

18+

Александр Капитонов

Наталия Гангнус

Когнитивные энграммы в системных расстановках

ТОМ II. Феноменология
шага за моментом
рождения



Наталия Гангнус

**Когнитивные энграммы
в системных расстановках.
Том II. Феноменология шага
за моментом рождения**

«Издательские решения»

Гангнус Н.

Когнитивные энграммы в системных расстановках. Том II.
Феноменология шага за моментом рождения / Н. Гангнус —
«Издательские решения»,

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,
ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ
ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН
И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Представлен интегративный метод работы
с биографической и трансперсональной травмой, объединяющий
диагностический потенциал системных расстановок и прорабатывающий
инструментарий кататимно-имагинативной терапии. В основе метода —
Информационно-паттернная модель Виктории Журавлёвой. Второй том
посвящён феноменологии шага за моментом рождения, открывающего доступ
к феноменам, не имеющим биографического источника. Описаны варианты
событий: вход в позицию предка, образ без лица и телесный коллапс.

© Гангнус Н.

© Издательские решения

Содержание

Введение ко второму тому	6
Переход через момент рождения	18
Признаки готовности к переходу	20
Полный протокол шага	29
Конец ознакомительного фрагмента.	35

**Когнитивные энграммы в
системных расстановках
Том II. Феноменология шага
за моментом рождения**

**Александр Капитонов
Наталия Гангнус**

Редактор Ольга Сергеевна Соловьева

© Александр Капитонов, 2026

© Наталия Гангнус, 2026

ISBN 978-5-0070-9952-3 (т. 2)

ISBN 978-5-0070-6029-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Введение ко второму тому

Первый том нашего трёхтомного издания был посвящён созданию надёжного диагностического фундамента, позволяющего выявлять и прорабатывать биографические травмы, зафиксированные в возрасте клиента. Мы представили метод «Временная шкала» как инструмент, с помощью которого терапевт может диагностировать травматические фиксации через систему телесных, эмоциональных и образных маркеров. Четырёхфазный расстановочный протокол, включающий отреагирование, ресурсное наполнение, переписывание опыта и интеграцию исцелённой части, был описан как структурированный способ трансформации травматического материала в ресурсный опыт. Ключевым достижением первого тома стала разработка системы критериев завершённости на биографическом уровне, позволяющей терапевту и клиенту объективно оценить прогресс и принять решение о завершении работы. Достижение всех четырёх групп критериев — телесных, эмоциональных, образных и поведенческих — свидетельствует о том, что биографическая травма полностью интегрирована, а её источник в личной истории клиента исчерпан. Однако даже при выполнении всех этих условий мы систематически сталкивались с феноменами, которые не укладываются в биографическую модель и требуют выхода за пределы личной истории. Это наблюдение стало отправной точкой для создания второго тома.

Многолетняя клиническая практика авторов и их коллег показала, что существует устойчивый класс феноменов, которые не поддаются объяснению через биографическую историю клиента и не находят подтверждения в его семейных архивах, генограммах или нарративах. Клиент может пройти по временной шкале от текущего момента до момента рождения без единой спонтанной остановки, демонстрируя отсутствие значимых биографических травм, но при этом продолжать испытывать интенсивный симптом. Этот симптом может проявляться в виде хронической боли, панических атак, навязчивых страхов, повторяющихся сценариев в отношениях или немотивированной тоски, которая не имеет объяснения в его жизненном опыте. Даже после полной проработки всех выявленных биографических травм и достижения всех критериев завершённости, описанных в первом томе, симптом может сохраняться с прежней интенсивностью или возвращаться через непродолжительное время. В таких случаях терапевт оказывается перед дилеммой: либо признать ограниченность своего метода и направить клиента к другому специалисту, либо искать новые инструменты, способные работать с материалом, находящимся за пределами биографического уровня. Именно эта дилемма привела нас к необходимости выйти за пределы биографического подхода и исследовать феномены, возникающие в тот момент, когда клиент делает шаг за момент своего рождения. Второй том является результатом этого исследования и представляет собой систематическое описание диагностической процедуры шага за момент рождения.

Переход за момент рождения не является эзотерическим ритуалом или терапевтической метафорой, а представляет собой реальный, многократно наблюдаемый феномен, который требует адекватного теоретического осмысления и практического протокола. Этот шаг представляет собой диагностическую процедуру, которая осуществляется после того, как клиент достиг всех критериев завершённости на биографическом уровне, но продолжает демонстрировать устойчивый симптом. Клиент, стоящий на маркере «момент рождения» после полного прохождения временной шкалы, получает инструкцию сделать шаг вперёд, в пространство, где у него нет возраста и нет имени. В момент этого шага происходит нечто, что невозможно объяснить в рамках классической расстановочной теории или биографической модели психики. Клиент может войти в позицию предка, описывая тело умершего человека и обстоятельства

его смерти, что прорабатывается классическими расстановочными интервенциями. Однако он может оказаться в образе без лица, когда видит сцену или фигуру, но не может идентифицировать её ни как себя, ни как своего предка, не может назвать имя или родство. Или он может войти в состояние телесного коллапса — падение, замирание, потеря контакта с реальностью, крик, который невозможно остановить, — и расстановка дальше не идёт.

Каждый из этих трёх вариантов развития событий после шага за моментом рождения требует различной диагностической и терапевтической стратегии, и именно это различие стало основой для структуры второго тома. Первый вариант — вход в позицию предка — прорабатывается классическими расстановочными интервенциями: поклоном, возвратом груза, разрешающими фразами, и критерием завершённости является выход из позиции предка и исчезновение симптома. Второй вариант — образ без лица — не поддаётся расстановочной проработке, поскольку нет позиции для вхождения, нет родовой линии, нет возможности идентификации, и этот случай требует перехода в кататимно-имагинативную терапию. Третий вариант — телесный коллапс — также требует подключения кататимно-имагинативной терапии, но с использованием специального мотива «Свидетель», который позволяет клиенту наблюдать сцену из безопасного места, не идентифицируясь с травматическим образом. Именно эти различия определили логику всего трёхтомника: первый том посвящён биографической диагностике, второй — феноменологии шага за рождение, третий — кататимно-имагинативным протоколам для работы с образами без лица и коллапсами. Второй том, таким образом, выполняет функцию диагностического моста между биографическим и трансперсональными уровнями работы.

Центральной теоретической задачей второго тома является создание классификации феноменов, возникающих за моментом рождения, и разработка диагностического алгоритма, позволяющего терапевту принимать обоснованные решения о дальнейшей стратегии работы. Мы предлагаем не интерпретировать эти феномены в терминах прошлых жизней или реинкарнации, а фиксировать их как объективные данные, требующие структурированного подхода. Теоретической основой нашей классификации является концепция когнитивных энграмм, заимствованная из нейробиологии и адаптированная к клинической практике, которая рассматривает травматический опыт как структурированный информационный паттерн. В контексте феноменов за моментом рождения мы говорим о трансперсональных информационных моделях — энграммах, которые не имеют источника в биографии клиента, но проявляются через телесные, эмоциональные и образные маркеры. Эти модели могут быть диагностированы через системные расстановки, но для их проработки требуются инструменты кататимно-имагинативной терапии, которые будут подробно описаны в третьем томе. Второй том, таким образом, фокусируется исключительно на диагностике и классификации этих моделей, оставляя их проработку для следующего тома. Такое разделение позволяет сохранить методологическую строгость и избежать смешения диагностических и терапевтических процедур.

Мы должны сделать важнейшее теоретическое уточнение, которое проходит красной нитью через весь второй том и является принципиальным для понимания нашего подхода к феноменам за моментом рождения. Говоря о когнитивных энграммах и трансперсональных информационных моделях, мы ни в коем случае не утверждаем, что эти феномены являются доказательством реинкарнации, переселения душ или существования прошлых жизней в эзотерическом смысле. Мы не занимаемся ни подтверждением, ни опровержением гипотезы о перевоплощениях, поскольку это находится за пределами нашей профессиональной компетенции и за пределами научной методологии, на которой мы строим нашу работу. Мы не говорим о душах, о кармических задачах, о путешествиях между жизнями или о мистическом опыте, который требует эзотерической интерпретации. Мы говорим о феноменах, которые объек-

тивно существуют в терапевтической практике, которые могут быть зафиксированы, описаны и верифицированы через телесные, эмоциональные и образные маркеры, и которые требуют адекватного терапевтического ответа. Наша позиция — строго феноменологическая, научная и прагматическая, свободная от эзотерических допущений и метафизических спекуляций. Мы настаиваем на этом различии в каждой главе второго тома, поскольку оно является основой для этически безопасной и профессионально обоснованной работы.

Концепция трансперсональных информационных моделей (ТИМ), на которой строится теоретическая часть второго тома, развивает идеи Информационно-Паттернной Модели Виктории Журавлёвой, адаптируя их к феноменам, возникающим за моментом рождения. ИПМ рассматривает паттерн как элементарную единицу системной информации, хранящуюся в распределённом реестре системы и воспроизводящуюся через транзакции между её элементами. Трансперсональные информационные модели представляют собой особый класс паттернов, которые не принадлежат исключительно данной конкретной личности или её родовой системе, но при этом оказывают воздействие на её жизнь через симптомы, эмоциональные реакции и поведенческие сценарии. Эти модели могут проявляться как устойчивые образы, не имеющие биографического источника, как повторяющиеся телесные ощущения, которые не могут быть объяснены медицинскими причинами, или как эмоциональные вспышки, не связанные с текущей ситуацией. В рамках нашего подхода мы не берёмся объяснять происхождение этих моделей, но мы предлагаем надёжный способ их диагностики и классификации, позволяющий терапевту принимать обоснованные решения о дальнейшей работе. ТИМ является рабочей гипотезой, которая позволяет нам систематизировать клинические наблюдения и строить воспроизводимые протоколы, не прибегая к эзотерическим интерпретациям. Эта гипотеза будет проверяться и уточняться по мере накопления клинических случаев с верификацией, к чему мы приглашаем всех практикующих специалистов.

Ключевым диагностическим инструментом второго тома является процедура шага за моментом рождения, которая представляет собой структурированный протокол, имеющий чёткие показания, технику безопасности и критерии оценки результата. Показаниями к выполнению шага являются: отсутствие спонтанных остановок на временной шкале при движении от текущего момента к моменту рождения, что свидетельствует об отсутствии значимых биографических травм; сохранение симптома после полной проработки всех выявленных биографических травм и достижения всех критериев завершённости; появление в процессе диагностики или расстановочной работы феноменов, которые не имеют биографического источника и не поддаются идентификации через родовую систему. Техника безопасности включает создание сенсорного якоря, позволяющего клиенту вернуться в настоящее время в случае диссоциативной реакции, а также использование дыхательных техник для стабилизации состояния. Противопоказаниями к выполнению шага являются острые психотические состояния, суицидальные кризисы, тяжёлые нарциссические расстройства, при которых высок риск эскапизма и ухода в иллюзорные конструкции, а также эпилепсия в анамнезе. Протокол шага включает чёткую инструкцию для клиента, обязательную паузу для адаптации к новому состоянию и диагностический вопрос, позволяющий классифицировать возникший феномен. Только при соблюдении всех этих условий шаг за моментом рождения может быть безопасным и диагностически информативным.

