриксон и Росси описывали это в рамках микродинамики гипноза как «депотенциализацию сознательных процессов и установок». Представители отечественной школы гипноза говорили о массивном торможении «коры мозга», или, что будет точнее, о торможении функций высшей нервной деятельности, что достигается как специфическими внушениями, связанными с идеей «сна», так и невербальными воздействиями – тоном голоса, пассажами и другими физическими воздействиями.

По-видимому, сама природа гипноза подразумевает влияние, которое вызывает дестабилизацию, торможение сознательных процессов и способствует активации бессознательных реакций. Механизмы создания замешательства играют здесь важную роль и были также подробно описаны Эриксоном и его последователями. Они выделяли две стратегии создания замешательства – стратегию перегрузки и стратегию прерывания стереотипов («разрыв шаблона»).

Первая стратегия полагается на то, что сознанию человека трудно и параллельно обрабатывать большой объём информации из разных источников. Например, быстрая речь, активные модуляции голоса и физические прикосновения одновременно вызывают у пациента кратковременную перегрузку внимания, быстро ведущую к ощущению ступора и замешательства, в котором пациент интуитивно ищет простые и понятные сигналы и готов ухватиться за них при первой возможности. Поэтому на этапе замешательства терапевт использует внушения, несущие непосредственные гипнотические инструкции для пациента, с расчётом на то, что он с большей готовностью их воспримет и выполнит, не прибегая к критическому мышлению.

Вторая стратегия – прерывание стереотипа – также активно используется в гипнозе. Она заключается в конструировании внезапных и непредсказуемых сдвигов в паттернах поведения и коммуникации. Например, знаменитая техника наведения гипноза через рукопожатие заключается в том, что в процессе рукопожатия – известного всем поведенческого паттерна – терапевт совершает неожиданный сдвиг и, например, вместо того, чтобы отпустить руку,

сохраняет рукопожатие, словно замирая, фиксируя взгляд пациента и ожидая, когда тот растеряется из-за неожиданного поворота и непонимания происходящего, после чего даёт ему нужные внушения.

Состояния замешательства имманентны практически любому гипнотическому взаимодействию, поскольку сама природа гипноза и внушения подразумевает необычные и неожиданные изменения в самоощущении. Суженное внимание и растерянность способствует диссоциации – временному отключению разных психических функций от сознательного контроля, а диссоциация сама по себе способствует замешательству. Задача терапевта здесь – обнаружить и подкрепить любой феномен, который означает ослабление сознательного контроля пациента над происходящим.

Стратегическая коммуникация

В п. «Сопровождение и ведение» шла речь о конструировании минимального шага, который вызывает сдвиг в состоянии пациента в данный момент времени. Но гипнотический сеанс подразумевает последовательное движение, трансформацию исходного состояния пациента в сторону искомого, и это требует серии шагов, продуманных наперёд и согласованных друг с другом. Если метафора танца, приведённая ранее, обычно подразумевает спонтанное взаимодействие под музыку, то гипнотическое взаимодействие терапевта и пациента, как правило, подразумевает целенаправленное движение, поэтому специалист может заранее планировать цель и стратегию работы, разбивая её на этапы и подготавливая каждый из этих этапов таким образом, чтобы пациент мог перейти к нему с наименьшим усилием. Это больше похоже на театральную постановку, где терапевт становится режиссёром, планирующим каждую сцену и соединяющим их друг с другом. И, как и в театре, у терапевта-режиссёра есть возможность разместить в первом акте те «ружья», которые должны будут «выстрелить» в финале.

В литературе такой эффект описан как механизм прайминга (преднастройки) [3]. Изначально он подразумевает, что введение подпорогового стимула усиливает реакцию на основной стимул, когда он будет представлен в полном виде. Этот принцип побуждает терапевта спланировать заранее, какие ключевые идеи и стимулы будут нести терапевтическую ценность и как (если это возможно) заранее подготовить почву для того, чтобы они имели максимальный эффект. Подготовка ключевой интервенции может начинаться ещё задолго до начала самого сеанса. Один опытный специалист по гипнозу говорил как-то: «Я люблю, когда основная работа закончена ещё до начала сеанса».

Безусловно, невозможно заранее спланировать все возможные повороты в ходе сеанса, но умение стратегически мыслить, готовить почву для терапевтических интервенций и планировать их на несколько шагов вперёд, позволяет терапевту действовать эффективнее и увереннее, а также предусмотреть возможные осложнения и риски.

Заключение

Данная модель предлагает шесть фокусных точек обучения гипнозу, которые потенциально можно экстраполировать на другие психотерапевтические подходы с учётом их особенностей и ключевых механизмов. Каждый из шести метанавыков может осваиваться и тренироваться независимо от других. Это предполагает разработку системы обучения, основанной на упражнениях, нацеленных на выработку и совершенствование конкретных умений и их объединение в согласованные структуры. Таким образом, студенты не просто заучивают готовые тексты или оттачивают отдельные техники и навыки, а работают над тем, чтобы объединить их в рамках основных организующих принципов и встроить в свой профессиональный и личный арсенал. Эта модель согласуется с представлением о «осознанной практике» (англ. *deliberate practice* [7]), которая относится не только к психотерапии, но и к развитию в рамках спортивных дисциплин и в искусстве. Совершенствование психотерапевта может быть обогащено за счёт заимствования методов обучения из актёрского мастерства, музыки, изобразительного искусства, кинематографа, боевых искусств и других направлений знания, где делается упор не на точное познание, а на эвристические методы на основе проживания чувств, эксперимента и импровизации.

Литература

1. Снигур В. С. Переосмысление ключевых понятий гипноза: шаг к единой модели. // Антология российской психотерапии, выпуск 11. Сборник статей и тезисов X Международного научно-практического конгресса психологов-консультантов, психотерапевтов и представителей помогающих профессий. СПб.: сетевое издание ОППЛ. - 2023. – с. 177
2. Снигур В.С. Три измерения коммуникации в практике помогающего специалиста». Литературный интернет-журнал «Четырёхлистник» - 2023. - выпуск 4. <https://clover-magazin.ru/snigur>
3. Тимошенко, Е.А. Теоретические и экспериментальные истоки прайминг-эффектов. Фундаментальные исследования. – 2015. – № 2 (часть 8) – с. 1779-1783
4. Эриксон, М., Росси, Э. Гипнотерапия. Случаи из практики. Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2013 г.
5. Зейг, Дж. К. Испытание Эриксоном : Личность мастера и его работа / Джеффри К. Зейг; Пер. с англ. В.В. Самойлова под ред. М. Р. Гинзбурга. - Москва : Независимая фирма «Класс», 1999.
6. Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1/2), 25–54.
7. Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy* 2015; 52(3): 337–345.
8. Zeig, Jeffrey K. *Psychoaerobics: An experiential method to empower therapist excellence*. Phoenix, AZ: The Milton Erickson Foundation Press; 2015