Результатом выполнения шага за моментом рождения может быть один из трёх вариантов развития событий, каждый из которых имеет свои диагностические признаки, требует различной терапевтической стратегии и имеет различные критерии завершённости. Первый вариант — вход в позицию предка — характеризуется тем, что клиент называет имя и родство,

описывает тело умершего человека и обстоятельства его смерти, что позволяет идентифицировать фигуру как элемент родовой системы. Второй вариант — образ без лица — характеризуется тем, что клиент видит сцену или фигуру, но не может идентифицировать себя в ней, не может назвать имя или родство, и не может войти в позицию этого образа. Третий вариант — телесный коллапс — характеризуется тем, что клиент теряет контроль над телом, переживая падение, замирание, крик или потерю контакта с реальностью, после чего расстановка дальше не идёт. Диагностическая значимость этих трёх вариантов заключается в том, что они определяют дальнейшую терапевтическую стратегию: вход в позицию предка требует расстановочной работы, тогда как образ без лица и телесный коллапс являются прямыми показаниями к переходу к кататимно-имагинативной терапии. Второй том предоставляет терапевту детализированное описание каждого из этих вариантов, их диагностические критерии и алгоритм принятия решения о дальнейшей работе. Это различие является центральным для всей структуры второго тома.

Вход в позицию предка, как первый вариант развития событий после шага за моментом рождения, представляет собой феномен, который наиболее близок к классической расстановочной работе и может быть проработан с использованием уже известных терапевту интервенций. Клиент, входящий в позицию предка, называет имя умершего человека, описывает его тело, возраст, обстоятельства смерти, а также может передавать чувства и мысли, которые принадлежат этому предку, а не самому клиенту. Диагностическая ценность этого варианта заключается в том, что фигура может быть идентифицирована как элемент родовой системы клиента, даже если клиент не знал об этом человеке или не имел о нём информации. Расстановочная работа с предком включает классические интервенции: поклон, возврат груза, разрешающие фразы, которые позволяют восстановить системный порядок и освободить клиента от идентификации с предком. Критерием завершённости работы с предком является выход клиента из позиции предка, исчезновение симптома, с которым клиент пришёл в терапию, и восстановление способности клиента двигаться дальше по временной шкале. Однако важно отметить, что вход в позицию предка не всегда является подлинным феноменом — в некоторых случаях клиент может интерпретировать образ без лица как предка, что является диагностической ошибкой. Второй том содержит чёткие критерии дифференциальной диагностики, позволяющие отличить подлинный вход в позицию предка от других феноменов. Только при правильной диагностике расстановочная работа с предком может быть эффективной.

Образ без лица, как второй вариант развития событий после шага за моментом рождения, представляет собой наиболее сложный и одновременно наиболее интересный феномен, который не поддаётся расстановочной проработке и требует перехода к кататимно-имагинативной терапии. Клиент, переживающий образ без лица, видит сцену, фигуру или событие, но не может идентифицировать себя в нём, не может назвать имя или родство, не может войти в позицию этого образа. Этот образ может быть статичным или динамичным, цветным или чёрно-белым, детализированным или размытым, но его ключевой характеристикой является отсутствие идентификации — клиент не знает, кто он в этой сцене и как он с ней связан. Диагностическая ценность этого феномена заключается в том, что он указывает на наличие трансперсональной информационной модели, которая не принадлежит родовой системе клиента и не может быть проработана через системные интервенции. Типология образов без лица, представленная во втором томе, включает такие категории, как чужой солдат, человек другой культуры, животное, стихия, анонимная фигура, каждая из которых имеет свои специфические проявления и требует различных подходов в кататимно-имагинативной терапии. Расстановочная работа с образом без лица не эффективна, поскольку нет позиции для вхождения, нет родовой линии, нет возможности идентификации, и попытка войти в позицию такого образа

приводит к диссоциации или уходу образа. Задача терапевта при столкновении с образом без лица — зафиксировать феномен, подробно описать его и подготовить клиента к переходу к кататимно-имагинативной сессии. Второй том предоставляет терапевту протокол фиксации образа без лица, который затем используется как стартовая точка в третьем томе.

Телесный коллапс, как третий вариант развития событий после шага за моментом рождения, представляет собой наиболее интенсивный и потенциально опасный феномен, требующий от терапевта особой подготовки и строгого соблюдения протокола безопасности. Клиент, переживающий телесный коллапс, теряет контроль над телом — он может упасть, замереть, начать кричать, испытывать судороги или полностью потерять контакт с реальностью, переходя в диссоциативное состояние. Этот феномен не является истерической реакцией или попыткой избежать работы, а представляет собой спонтанный прорыв травматического материала, который не имеет биографического источника и не поддаётся волевому контролю клиента. Диагностическая ценность телесного коллапса заключается в том, что он является индикатором наличия глубокой трансперсональной информационной модели, которая зафиксирована в теле клиента и требует специальных методов проработки. Протокол безопасности при телесном коллапсе включает категорический запрет на попытки «вытащить» клиента из состояния, вернуть его в настоящее время или прервать процесс насильственно — терапевт должен позволить движению завершиться естественно, находясь рядом и обеспечивая физическую безопасность клиента. После завершения коллапса терапевт использует дыхательные техники и телесный якорь для мягкого возвращения клиента в настоящее время, после чего фиксирует телесный паттерн для передачи в кататимно-имагинативную терапию. Телесный коллапс является прямым показанием к использованию мотива «Свидетель» в кататимно-имагинативной терапии, который позволяет клиенту наблюдать травматическую сцену из безопасного места, не идентифицируясь с ней. Второй том предоставляет терапевту детализированное описание феноменологии телесного коллапса и алгоритм действий при его возникновении.

Диагностический алгоритм, представленный во втором томе, является центральным элементом всей работы и представляет собой блок-схему принятия решений, которая позволяет терапевту классифицировать возникший феномен и выбрать правильную терапевтическую стратегию. Алгоритм начинается с вопроса о том, смог ли клиент идентифицировать себя в образе, возникшем после шага за моментом рождения — если клиент называет имя и родство, это указывает на вход в позицию предка, если не может идентифицировать себя — на образ без лица. Если клиент не может дать вербальный ответ и демонстрирует потерю контроля над телом, это указывает на телесный коллапс, который требует немедленного применения протокола безопасности. После классификации феномена терапевт принимает решение о дальнейшей стратегии: для входа в позицию предка показана расстановочная работа, для образа без лица — переход к кататимно-имагинативной терапии, для телесного коллапса — сначала стабилизация, затем переход к кататимно-имагинативной терапии. Алгоритм также включает проверочные вопросы, позволяющие исключить диагностические ошибки, такие как принятие образа без лица за предка или игнорирование телесного коллапса как истерической реакции. Критерии перехода на каждом этапе алгоритма чётко определены и основаны на объективных диагностических признаках, а не на интуиции терапевта. Второй том предоставляет детализированную блок-схему, которая может быть использована как навигатор в сложных диагностических ситуациях. Этот алгоритм является результатом многолетней клинической практики и супервизионного анализа сложных случаев.

Важнейшим элементом второго тома является учение о дифференциальной диагностике феноменов за моментом рождения, которое позволяет терапевту избежать типичных ошибок,

возникающих при работе с этим сложным материалом. Первая и наиболее распространённая ошибка — это принятие образа без лица за позицию предка, что приводит к попытке провести расстановочную работу с фигурой, которая не является элементом родовой системы клиента и не может быть проработана системными интервенциями. Вторая ошибка — игнорирование телесного коллапса как истерической реакции или проявления защитных механизмов, что может привести к ретравматизации клиента или потере доверия к терапевту. Третья ошибка — попытка интерпретировать возникший образ в терминах «прошлых жизней» или эзотерических учений, что нарушает феноменологическую позицию и создаёт риск внушения клиенту ложных воспоминаний. Дифференциальная диагностика основывается на систематическом применении трёх типов маркеров — телесных, эмоциональных и образных, — а также на вербальных реакциях клиента в процессе диагностического вопроса. Чёткие критерии каждого из трёх вариантов развития событий позволяют терапевту с высокой степенью уверенности классифицировать феномен и принять правильное решение. Второй том содержит детализированное описание каждого типа ошибок и способы их предотвращения, основанные на анализе клинических случаев из практики авторов и их коллег. Уверенное владение дифференциальной диагностикой является необходимым условием для безопасной и эффективной работы с феноменами за моментом рождения.

Переход к кататимно-имагинативной терапии (КИТ), который является показанным для случаев образа без лица и телесного коллапса, представляет собой не просто смену метода, а логическое продолжение диагностического процесса, начатого в расстановочном пространстве. Расстановочная работа открывает доступ к трансперсональной информационной модели, фиксируя её через образ, телесное ощущение или эмоциональную реакцию, но не даёт инструментов для её трансформации. Кататимно-имагинативная терапия предоставляет эти инструменты через систему мотивов, позволяющих клиенту безопасно исследовать образ и интегрировать его в свою психическую структуру. Переход к КИТ требует от терапевта не только знания протоколов КИТ, но и умения создать мост между расстановочным опытом и кататимно-имагинативной сессией, используя образ из расстановки как стартовую точку. Задача терапевта на этапе перехода — подробно зафиксировать возникший образ (его детали, цвета, звуки, эмоциональную окраску, телесные ощущения) и договориться с клиентом о том, что этот образ станет предметом работы на следующей сессии. Клиент должен быть подготовлен к тому, что в КИТ он будет работать с тем же образом, но в более безопасной и структурированной форме, где он может наблюдать, следовать или взаимодействовать с образом, не идентифицируясь с ним. Второй том содержит чёткий протокол фиксации феномена для передачи в КИТ, который включает описание образа, сопутствующих телесных и эмоциональных маркеров, а также контекст возникновения феномена. Этот протокол обеспечивает преемственность терапевтического процесса и позволяет терапевту КИТ эффективно использовать диагностический материал, полученный в расстановке.

Границы второго тома строго очерчены диагностической задачей — мы не даём инструментов проработки феноменов за моментом рождения, оставляя это для третьего тома, где будут подробно описаны семь мотивов кататимно-имагинативной терапии. Второй том отвечает на вопросы: «Что мы видим после шага за моментом рождения?», «Как это классифицировать?», «Как отличить один феномен от другого?», «Когда нужно переходить к КИТ?» Он не отвечает на вопросы: «Как работать с образом без лица в КИТ?», «Как использовать мотив „Свидетель“ при телесном коллапсе?», «Каковы протоколы КИТ для каждого типа образа без лица?» Эти вопросы являются предметом третьего тома, который предоставляет терапевту практические инструменты проработки трансперсональных информационных моделей. Такое разделение позволяет сохранить методологическую строгость и избежать смешения диагности-

ческих и терапевтических процедур, которые требуют различных навыков и подготовки. Терапевт, работающий с феноменами за моментом рождения, должен сначала освоить диагностический инструментарий второго тома, и только затем переходить к протоколам третьего тома. Последовательное освоение материала обеспечивает безопасность клиента и надёжность терапевтического результата. Второй том, таким образом, является необходимым этапом в обучении работе с трансперсональными информационными моделями. Только после уверенного владения диагностикой специалист может приступить к освоению протоколов проработки.

Практическая ценность второго тома заключается не только в диагностическом алгоритме, но и в чётких критериях, позволяющих терапевту понять, когда работа на биографическом уровне завершена, а когда требуется переход к работе с феноменами за моментом рождения. Мы предоставляем терапевту объективные ориентиры, которые снижают неопределённость и субъективность в принятии решений, что особенно важно в сложных случаях, где риск диагностических ошибок высок. Критерии перехода включают не только отсутствие остановок на временной шкале и сохранение симптома после полной биографической проработки, но и появление специфических маркеров, указывающих на трансперсональную природу феномена. Эти маркеры включают: ощущение клиента, что симптом «не его» или пришёл «откуда-то извне»; появление образов, которые клиент не может идентифицировать; телесные ощущения, не имеющие медицинского объяснения; эмоциональные реакции, не связанные с текущей ситуацией. Совокупность этих маркеров является надёжным показанием к переходу, даже если формальные критерии (отсутствие остановок) выполнены. Второй том учит терапевта распознавать эти маркеры и использовать их для принятия решений. Уверенное владение этими критериями является признаком профессиональной компетенции терапевта, работающего с глубокими и сложными случаями. Таким образом, второй том расширяет диагностический арсенал терапевта за пределы биографического уровня.

Важнейшим теоретическим вкладом второго тома является концепция трёх вариантов развития событий после шага за моментом рождения, которая впервые систематизирует разрозненные клинические наблюдения в целостную диагностическую модель. Ранее эти феномены описывались в литературе фрагментарно, как случайные исключения или как проявления «трансперсональных переживаний», не имеющие структурированного описания. Мы предлагаем строгую классификацию, основанную на трёх типах маркеров — телесных, эмоциональных и образных, — которая позволяет терапевту объективно оценить характер возникшего феномена. Вход в позицию предка, образ без лица и телесный коллапс рассматриваются как три качественно различных феномена, каждый из которых имеет свои диагностические признаки, прогноз и терапевтическую стратегию. Эта классификация не является окончательной и может быть дополнена и уточнена по мере накопления клинических случаев с верификацией, к чему мы приглашаем всех практикующих специалистов. Однако в текущем виде она представляет собой рабочую модель, которая позволяет терапевту систематизировать свой опыт и принимать обоснованные решения. Концепция трёх вариантов является основой для всего второго тома и определяет его структуру. Каждому из этих вариантов посвящена отдельная глава, содержащая детализированное описание и диагностические протоколы.

Эпистемологическая позиция второго тома основана на строгом феноменологическом подходе, который требует от терапевта фиксировать наблюдаемые феномены без их преждевременной интерпретации в терминах известных теорий или эзотерических учений. Мы не утверждаем, что образ без лица является «воспоминанием о прошлой жизни», а телесный коллапс — «прорывом родовой травмы» или «кармическим событием». Мы фиксируем факт: клиент, сделавший шаг за момент рождения, видит образ, который не может идентифициро-

вать, или переживает телесную реакцию, которую не может контролировать. Мы фиксируем факт: эти феномены проявляются как устойчивые когнитивные энграммы — структурированные информационные паттерны, имеющие телесный, эмоциональный и образный коррелят. Мы фиксируем факт: работа с этими феноменами через наш интегративный метод приводит к исчезновению или радикальной трансформации симптомов, что подтверждается длительным наблюдением и верификацией. Мы не берёмся объяснять происхождение этих феноменов в терминах метафизики или эзотерики, но мы предлагаем надёжный, воспроизводимый и этически безопасный способ работы с ними. Именно это прагматическое отношение к феномену — работа с тем, что есть, без спекуляций о его происхождении — является основой нашего метода. Второй том призывает терапевта сохранять эту феноменологическую позицию и не поддаваться соблазну дать преждевременное объяснение, которое может быть внушено клиенту и создать ложные воспоминания.

Этические границы второго тома являются не менее важными, чем его теоретическое и практическое содержание, поскольку работа с феноменами за моментом рождения сопряжена с высокими рисками нарушения профессиональной этики. Мы категорически против использования нашей концепции для внушения клиенту идеи о том, что его образы являются «воспоминаниями о прошлых жизнях», или для укрепления нарциссических фантазий клиента о своей исключительности. Мы предостерегаем от опасности эскапизма, когда клиент начинает уходить в образы, избегая работы с реальными проблемами своей текущей жизни, и от коллекционирования «прошлых жизней», которое превращает терапию в экзотическое путешествие. Наш метод не является инструментом для ухода от реальности, для пассивности или для отказа от личных изменений в настоящем, и мы категорически против использования нашей концепции для таких целей. Мы рассматриваем работу с когнитивными энграммами как углубление терапевтического процесса, которое возвращает клиенту его агентность, его способность выбирать и его свободу от бессознательных повторений. Второй том содержит чёткие этические ориентиры, включая критерии, когда следует остановить использование метода и вернуться к работе на биографическом уровне. Эти границы подробно обсуждаются в главе, посвящённой противопоказаниям и технике безопасности. Соблюдение этих этических норм является обязательным условием для работы с феноменами за моментом рождения.

Методологическая преемственность между первым и вторым томами обеспечивается единой системой маркеров — телесных, эмоциональных и образных, — которая служит основой для диагностики как на биографическом уровне, так и за моментом рождения. Клиент, переходящий за момент рождения, продолжает демонстрировать телесные реакции (тяжесть, боль, изменение дыхания), эмоциональные всплески (страх, гнев, тоска) и образные феномены (мелькание лиц, фрагменты мест), которые являются прямым продолжением диагностического процесса, начатого на временной шкале. Отличие заключается в том, что за моментом рождения эти маркеры не имеют биографического источника и не могут быть привязаны к возрасту или событию из личной истории клиента. Это различие является ключевым для диагностики: если маркеры могут быть идентифицированы как связанные с конкретным возрастом или событием, это указывает на биографический уровень; если нет — на уровень за моментом рождения. Второй том учит терапевта распознавать это различие и использовать его для классификации феноменов. Единая система маркеров обеспечивает целостность и преемственность всего трёхтомного издания, позволяя терапевту последовательно переходить от одного уровня работы к другому. Эта преемственность является основой для интегративного метода, объединяющего диагностику и проработку на всех уровнях человеческого опыта.

Второй том также содержит детализированное описание техники безопасности при работе с феноменами за моментом рождения, которая является обязательным элементом профессиональной работы с этим сложным материалом. Техника безопасности включает создание сенсорного якоря до выполнения шага, который позволяет клиенту вернуться в настоящее время в случае диссоциативной реакции или интенсивного эмоционального переживания. Она включает использование дыхательных техник для стабилизации состояния клиента, особенно в случаях телесного коллапса, когда клиент теряет контроль над телом и дыханием. Она включает протокол действий при телесном коллапсе, который требует от терапевта сохранять спокойствие, не вмешиваться в процесс и не пытаться «вытащить» клиента из состояния. Она включает критерии остановки работы, когда терапевт должен прервать процесс и вернуть клиента в настоящее время, если возникает угроза его психологической или физической безопасности. Техника безопасности также включает подготовку клиента к возможным реакциям и получение его информированного согласия на выполнение шага. Второй том предоставляет терапевту детализированные протоколы безопасности для каждого из трёх вариантов развития событий. Только при соблюдении всех протоколов безопасности работа с феноменами за моментом рождения может считаться профессионально обоснованной и этически допустимой.

Практическая значимость второго тома для терапевта заключается в том, что он предоставляет чёткие критерии, позволяющие различать случаи, где показана расстановочная работа с предком, и случаи, где показан переход к кататимно-имагинативной терапии. Это различие является критически важным для выбора правильной терапевтической стратегии и избежания ошибок, которые могут привести к ретравматизации или к неэффективной работе. Расстановочная работа с образом без лица не только не эффективна, но и может быть вредной, поскольку попытка войти в позицию такого образа может привести к диссоциации или уходу образа, оставляя клиента в состоянии фрустрации и неопределённости. Кататимно-имагинативная терапия с образом без лица, напротив, позволяет клиенту безопасно исследовать образ, трансформировать его и интегрировать исцелённый опыт, не создавая новых нарративов, которые могут стать источником дополнительных проблем. Второй том учит терапевта распознавать, когда расстановка может быть продолжена, а когда необходимо остановиться и переключиться на другой метод. Это знание является необходимым условием для мастерства работы с глубокими и сложными случаями. Только при правильной диагностике терапевтическая работа может быть эффективной и безопасной. Второй том, таким образом, является практическим руководством по принятию решений в сложных диагностических ситуациях.

Клинические примеры, представленные во втором томе, иллюстрируют применение диагностического алгоритма на практике и демонстрируют различия между тремя вариантами развития событий после шага за моментом рождения. Пример входа в позицию предка показывает, как клиент называет имя и описывает обстоятельства смерти своего прадеда, что позволяет провести расстановочную работу с поклоном и разрешающими фразами, после чего симптом исчезает. Пример образа без лица показывает, как клиент видит сцену на поле боя, но не может идентифицировать себя в ней, не может назвать имя или родство, и расстановочная работа с этим образом оказывается безуспешной. Пример телесного коллапса показывает, как клиент, сделавший шаг за момент рождения, падает на пол и начинает кричать, теряя контакт с реальностью, и терапевт применяет протокол безопасности, а затем фиксирует телесный паттерн для передачи в КИТ. Каждый из этих примеров сопровождается подробным комментарием терапевта, анализом диагностических признаков и обсуждением принятых решений. Клинические иллюстрации позволяют читателю увидеть метод в действии и понять логику его применения в различных ситуациях. Они также демонстрируют типичные ошибки и способы

их предотвращения. Эти примеры являются результатом многолетней практики авторов и их коллег и представляют собой реальные случаи из терапевтической работы.

Обсуждение противопоказаний и границ метода, представленное во втором томе, является не менее важным, чем описание диагностического алгоритма, поскольку оно определяет рамки, в которых работа с феноменами за моментом рождения является безопасной и этически обоснованной. Абсолютными противопоказаниями к выполнению шага за моментом рождения являются острые психотические состояния, суицидальные кризисы и состояния помрачения сознания, при которых клиент не способен дать информированное согласие и сохранять контакт с реальностью. Относительными противопоказаниями, требующими особой осторожности, являются тяжёлые нарциссические расстройства, при которых высок риск эскапизма и ухода в иллюзорные конструкции, а также пограничные расстройства, при которых высок риск диссоциативных реакций. Метод также не рекомендуется для клиентов с эпилепсией в анамнезе из-за риска спровоцировать приступ, и для клиентов с тяжёлой депрессией, у которых работа с трансперсональным материалом может усилить чувство безнадёжности. Этические границы метода включают запрет на внушение клиенту интерпретаций, запрет на использование метода для укрепления нарциссических фантазий и запрет на подмену работы с текущей биографической травмой уходом в образы. Второй том предоставляет терапевту чёткие критерии, когда следует остановить использование метода и вернуться к работе на биографическом уровне. Только при соблюдении всех этих границ работа с феноменами за моментом рождения может быть безопасной и этически обоснованной.

Второй том также содержит детализированное описание подготовки клиента к переходу за момент рождения, которая является необходимым условием для безопасного и эффективного выполнения шага. Подготовка включает информирование клиента о том, что может произойти после шага, о возможных реакциях — телесных, эмоциональных и образных, — и о том, что он может в любой момент вернуться в настоящее время с помощью якоря. Она включает обсуждение того, что феномены, возникающие за моментом рождения, не являются «прошлыми жизнями» или «кармическими задачами», а представляют собой информационные паттерны, с которыми мы будем работать профессионально. Она включает практику использования дыхательных техник и телесного якоря, чтобы клиент чувствовал себя уверенно в случае возникновения интенсивных реакций. Подготовка также включает проверку готовности клиента к выполнению шага, оценку его эмоциональной стабильности и способности сохранять контакт с реальностью. Терапевт должен убедиться, что клиент действительно понимает, что он делает, и даёт своё добровольное согласие на выполнение шага. Только при условии полноценной подготовки переход за момент рождения может быть безопасным и диагностически информативным. Второй том предоставляет терапевту чёткий протокол подготовки клиента к шагу.

Теоретическая модель второго тома основывается на представлении о том, что феномены за моментом рождения являются проявлением устойчивых информационных паттернов, которые не имеют источника в биографии клиента, но при этом оказывают мощнейшее воздействие на его жизнь. Эти паттерны могут проявляться как повторяющиеся сценарии, необъяснимые страхи, хронические телесные симптомы, эмоциональные реакции, не связанные с текущей ситуацией, а также как спонтанные образы, возникающие в расстановочном пространстве. Шаг за моментом рождения открывает доступ к этим паттернам, позволяя им проявиться в структурированной и безопасной форме, которую терапевт может диагностировать и классифицировать. Мы не знаем, как эти паттерны формируются и как они попадают в психику клиента, но мы знаем, что они существуют и что они могут быть трансформированы с помощью специ-

альных методов. Наша задача как терапевтов — не объяснять их происхождение, а создавать условия для их проявления и последующей проработки. Второй том предоставляет терапевту инструменты для этой диагностической работы. Эта теоретическая модель является рабочей гипотезой, которая позволяет систематизировать клинические наблюдения и строить воспроизводимые протоколы. Мы приглашаем коллег к проверке этой гипотезы через накопление собственных клинических случаев с верификацией.

Важнейшим вкладом второго тома в развитие интегративного метода является создание моста между системными расстановками и кататимно-имагинативной терапией, которые ранее существовали как отдельные терапевтические подходы. Расстановочная работа предоставляет диагностический доступ к трансперсональным информационным моделям, позволяя им проявиться в виде образов, телесных ощущений и эмоциональных реакций. Кататимно-имагинативная терапия предоставляет инструменты для безопасного исследования и трансформации этих моделей, позволяя клиенту интегрировать их в свою психическую структуру. Второй том определяет момент перехода от расстановки к КИТ, фиксируя феномен и создавая стартовую точку для кататимно-имагинативной работы. Этот мост обеспечивает преемственность терапевтического процесса и позволяет использовать сильные стороны каждого из подходов. Расстановка открывает дверь, а КИТ даёт проработку. Второй том является ключевым элементом этого интегративного подхода, поскольку он определяет, когда дверь открыта и когда необходимо перейти к проработке. Без второго тома переход от расстановки к КИТ был бы интуитивным и рискованным; с ним он становится структурированным и безопасным. Таким образом, второй том является неотъемлемой частью трёхтомного издания, обеспечивающей целостность и логичность всего терапевтического подхода.

Практические рекомендации второго тома адресованы широкому кругу специалистов — практикующим психологам, психотерапевтам, коучам и консультантам, — которые уже знакомы с основами системных расстановок и кататимно-имагинативной терапии и стремятся выйти за пределы биографического подхода. Книга будет полезна как начинающим специалистам, которые ищут чёткие, пошаговые алгоритмы и хотят избежать методологической неопределённости и эзотерических интерпретаций, так и опытным операторам, которые сталкивались в своей практике с необъяснимыми феноменами. Материал изложен систематично, с опорой на единую теоретическую модель, что обеспечивает целостность и преемственность знания. Все клинические примеры снабжены подробными комментариями и критериями верификации, что позволяет читателю не только понять метод, но и применить его в своей практике. Мы приглашаем читателя к систематическому освоению материала и к критическому осмыслению наших выводов. Только через коллективное исследование и открытый профессиональный диалог мы сможем двигаться вперёд в понимании природы когнитивных энграмм и механизмов их воздействия на человеческую жизнь. Второй том является вкладом в этот диалог и приглашением к нему.

Завершая введение ко второму тому, мы хотим подчеркнуть, что данный том является необходимым этапом в освоении интегративного метода работы с когнитивными энграммами, но он не является самодостаточным. Второй том предоставляет терапевту диагностический инструментарий для работы с феноменами за моментом рождения, но он не даёт инструментов их проработки, оставляя это для третьего тома, где будут описаны семь мотивов кататимно-имагинативной терапии. Последовательное освоение всех трёх томов — от диагностики биографического уровня через метод «Временная шкала» (Том 1) к диагностике феноменов за моментом рождения (Том 2) и к протоколам кататимно-имагинативной проработки (Том 3) — является необходимым условием для мастерства работы с интегративным методом. Мы при-

глашаем читателя к этому последовательному освоению и к применению полученных знаний в своей профессиональной деятельности. Мы также приглашаем коллег к проверке наших выводов, к накоплению собственных клинических случаев с верификацией, к критическому осмыслению наших теоретических построений. Только через коллективное исследование и открытый профессиональный диалог мы сможем двигаться вперёд в понимании природы травмы и механизмов исцеления. Второй том является вкладом в этот диалог и приглашением к нему.

Переход через момент рождения

Переход через момент рождения представляет собой шаг за пределы временной шкалы, в зону, где возраст и имя перестают быть ориентирами для клиента и терапевта. В отличие от диагностики на временной шкале, где движение было направлено от текущего момента к моменту рождения, здесь мы исследуем пространство, которое не имеет биографических координат. Этот шаг является диагностической процедурой, имеющей чёткие показания, строгий протокол и обязательную технику безопасности. Переход возможен только после полного исчерпания ресурсов биографического уровня и достижения всех критериев завершённости. Преждевременный переход может привести к дезориентации клиента, усилению симптомов или ретравматизации.

Переход осуществляется после того, как клиент завершил движение по временной шкале и оказался на маркере своего рождения. Этот маркер является границей между биографическим уровнем и пространством, где могут проявляться феномены, не имеющие источника в личной истории клиента. Терапевт предлагает клиенту сделать шаг вперёд с инструкцией о том, что у него не будет возраста и не будет имени. Всё, что клиент увидит, почувствует или услышит после этого шага, является феноменом, требующим диагностики. Шаг представляет собой контролируемое движение, которое терапевт сопровождает своим присутствием. Терапевт должен сохранять спокойный, уверенный тон. Клиент должен знать, что он может вернуться в настоящее время с помощью якоря.

Техника безопасности является обязательным элементом протокола перехода и включает создание сенсорного якоря, использование дыхательных техник и чёткие критерии остановки работы. Сенсорный якорь позволяет клиенту вернуться в настоящее время в случае диссоциативной реакции или интенсивного переживания. Дыхательные техники помогают клиенту сохранять контакт с телом и регулировать своё состояние. Критерии остановки включают потерю клиентом контакта с реальностью и появление суицидальных мыслей. Подготовка клиента к переходу включает информирование о возможных реакциях и практику использования якоря. Только при соблюдении всех этих условий переход может считаться безопасным.

Противопоказания к переходу делятся на абсолютные и относительные. Абсолютными противопоказаниями являются острые психотические состояния, суицидальные кризисы и состояния помрачения сознания. Относительными противопоказаниями, требующими особой осторожности, являются тяжёлые нарциссические расстройства и пограничные расстройства личности. Метод не рекомендуется для клиентов с эпилепсией в анамнезе и с тяжёлой депрессией. В случаях относительных противопоказаний терапевт должен провести дополнительную оценку состояния клиента. Переход является диагностической процедурой, и его выполнение не должно ставить под угрозу стабильность клиента.

Подготовка клиента к переходу является не менее важной, чем сам протокол шага. Подготовка включает информирование клиента о возможных реакциях — телесных, эмоциональных и образных. Клиент должен знать, что он может вернуться в настоящее время с помощью якоря. Подготовка включает обсуждение того, что феномены за моментом рождения не являются «прошлыми жизнями», а представляют собой информационные паттерны. Она включает практику использования дыхательных техник и телесного якоря. Подготовка также включает проверку готовности клиента и оценку его эмоциональной стабильности. Терапевт должен убедиться, что клиент даёт добровольное согласие на выполнение шага.

Диагностическая ценность перехода определяется тем, что он позволяет выявить три варианта развития событий, каждый из которых требует различной терапевтической стратегии. Первый вариант — вход в позицию предка, который прорабатывается расстановочными интервенциями. Второй вариант — образ без лица, который не поддаётся расстановочной проработке и требует перехода к кататимно-имагинативной терапии. Третий вариант — телесный коллапс, который также требует подключения кататимно-имагинативной терапии. Диагностический алгоритм, позволяющий различить эти три варианта, будет представлен в пятой главе. В следующих главах мы детально рассмотрим каждый из этих вариантов.

Уверенное владение протоколом перехода является необходимым условием для работы с феноменами за моментом рождения. Без чёткого понимания показаний, техники безопасности и противопоказаний переход становится рискованным и может навредить клиенту. Последовательное освоение материала от диагностики биографического уровня к диагностике трансперсональных феноменов обеспечивает безопасность и надёжность терапевтического результата. Данная глава создаёт основу для всех последующих глав, где будут описаны три варианта развития событий после шага. Только после освоения процедуры перехода терапевт может переходить к дифференциальной диагностике.

Признаки готовности к переходу

Переход через момент рождения выполняется только после того, как терапевт убедился в наличии совокупности диагностических признаков, свидетельствующих об исчерпанности биографического уровня и наличии показаний к исследованию пространства за моментом рождения. Каждый из этих признаков является необходимым, и их отсутствие требует возвращения к протоколам первого тома или отсрочки перехода до момента, когда все признаки будут подтверждены диагностически. Терапевт не должен полагаться на интуицию или субъективное ощущение, поскольку переход является диагностической процедурой, требующей объективных критериев. Только при наличии всех признаков терапевт может с уверенностью предложить клиенту сделать шаг за момент рождения.

Первым признаком является полная проработка биографического уровня, что подтверждается наличием всех четырёх групп критериев завершённости — телесных, эмоциональных, образных и поведенческих, которые были подробно описаны в четвёртой главе первого тома. Телесные критерии включают исчезновение боли, которая могла проявляться в различных частях тела, ровное дыхание, расслабление мышц и общее ощущение телесного комфорта, свидетельствующие об отсутствии фиксации травматического материала в телесной памяти. Эмоциональные критерии предполагают смену страха на спокойствие, гнева на принятие, тоски на печаль, которая не переживается как тягостная, а также исчезновение спонтанных слёз или их трансформацию в слёзы облегчения, что указывает на разрядку аффективного заряда. Образные критерии включают трансформацию или уход травмирующего образа — клиент перестаёт видеть лицо или сцену, которая возникала при остановке, или образ меняется на нейтральный и ресурсный, что свидетельствует об интеграции визуального компонента травмы. Поведенческие критерии предполагают готовность клиента двигаться дальше по временной шкале, завершать сессию и способность вернуться в обычное состояние сознания без диссоциативных проявлений, что отражает его способность применять результаты работы в жизни. Только при наличии всех четырёх групп критериев биографический уровень считается полностью проработанным.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является поверхностная проверка критериев завершённости, когда терапевт полагается на вербальный отчёт клиента, не проводя повторного прохождения временной шкалы. Терапевт может принять эмоциональное облегчение клиента за полную проработку травмы, не проверив исчезновение телесных и образных маркеров, что приводит к ложному выводу о завершённости биографического уровня. Другой распространённой ошибкой является игнорирование поведенческих критериев — терапевт может считать работу завершённой, не проверив, готов ли клиент двигаться дальше по временной шкале и завершать сессию. Также встречается ошибка, когда терапевт принимает частичное улучшение за полную проработку, не дожидаясь исчезновения всех маркеров. Эти ошибки приводят к преждевременному переходу, который может быть травматичным для клиента. Терапевт должен проводить систематическую проверку всех критериев завершённости, используя объективные методы диагностики.

Клинический пример: клиентка Елена (имя условное), 34 года, прошла полный цикл расстановочной работы по поводу страха публичных выступлений, остановка была выявлена в возрасте 7 лет. После проработки травмы унижения она сообщила, что страх уменьшился, но при повторном прохождении временной шкалы терапевт обнаружил, что на маркере 7 лет сохраняется лёгкая тяжесть в ногах и мелькает образ учительницы. Терапевт не стал переходить к

шагу за моментом рождения, а вернулся к фазе ресурсного наполнения, введя фигуру заботливой учительницы. После дополнительной работы телесный и образный маркеры исчезли, и только тогда терапевт подтвердил полную проработку биографического уровня. Этот пример показывает, что только систематическая проверка всех критериев завершённости позволяет избежать преждевременного перехода.

Вторым признаком является сохранение симптома, с которым клиент пришёл в терапию, после полной проработки биографического уровня и достижения всех критериев завершённости, что указывает на то, что источник проблемы не был затронут биографической работой. Симптом может исчезнуть на время, но вернуться через одну-две сессии, что свидетельствует о его устойчивости и независимости от проработанных биографических травм. Симптом может изменить свою форму — физическая боль трансформируется в тревогу, тревога — в депрессию, или наоборот, но при этом остаётся, что свидетельствует о наличии глубинного паттерна, который не имеет биографического источника. Клиент может описывать ощущение, что симптом «глубже», чем то, с чем они работали, и что он не имеет отношения к его личной истории, используя формулировки «это не моё», «пришло откуда-то извне» или «существовало до моего рождения». Терапевт должен внимательно слушать клиента и фиксировать любые его высказывания, указывающие на трансперсональную природу симптома. Сохранение симптома после полной биографической проработки является наиболее надёжным показанием к переходу.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является игнорирование возврата симптома, когда терапевт принимает временное улучшение за окончательное исцеление и не отслеживает динамику симптома в последующих сессиях. Терапевт может не придавать значения формулировкам клиента о том, что симптом «не его» или «пришёл откуда-то извне», считая их метафорическими выражениями, а не диагностическими признаками. Другой ошибкой является попытка повторной проработки биографического уровня при сохранении симптома, вместо того чтобы признать необходимость перехода. Терапевт может интерпретировать сохранение симптома как недостаточную глубину проработки и продолжать расстановочную работу, что приводит к затягиванию терапии и разочарованию клиента.

Клинический пример: клиент Михаил (имя условное), 42 года, после проработки травмы потери отца в возрасте 14 лет сообщил, что боль в спине уменьшилась, но через две сессии вернулась с прежней интенсивностью. Терапевт провёл повторную диагностику и подтвердил, что все критерии завершённости на биографическом уровне достигнуты — телесные маркеры исчезли, эмоциональное состояние стабилизировалось, образы трансформировались. Однако боль в спине сохранялась, и клиент описывал её как «не мою», «пришедшую откуда-то извне». Терапевт зафиксировал сохранение симптома как показание к переходу и предложил клиенту сделать шаг за моментом рождения. Этот пример демонстрирует, что сохранение симптома после полной биографической проработки является объективным основанием для перехода.

Третьим признаком является отсутствие спонтанных остановок на временной шкале при движении от маркера «сейчас» к маркеру «момент рождения», что свидетельствует об отсутствии значимых биографических травм, требующих проработки. Если клиент доходит до момента рождения без единой остановки, это означает, что в его биографии нет травматических фиксаций, которые могли бы объяснить его симптом, и что работа на биографическом уровне не требуется или уже завершена. Однако отсутствие остановок не является единственным показанием к переходу — в некоторых случаях клиент может иметь остановки, которые были полностью проработаны, но симптом сохраняется, что также является показанием к пере-

ходу. Терапевт должен провести повторное прохождение временной шкалы, чтобы убедиться в отсутствии остановок и исключить влияние ситуативных факторов. Повторное прохождение шкалы позволяет подтвердить объективность диагностических данных. Отсутствие остановок является объективным критерием, который может быть верифицирован через повторную диагностику.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является однократное проведение диагностики без повторной проверки, когда терапевт полагается на первое прохождение временной шкалы и не учитывает возможное влияние ситуативных факторов. Клиент может не остановиться в возрасте травмы из-за высокого уровня тревоги или желания угодить терапевту, что даёт ложное отсутствие остановок. Другой ошибкой является игнорирование остановок, которые были проработаны, но при повторном прохождении возникают вновь, что указывает на неполную проработку травмы. Терапевт может интерпретировать отсутствие остановок как показание к переходу, не проверив, действительно ли биографический уровень исчерпан. Повторное прохождение временной шкалы является обязательным элементом диагностики.

Клинический пример: клиентка Анна (имя условное), 28 лет, обратилась с хронической тревогой, которая не имела биографического объяснения. При первом прохождении временной шкалы она дошла до момента рождения без остановок, и терапевт заподозрил трансперсональный источник симптома. Однако перед переходом терапевт провёл повторное прохождение шкалы через неделю, и клиентка остановилась на маркере 5 лет, вспомнив эпизод госпитализации, который не был зафиксирован в первом прохождении. Терапевт вернулся к работе на биографическом уровне, и после проработки этого эпизода тревога уменьшилась. Этот пример показывает, что повторная диагностика позволяет избежать ошибок и подтвердить объективность отсутствия остановок.

В случаях, когда клиент имел остановки на временной шкале, но они были полностью проработаны с использованием четырёхфазного расстановочного протокола, и при повторном прохождении остановки не возникают, это также является показанием к переходу при сохранении симптома. Терапевт должен убедиться, что проработка остановок была полной и все критерии завершённости были достигнуты, прежде чем рассматривать вопрос о переходе. Если после проработки остановок клиент проходит шкалу без остановок, но симптом сохраняется, это указывает на то, что источник симптома находится за пределами биографического уровня. Терапевт должен зафиксировать этот диагностический факт и использовать его как основание для перехода. Только при подтверждении отсутствия остановок терапевт может с уверенностью заключить, что биографический уровень не содержит значимых травм.

Четвёртым признаком является появление специфических маркеров, указывающих на трансперсональную природу феномена, даже если формальные критерии (отсутствие остановок и проработка биографического уровня) выполнены. Клиент может сообщать, что его симптом «не его» или «пришёл откуда-то извне», что является важным субъективным признаком, указывающим на то, что источник проблемы находится за пределами личной истории. В процессе диагностики или расстановочной работы могут спонтанно возникать образы, которые клиент не может идентифицировать как элементы своей биографии или родовой системы, и эти образы не поддаются интерпретации через известные клиенту события или людей. Клиент может испытывать телесные ощущения, не имеющие медицинского объяснения и не связанные с биографическими травмами, например, внезапную боль в области, которая никогда не была травмирована. Эмоциональные реакции могут возникать без видимой причины и не иметь биографического источника — например, внезапная тоска, страх или гнев, которые не

связаны с каким-либо воспоминанием. Совокупность этих маркеров является надёжным показанием к переходу.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является игнорирование субъективных высказываний клиента о том, что его симптом «не его» или «пришёл откуда-то извне», когда терапевт интерпретирует их как проявление защитных механизмов или избегания. Терапевт может пытаться найти биографическое объяснение возникающим образам, даже если клиент не может их идентифицировать, что приводит к ложной диагностике. Другой ошибкой является преждевременная интерпретация трансперсональных маркеров в эзотерических терминах, что нарушает феноменологическую позицию и создаёт риск внушения клиенту ложных воспоминаний. Терапевт должен фиксировать эти маркеры как объективные диагностические данные, не пытаясь их интерпретировать.

Клинический пример: клиентка Ольга (имя условное), 45 лет, после полной проработки биографического уровня сообщила, что её хроническая усталость ощущается как «не моя», «пришедшая откуда-то извне». В процессе расстановочной работы у неё спонтанно возник образ женщины в старинной одежде, которую она не могла идентифицировать как свою родственницу. Терапевт зафиксировал появление этого образа как трансперсонального маркера и не стал пытаться интерпретировать его через родовую систему клиентки. Совокупность субъективного ощущения «не моё» и спонтанного образа, не имеющего биографического источника, стала основанием для перехода. Этот пример демонстрирует, что трансперсональные маркеры являются важным диагностическим критерием.

Клиент может описывать ощущение, что он «носит» что-то, что не является его собственным, или что его тело «помнит» то, чего он не переживал, что является важным диагностическим признаком трансперсонального материала. Эти ощущения могут возникать спонтанно в процессе движения по временной шкале или в расстановочном пространстве, и их появление не связано с каким-либо биографическим событием. Терапевт должен быть внимательным к любому высказыванию клиента, указывающему на трансперсональную природу проблемы, и фиксировать их как часть диагностической картины. Совокупность этих маркеров является надёжным показанием к переходу, даже если формальные критерии выполнены. Терапевт должен использовать эти маркеры как дополнительный диагностический критерий для принятия решения о переходе.

Нахождение клиента на маркере «момент рождения» после завершения движения по временной шкале является **пятым признаком**, который означает, что он физически находится в точке, обозначающей границу его биографической истории. Клиент должен стоять на этом маркере, осознавая, что он завершил движение по всей своей временной шкале и что дальше начинается территория, которая не имеет биографических координат. Терапевт должен убедиться, что клиент действительно находится на маркере «момент рождения» и что его тело и сознание готовы к переходу, не испытывая страха или сопротивления. Достижение маркера «момент рождения» является необходимым, но не достаточным условием для перехода, поскольку клиент может находиться на этом маркере, но не быть готовым к шагу психологически. Терапевт должен проверить, что клиент не испытывает страха или сопротивления при мысли о шаге за этот маркер. Достижение маркера «момент рождения» является сигналом для терапевта, что биографический этап диагностики завершён.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является предположение, что нахождение клиента на маркере «момент рождения» автоматически означает его готовность к переходу, без

проверки его психологического состояния. Терапевт может не заметить, что клиент испытывает страх или сопротивление, поскольку он физически стоит на нужном маркере, и перейти к шагу, не убедившись в психологической готовности клиента. Другой ошибкой является игнорирование невербальных сигналов клиента — напряжения в теле, учащённого дыхания, отвода взгляда, которые указывают на страх или сопротивление. Терапевт должен проверять не только физическое нахождение клиента на маркере, но и его психологическое состояние.

Клинический пример: клиент Андрей (имя условное), 38 лет, после полной проработки биографического уровня встал на маркер «момент рождения» и сообщил, что готов к переходу. Однако терапевт заметил, что плечи клиента напряжены, дыхание поверхностное, а взгляд направлен в пол. Терапевт спросил клиента о его состоянии, и Андрей признался, что испытывает страх, но не хочет «подвести» терапевта. Терапевт отложил переход и провёл дополнительную работу со страхом, используя техники ресурсного наполнения. Только после того как клиент сообщил о готовности и его тело расслабилось, терапевт предложил выполнить шаг. Этот пример показывает, что нахождение на маркере не является достаточным условием для перехода.

Шестым признаком является стабильное состояние клиента, которое не нарушается интенсивными эмоциональными или телесными реакциями, и его способность к саморегуляции с использованием дыхательных техник и телесного якоря. Терапевт должен оценить состояние клиента в начале сессии и убедиться, что он не находится в состоянии острого стресса, тревоги или диссоциации, которые могут помешать выполнению шага или сделать его опасным. Если клиент демонстрирует признаки эмоциональной нестабильности, терапевт должен отложить переход и провести стабилизирующие интервенции, используя техники ресурсного наполнения и дыхательные упражнения. Клиент должен демонстрировать способность к саморегуляции, то есть умение самостоятельно возвращать себя в равновесное состояние при возникновении интенсивных реакций. Терапевт должен проверить, что клиент может легко активировать телесный якорь и использовать дыхательные техники для восстановления контакта с настоящим моментом. Только при стабильном состоянии клиента переход может быть безопасным.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является игнорирование признаков эмоциональной нестабильности, когда терапевт полагает, что клиент «справится» с переходом, несмотря на явные признаки тревоги или диссоциации. Терапевт может считать, что переход сам по себе является терапевтическим и поможет клиенту справиться с его состоянием, что является опасным заблуждением. Другой ошибкой является непроверка способности клиента к саморегуляции — терапевт может предположить, что клиент владеет дыхательными техниками, не проверив это на практике. Терапевт должен систематически оценивать стабильность состояния клиента и его способность к саморегуляции.

Клинический пример: клиент Сергей (имя условное), 29 лет, пришёл на сессию в состоянии острого стресса после конфликта на работе. Терапевт предложил провести стабилизирующие интервенции, используя дыхательные техники и ресурсное наполнение, прежде чем рассматривать вопрос о переходе. После того как клиент восстановил равновесие и подтвердил способность к саморегуляции, терапевт провёл диагностику и перешёл к шагу. Без предварительной стабилизации переход мог бы быть опасным для клиента. Этот пример показывает, что стабильное состояние является обязательным условием для перехода.

Седьмым признаком является психологическая готовность клиента к исследованию неизвестного пространства, которая включает отсутствие выраженного страха потерять контроль или «сойти с ума» при выполнении шага. Терапевт должен обсудить с клиентом его ожидания и опасения, связанные с переходом, и получить его добровольное информированное согласие, основанное на понимании процедуры и её возможных последствий. Клиент не должен испытывать давления со стороны терапевта и должен чувствовать, что он может отказаться от выполнения шага в любой момент без потери доверия или уважения. Если клиент выражает сомнения или страх, терапевт должен обсудить эти чувства и, возможно, отложить переход до следующей сессии. Психологическая готовность клиента является необходимым условием для безопасного и эффективного выполнения шага. Терапевт должен оценить готовность клиента не только по его вербальным ответам, но и по невербальным сигналам.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является игнорирование страха клиента перед переходом, когда терапевт считает, что страх является нормальной реакцией и не требует дополнительной проработки. Терапевт может перейти к шагу, не убедившись, что клиент психологически готов, что приводит к диссоциативной реакции или ретравматизации. Другой ошибкой является давление на клиента с целью получить согласие на переход, когда терапевт убеждает клиента, что «это необходимо» или «это поможет», вместо того чтобы уважать его сомнения. Терапевт должен уважать право клиента на отказ и не переходить к шагу без полного добровольного согласия.

Клинический пример: клиентка Елена (имя условное), 34 года, выразила страх перед переходом, сообщив, что боится «потерять себя» в неизвестном пространстве. Терапевт не стал настаивать на переходе, а провёл дополнительную работу со страхом, используя техники ресурсного наполнения и обсуждение возможных сценариев. После того как Елена сообщила, что чувствует себя более уверенно, терапевт предложил выполнить шаг. Этот пример показывает, что уважение к страху клиента и работа с ним являются необходимыми условиями для безопасного перехода.

Восьмым признаком является наличие у клиента опыта работы с образами и телесными ощущениями, полученного в процессе диагностики и расстановочной работы на биографическом уровне, что позволяет ему лучше понимать свои реакции и доверять процессу. Клиент, который успешно прошёл через все фазы расстановочного протокола, уже умеет распознавать телесные, эмоциональные и образные маркеры, и этот навык будет полезен при работе с феноменами за моментом рождения. Терапевт может напомнить клиенту о его опыте работы с маркерами и о том, как он научился доверять своим ощущениям, что повышает уверенность клиента в своих силах. Наличие такого опыта повышает диагностическую информативность перехода, поскольку клиент способен более точно описывать возникающие феномены. Клиент, не имеющий такого опыта, должен сначала пройти полный цикл работы на биографическом уровне. Только после этого можно рассматривать вопрос о переходе.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является предложение перехода клиенту, который не прошёл полный цикл работы на биографическом уровне и не имеет опыта работы с образами. Терапевт может считать, что опыт работы с образами не является обязательным, и перейти к шагу, что приводит к тому, что клиент не может описать возникающие феномены. Другой ошибкой является игнорирование того факта, что клиент не умеет распознавать телесные маркеры, что делает переход диагностически бесполезным. Терапевт должен убедиться, что клиент обладает достаточным опытом работы с образами.

Клинический пример: клиентка Анна (имя условное), 28 лет, прошла только первичную диагностику и не имела опыта расстановочной работы. Терапевт не стал предлагать ей переход, а сначала провёл полный цикл работы на биографическом уровне, чтобы клиентка освоила навыки работы с образами и телесными ощущениями. Только после этого терапевт предложил переход. Этот пример показывает, что опыт работы с образами является необходимым условием для перехода.

Девятым признаком является способность клиента к вербализации своего опыта, что необходимо для передачи диагностической информации терапевту и позволяет клиенту описывать свои телесные ощущения, эмоции и образы словами. Терапевт может развивать эту способность в процессе работы с маркерами на временной шкале, побуждая клиента описывать свои ощущения как можно более подробно и точно. Если клиент испытывает трудности с вербализацией, терапевт должен проводить дополнительную работу по развитию этой способности, используя техники, описанные в первом томе. Способность к вербализации является необходимым условием для диагностики феноменов за моментом рождения. Без способности к вербализации переход не будет диагностически информативным. Терапевт должен убедиться, что клиент может описывать свои переживания достаточно подробно, прежде чем предлагать переход.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является предложение перехода клиенту, который не способен вербализовать свой опыт, что приводит к тому, что терапевт не может классифицировать возникший феномен. Терапевт может считать, что клиент сможет описать свои переживания «по ходу», но это приводит к потере диагностической информации. Другой ошибкой является отсутствие работы по развитию способности к вербализации у клиента, который испытывает трудности с описанием своих ощущений. Терапевт должен проводить систематическую работу по развитию этой способности.

Клинический пример: клиент Михаил (имя условное), 42 года, испытывал трудности с описанием своих телесных ощущений, используя общие формулировки «плохо» или «непонятно». Терапевт провёл дополнительную работу, побуждая клиента описывать свои ощущения более конкретно, используя вопросы о локализации, интенсивности и характере ощущений. После того как Михаил научился вербализовать свой опыт, терапевт предложил переход. Этот пример показывает, что способность к вербализации является необходимым условием для перехода.

Десятым признаком является чёткое понимание клиентом того, что феномены, возникающие за моментом рождения, не являются «прошлыми жизнями» или доказательством реинкарнации, а представляют собой информационные паттерны, требующие профессиональной работы. Терапевт должен обсудить с клиентом феноменологическую позицию, заявленную в предисловии ко всему трёхтомнику, и убедиться, что клиент не ожидает увидеть «свою прошлую жизнь» или получить мистический опыт. Если клиент приходит с эзотерическими ожиданиями, терапевт должен провести разъяснительную работу и скорректировать его представления. Чёткое понимание клиентом природы феноменов снижает риск эскапизма и укрепляет терапевтический альянс. Клиент должен знать, что его задача — наблюдать, фиксировать и описывать возникающие феномены, а не интерпретировать их. Только при таком понимании переход может быть диагностически информативным и безопасным.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является игнорирование эзотерических ожиданий клиента, когда терапевт не проводит разъяснительную работу и позволяет клиенту

сохранять неверные представления о природе феноменов. Терапевт может считать, что клиент «сам поймёт» в процессе работы, но это приводит к тому, что клиент интерпретирует возникающие образы в эзотерических терминах, что нарушает диагностику. Другой ошибкой является поддержка эзотерических интерпретаций клиента, когда терапевт подтверждает его ожидания, что усиливает риск эскапизма. Терапевт должен последовательно придерживаться феноменологической позиции.

Клинический пример: клиентка Ольга (имя условное), 45 лет, пришла с ожиданием, что она «вспомнит свою прошлую жизнь» в процессе перехода. Терапевт провёл разъяснительную работу, объяснив феноменологическую позицию и то, что образы являются информационными паттернами, а не доказательством реинкарнации. После того как Ольга приняла эту позицию, терапевт предложил переход. В процессе перехода у неё возник образ, который она описала без эзотерических интерпретаций, что позволило провести точную диагностику. Этот пример показывает, что разъяснительная работа является необходимым условием для перехода.

Одиннадцатым признаком является наличие у клиента внутренней мотивации к исследованию своего симптома и готовности столкнуться с неизвестным, что является важным психологическим ресурсом для работы с трансперсональным материалом. Клиент должен быть заинтересован в понимании источника своего симптома и готов к тому, что это понимание может потребовать выхода за привычные рамки. Терапевт может оценить мотивацию клиента в процессе беседы и по его вовлечённости в работу. Если клиент проявляет пассивность или сопротивление, терапевт должен работать с этим на биографическом уровне, прежде чем предлагать переход. Внутренняя мотивация клиента является важным фактором успеха перехода. Терапевт должен поддерживать и укреплять мотивацию клиента на протяжении всей подготовки к переходу.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является предложение перехода клиенту, который не имеет внутренней мотивации и относится к процессу пассивно или с сопротивлением. Терапевт может считать, что переход «запустит» мотивацию клиента, но это приводит к тому, что клиент не включается в процесс и не может описать возникающие феномены. Другой ошибкой является игнорирование сопротивления клиента и давление на него с целью получить согласие на переход. Терапевт должен работать с мотивацией клиента на биографическом уровне.

Клинический пример: клиент Андрей (имя условное), 38 лет, проявлял пассивность и не был заинтересован в исследовании своего симптома, считая, что «терапевт должен всё сделать сам». Терапевт не стал предлагать переход, а провёл работу с мотивацией клиента, обсуждая его цели и ожидания от терапии. После того как Андрей проявил интерес к исследованию своего симптома, терапевт предложил переход. Этот пример показывает, что внутренняя мотивация является необходимым условием для перехода.

Двенадцатым признаком является стабильный терапевтический альянс и доверие клиента к терапевту, что является основой для безопасной работы с любым сложным материалом и особенно важно при работе с трансперсональными феноменами. Клиент должен чувствовать, что терапевт является надёжным и компетентным специалистом, который сможет поддержать его в случае возникновения интенсивных реакций. Терапевт должен быть уверен в том, что клиент способен вернуться в настоящее время с помощью якоря и что он не будет пытаться избежать работы через эскапизм или диссоциацию. Если терапевт замечает, что клиент скло-

нен к избеганию, фантазированию или уходу в иллюзорные конструкции, он должен вернуться к работе на биографическом уровне. Стабильный терапевтический альянс позволяет клиенту чувствовать себя в безопасности. Без доверия к терапевту переход через момент рождения может быть травматичным.

Типичной ошибкой при оценке этого признака является предложение перехода клиенту, с которым не установлен стабильный терапевтический альянс, что приводит к тому, что клиент не доверяет терапевту и не может чувствовать себя в безопасности в процессе перехода. Терапевт может считать, что альянс установлен, но не проверить это через открытое обсуждение с клиентом. Другой ошибкой является игнорирование признаков избегания или диссоциации у клиента, что указывает на недостаточную стабильность альянса.

Клинический пример: клиентка Елена (имя условное), 34 года, выразила сомнение в компетентности терапевта после неудачного опыта предыдущей терапии. Терапевт не стал предлагать переход, а провёл дополнительную работу по укреплению терапевтического альянса, обсуждая ожидания клиентки и её страхи. После того как Елена сообщила, что доверяет терапевту, терапевт предложил переход. Этот пример показывает, что стабильный терапевтический альянс является необходимым условием для перехода.

После подтверждения всех признаков готовности терапевт переходит к выполнению протокола шага, который будет описан в следующем параграфе, и который включает чёткую инструкцию для клиента и обязательную паузу для адаптации к новому состоянию. Переход выполняется только тогда, когда терапевт уверен, что биографический уровень полностью исчерпан, симптом сохраняется, и клиент находится в состоянии, позволяющем ему безопасно исследовать пространство за моментом рождения. Систематическая проверка всех признаков готовности позволяет избежать диагностических ошибок и обеспечить безопасность клиента. Только при наличии всех признаков терапевт может с уверенностью предложить клиенту сделать шаг за момент рождения.

Полный протокол шага

После того как терапевт подтвердил наличие всех диагностических признаков готовности, он переходит к выполнению протокола шага за моментом рождения, который представляет собой структурированную процедуру с чёткой последовательностью действий. Этот протокол включает подготовительный этап, основную инструкцию, обязательную паузу для адаптации клиента и диагностический вопрос, позволяющий классифицировать возникший феномен. Терапевт должен строго соблюдать все этапы протокола, не пропуская ни одного из них и не изменяя их последовательность, поскольку это может повлиять на диагностическую ценность процедуры. Протокол шага является стандартизированной процедурой, которая должна выполняться одинаково с каждым клиентом для обеспечения воспроизводимости результатов и возможности их сопоставления. Нарушение последовательности или пропуск этапа может привести к искажению диагностической картины и ошибкам в интерпретации.

Подготовительный этап начинается с того, что терапевт убеждается, что клиент стоит на маркере «момент рождения» и находится в стабильном состоянии, которое было подтверждено на этапе диагностики признаков готовности. Терапевт проверяет, что клиент сохраняет контакт с реальностью, его дыхание ровное, а тело расслаблено, и при необходимости проводит короткую стабилизирующую интервенцию перед началом шага. Терапевт также напоминает клиенту о наличии телесного якоря и о том, что он может использовать его в любой момент, если почувствует необходимость вернуться в настоящее время. Важно, чтобы терапевт занял устойчивую позицию рядом с клиентом, но не на линии его движения, чтобы не создавать препятствий и не оказывать давления. Терапевт должен находиться в зоне хорошей видимости, чтобы видеть лицо и тело клиента, но не стоять слишком близко, чтобы не нарушать его пространство. Подготовительный этап завершается вопросом терапевта к клиенту: «Ты готов сделать шаг за момент своего рождения?» — на который клиент должен дать утвердительный ответ. Только после получения подтверждения терапевт переходит к основной инструкции.

Основная инструкция формулируется терапевтом чётко, спокойно и уверенно, без излишней эмоциональности или драматизации, поскольку тон голоса терапевта влияет на состояние клиента и его способность следовать инструкции. Терапевт говорит: «Сейчас ты делаешь шаг вперёд, за маркер „момент рождения“. За этой точкой у тебя нет возраста. У тебя нет имени. Ты просто идёшь в пространство, где нет твоей биографии. Всё, что ты увидишь, почувствуешь или услышишь после этого шага, — это феномен, который мы будем исследовать. Сделай шаг». Инструкция должна быть произнесена без пауз между предложениями, но с чётким выделением ключевых слов «нет возраста», «нет имени», «нет биографии», чтобы клиент осознал изменение своего состояния. Терапевт не должен добавлять дополнительных пояснений или интерпретаций, чтобы не создавать у клиента ожиданий или предвкушений. После завершения инструкции терапевт замолкает и переходит к следующему этапу.

После произнесения основной инструкции терапевт делает паузу, давая клиенту возможность физически выполнить шаг и адаптироваться к новому состоянию, которое может возникнуть после перехода за момент рождения. Длительность паузы составляет от 30 до 60 секунд, в течение которых терапевт не задаёт вопросов и не комментирует происходящее, позволяя клиенту самостоятельно исследовать возникшее состояние. В это время терапевт внимательно наблюдает за невербальными сигналами клиента — его позой, дыханием, выражением лица, движением глаз, напряжением в теле, — которые могут указывать на характер переживания. Если клиент демонстрирует признаки сильного дискомфорта, страха или потери контакта с

реальностью, терапевт может напомнить о якоре, но не прерывать процесс насильственно. Пауза является критическим элементом протокола, поскольку она даёт клиенту время для того, чтобы возникший феномен проявился в полной мере, а не был подавлен преждевременным вмешательством терапевта. Прерывание паузы слишком рано может привести к тому, что феномен не успеет проявиться, и диагностическая информация будет потеряна. Слишком длительная пауза может усилить тревогу клиента, поэтому терапевт должен точно соблюдать временные рамки.

По окончании паузы терапевт задаёт диагностический вопрос, который позволяет классифицировать возникший феномен и определить дальнейшую терапевтическую стратегию, описанную в последующих главах второго тома. Вопрос формулируется следующим образом: «Кто ты сейчас? Есть ли у тебя имя? Где ты? Что ты видишь вокруг себя?» — и задаётся спокойным, нейтральным тоном, без интонаций удивления или ожидания. Ответы клиента на эти вопросы позволяют терапевту определить, с каким из трёх вариантов развития событий он имеет дело: входом в позицию предка, образом без лица или телесным коллапсом. Если клиент называет имя и родство, описывает тело умершего человека, это указывает на вариант А. Если клиент описывает сцену или фигуру, но не может идентифицировать себя, не может назвать имя или родство, это указывает на вариант Б. Если клиент не может дать вербальный ответ и демонстрирует потерю контроля над телом, это указывает на вариант В. Диагностический вопрос является завершающим этапом протокола шага.

В случае варианта А — входа в позицию предка — клиент отвечает на диагностический вопрос, называя имя и родство умершего человека, описывая его тело, возраст, обстоятельства смерти, а также передавая чувства и мысли, которые принадлежат этому предку. Терапевт фиксирует все детали, которые сообщает клиент, и переходит к расстановочной работе с предком, используя классические интервенции: поклон, возврат груза, разрешающие фразы. Работа с предком продолжается до тех пор, пока клиент не выйдет из позиции предка и не сообщит об исчезновении симптома, после чего терапевт завершает расстановочную сессию. Вариант А является наиболее простым для работы, поскольку он прорабатывается знакомыми терапевту расстановочными методами.

В случае варианта Б — образа без лица — клиент отвечает на диагностический вопрос, описывая сцену или фигуру, но не может идентифицировать себя в ней, не может назвать имя или родство, не может войти в позицию этого образа. Терапевт фиксирует все детали образа — его содержание, цвета, звуки, эмоциональную окраску, телесные ощущения, сопровождающие его, — но не пытается проводить расстановочную работу с этим образом. Задача терапевта на этом этапе — подробно задокументировать феномен для последующей передачи в кататимно-имагинативную терапию, которая будет описана в третьем томе. Вариант Б является прямым показанием к переходу к КИТ.

В случае варианта В — телесного коллапса — клиент не может дать вербальный ответ на диагностический вопрос, поскольку он теряет контроль над телом, переживая падение, замирание, крик или потерю контакта с реальностью. Терапевт применяет протокол безопасности, описанный в четвёртой главе, который включает категорический запрет на попытки «вытащить» клиента из состояния и необходимость позволить движению завершиться естественно. После завершения коллапса терапевт использует дыхательные техники и телесный якорь для мягкого возвращения клиента в настоящее время, после чего фиксирует телесный паттерн для передачи в КИТ. Вариант В также является прямым показанием к переходу к КИТ.

Типичной ошибкой при выполнении протокола шага является нарушение последовательности этапов, когда терапевт переходит к диагностическому вопросу слишком рано, не выдержав необходимой паузы для адаптации клиента к новому состоянию. В этом случае клиент может не успеть полностью войти в возникший феномен, и его ответ будет поверхностным или искажённым, что приведёт к неправильной классификации. Терапевт может начать задавать вопросы сразу после того, как клиент сделал шаг, не давая ему времени для осознания своего нового состояния, и тем самым нарушить процесс проявления феномена.

Другой типичной ошибкой является слишком длительная пауза, когда терапевт ждёт больше 60 секунд, что может усилить тревогу клиента и привести к тому, что он начнёт сознательно конструировать ответ, вместо того чтобы спонтанно описывать возникший феномен. В этом случае клиент может начать придумывать ответ, чтобы «не подвести» терапевта, или может войти в состояние тревоги, которое исказит диагностическую картину. Терапевт должен строго соблюдать временные рамки паузы — от 30 до 60 секунд, — чтобы обеспечить оптимальные условия для проявления феномена и не допустить его искажения.

Третьей типичной ошибкой является неправильная формулировка основной инструкции, когда терапевт добавляет дополнительные пояснения, интерпретации или создаёт у клиента ожидания относительно того, что он должен увидеть или почувствовать. Терапевт может сказать: «Ты увидишь свою прошлую жизнь» или «Ты встретишь своего предка», что нарушает феноменологическую позицию и создаёт риск внушения клиенту ложных воспоминаний. Терапевт также может использовать слишком эмоциональный или драматичный тон, что усиливает тревогу клиента и мешает ему сосредоточиться на своих ощущениях. Инструкция должна быть строго нейтральной и содержать только те формулировки, которые были приведены выше, без каких-либо дополнений или интерпретаций.

Четвёртой типичной ошибкой является неправильная реакция терапевта на возникший феномен, когда он пытается интерпретировать его или дать ему объяснение на этапе диагностики, вместо того чтобы просто зафиксировать его. Терапевт может сказать клиенту: «Это твой предок» или «Это твоя прошлая жизнь», что нарушает феноменологическую позицию и создаёт риск внушения. Терапевт также может попытаться провести расстановочную работу с образом без лица, не понимая, что это неэффективно и может привести к диссоциации клиента. Реакция терапевта должна быть строго нейтральной — он фиксирует феномен, задаёт диагностические вопросы и принимает решение о дальнейшей стратегии, не интерпретируя и не объясняя возникший материал.

Пятой типичной ошибкой является игнорирование телесного якоря и других техник безопасности при возникновении интенсивной реакции у клиента, когда терапевт пытается «спасти» клиента или прервать процесс насильственно. Терапевт может начать трясти клиента, кричать на него или пытаться вернуть его в настоящее время, не давая возможности завершиться естественному движению. Это может привести к ретравматизации клиента и потере доверия к терапевту, а также к тому, что диагностическая информация будет утрачена. Терапевт должен сохранять спокойствие и следовать протоколу безопасности, напоминая клиенту о якоря и используя дыхательные техники, но не вмешиваясь в процесс насильственно.

Шестой типичной ошибкой является неправильное позиционирование терапевта относительно клиента, когда терапевт находится на линии движения клиента или слишком близко к нему, создавая ощущение давления или вторжения. Это может вызвать у клиента дискомфорт и помешать ему свободно выполнить шаг, а также может быть воспринято как нарушение

границ. Терапевт должен находиться сбоку от клиента, на расстоянии не менее двух метров, чтобы не создавать препятствий и не нарушать его пространство. Правильное позиционирование является элементом техники безопасности.

Седьмой типичной ошибкой является игнорирование подготовительного этапа, когда терапевт переходит к основной инструкции без проверки стабильности состояния клиента и его готовности к шагу. Это может привести к тому, что клиент выполнит шаг в нестабильном состоянии, что сделает переход опасным и может привести к диссоциативной реакции. Подготовительный этап является обязательным элементом протокола, и его пропуск недопустим. Терапевт должен убедиться, что клиент стабилен и готов к шагу.

Восьмой типичной ошибкой является использование эзотерических формулировок в инструкции, когда терапевт говорит о «прошлых жизнях» или «душах», что нарушает феноменологическую позицию и создаёт риск внушения. Это также может укрепить эзотерические ожидания клиента и привести к эскапизму. Терапевт должен строго придерживаться нейтральных феноменологических формулировок, описанных в протоколе.

Девятой типичной ошибкой является неправильная реакция терапевта на диагностический ответ клиента при варианте А, когда терапевт начинает расстановочную работу, не удивившись, что клиент действительно вошёл в позицию предка, а не находится в образе без лица. Это может привести к попытке расстановочной работы с образом, который не является предком, что неэффективно и может привести к диссоциации клиента. Терапевт должен провести дифференциальную диагностику перед началом расстановочной работы.

Десятой типичной ошибкой является неправильная реакция терапевта на вариант В — телесный коллапс, когда терапевт пытается прервать процесс насильственно или «вытащить» клиента из состояния. Это приводит к ретравматизации и потере доверия, а также к тому, что диагностическая информация утрачивается. Терапевт должен позволить движению завершиться естественно, находясь рядом и обеспечивая физическую безопасность клиента.

Одиннадцатой типичной ошибкой является переход к интерпретации или объяснению феномена на этапе диагностики, когда терапевт комментирует возникший образ или состояние клиента, вместо того чтобы просто фиксировать его. Это нарушает феноменологическую позицию и может внушить клиенту ложные воспоминания или интерпретации. Терапевт должен фиксировать феномен, но не интерпретировать его на этапе диагностики.

Двенадцатой типичной ошибкой является игнорирование необходимости фиксации феномена для последующей передачи в КИТ при вариантах Б и В. Терапевт может не записать детали образа или телесного паттерна, что приводит к потере диагностической информации и снижает эффективность последующей КИТ-сессии. Подробная фиксация является обязательным условием для преемственности терапевтического процесса между вторым и третьим томами.

Клинический пример 1: (вариант А — вход в позицию предка): клиентка Елена (имя условное), 34 года, после подтверждения всех признаков готовности встала на маркер «момент рождения». Терапевт провёл подготовительный этап, убедившись в стабильном состоянии клиентки и её готовности к шагу, и получил утвердительный ответ на вопрос о готовности. Затем он произнёс основную инструкцию: «Сейчас ты сделаешь шаг вперёд, за маркер „момент рождения“. За этой точкой у тебя нет возраста. У тебя нет имени. Ты просто идёшь в пространство,

где нет твоей биографии. Всё, что ты увидишь, почувствуешь или услышишь после этого шага, — это феномен, который мы будем исследовать. Сделай шаг». Елена сделала шаг, и терапевт выдержал паузу в 40 секунд, наблюдая за её состоянием и не вмешиваясь в процесс.

По окончании паузы терапевт задал диагностический вопрос: «Кто ты сейчас? Есть ли у тебя имя? Где ты? Что ты видишь вокруг себя?» Елена ответила: «Я — Анна, я прабабушка, я стою в поле, вокруг меня пшеница, я чувствую тепло, но я знаю, что скоро умру». Терапевт зафиксировал, что клиентка вошла в позицию предка (вариант А), и перешёл к расстановочной работе, используя поклон и разрешающие фразы. После работы клиентка вышла из позиции предка и сообщила, что её симптом — хроническая тревога — исчез. Этот пример показывает правильное выполнение протокола и переход к расстановочной работе при варианте А.

Клинический пример 2: (вариант Б — образ без лица): клиент Михаил (имя условное), 42 года, после подтверждения всех признаков готовности встал на маркер «момент рождения». Терапевт провёл подготовительный этап и произнёс основную инструкцию. Михаил сделал шаг, и терапевт выдержал паузу в 45 секунд, наблюдая за его состоянием. По окончании паузы терапевт задал диагностический вопрос: «Кто ты сейчас? Есть ли у тебя имя? Где ты? Что ты видишь вокруг себя?» Михаил ответил: «Я не знаю, кто я. Я вижу поле боя, дым, я слышу взрывы, я вижу солдата, но я не знаю, кто это. Это не я, я не могу назвать себя».

Терапевт зафиксировал, что клиент находится в образе без лица (вариант Б) — он видит сцену, но не может идентифицировать себя в ней. Терапевт не стал проводить расстановочную работу, а подробно записал описание образа: поле боя, дым, взрывы, солдат без лица, а также зафиксировал сопутствующие телесные ощущения клиента — напряжение в груди и учащённое дыхание. Затем терапевт сообщил клиенту: «То, что мы увидели, — это феномен, который требует специальной работы. На следующей сессии мы будем работать с этим образом, используя методы, описанные в третьем томе». Терапевт завершил сессию стабилизацией состояния клиента с использованием дыхательных техник и телесного якоря. Этот пример показывает правильное выполнение протокола и фиксацию образа без лица для передачи в КИТ.

Клинический пример 3: (вариант В — телесный коллапс): клиентка Анна (имя условное), 28 лет, после подтверждения всех признаков готовности встала на маркер «момент рождения». Терапевт провёл подготовительный этап и произнёс основную инструкцию. Анна сделала шаг, и терапевт выдержал паузу. Однако через 20 секунд после шага Анна начала падать, её тело обмякло, она потеряла контакт с реальностью и начала издавать нечленораздельные звуки. Терапевт не стал прерывать процесс, а находился рядом, обеспечивая физическую безопасность клиентки, и позволил движению завершиться естественно.

Через минуту движение завершилось, Анна открыла глаза и выглядела дезориентированной. Терапевт использовал дыхательные техники и телесный якорь, чтобы мягко вернуть её в настоящее время, и помог ей восстановить контакт с реальностью. После восстановления состояния клиентка не могла вспомнить, что произошло, и не могла дать ответ на диагностический вопрос. Терапевт зафиксировал телесный коллапс (вариант В), подробно описав его проявления — падение, обмякание тела, потерю контакта, нечленораздельные звуки, — и сообщил клиентке: «У нас произошла сильная телесная реакция, это феномен, который требует специальной работы. На следующей сессии мы будем работать с этим, используя методы, описанные в третьем томе». Терапевт завершил сессию дополнительной стабилизацией состояния клиентки. Этот пример показывает правильное применение протокола безопасности при телесном коллапсе.

После завершения протокола шага и классификации возникшего феномена терапевт принимает решение о дальнейшей стратегии работы, которая зависит от выявленного варианта. При варианте А терапевт переходит к расстановочной работе с предком, используя классические интервенции, описанные в первом томе. При вариантах Б и В терапевт фиксирует феномен и переходит к подготовке клиента к кататимно-имагинативной сессии, которая будет описана в третьем томе. Решение о дальнейшей стратегии должно приниматься на основе объективных диагностических критериев.

Протокол шага является стандартизированной процедурой, которая должна выполняться одинаково с каждым клиентом, чтобы обеспечить воспроизводимость результатов и возможность их сопоставления. Соблюдение всех этапов протокола — подготовительного, основной инструкции, паузы и диагностического вопроса — является необходимым условием для получения достоверной диагностической информации. Ошибки на любом из этапов могут привести к искажению диагностической картины и неправильной классификации феномена. Терапевт должен регулярно практиковать выполнение протокола и проходить супервизию для отработки навыков. Только при строгом соблюдении всех этапов протокола шаг за моментом рождения может быть безопасным и диагностически информативным.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.