

A hand is shown holding a silver chain with two clear, teardrop-shaped crystal pendants. The background is dark with a repeating pattern of light-colored, swirling, floral or scroll-like motifs. The lighting is soft, highlighting the hand and the crystals.

Элина Тарутина

Гипноз

ОСНОВЫ

Элина Тарутина

Гипноз. Основы

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=33831264

ISBN 9785449089878

Аннотация

В книге рассмотрены разные методы гипноза, гипноз без погружения в сон, разные методы гипнотизирования и мысленного внушения. Зная эти методы, можно их не только применять, но и обнаружить воздействие на себе и защититься.

Содержание

Об Авторе	5
Введение	6
Определение психотерапии	8
История психотерапии	30
Способы психотерапии	35
Показания к психотерапии	49
Краткий исторический очерк	52
Конец ознакомительного фрагмента.	60

Гипноз Основы

Элина Тарутина

© Элина Тарутина, 2019

ISBN 978-5-4490-8987-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Об Авторе

Элина Тарутина

Психолог-психотерапевт.

Член международной ассоциации холистической практической психологии и психотерапии.

Автор книг и публикаций в популярных психологических изданиях.

Личный сайт – <http://психоконсультант.рф/>

Контактный телефон – 8 (903) 183 00 03

Введение

Для лечения больного человека врач может использовать три мощных средства – слово, траву и нож.

Авиценна

Это утверждение и в наши дни имеет силу.

Нож – это хирургическое лечение.

Трава – это лекарственные средства.

Слово – это объяснение, внушение, гипноз, аутотренинг, методы психотерапии.

Книга создана для того что бы защитить себя от воздействия из вне, а так же что бы научиться использовать приведенные методы в жизни.

За три месяца вы овладеете техникой гипноза. Три месяца – это время важное время для овладения первой ступенью аутогенной тренировки, выработки ощущения безоговорочной убежденности и иных свойств, которые потребуются для выполнения десяти ведущих правил.

Естественно, есть особые упражнения, используемые многие столетия. Эти упражнения увеличивают эффект, прodelьывают ваш взор – неотразимым, волю – «железной», а в сочетании с овладением второй ступени аутогенной тренировки разрешает завладеть возможностью мысленного на-

взаывания образов («наведенным гипнозом»), использующимся в магии.

Для того что бы грамотно владеть гипнозом нужно знать теорию.

Итак,

Определение психотерапии

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методику, личный категориальный агрегат и терминологию и т. д., одним словом, все то, что характеризует независимую научную дисциплину. Впрочем многообразии направлений и течений, школ и определенных способов психотерапии, основанных на разных теоретических подходах, приводит к тому, что в текущее время не существует даже цельного определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них отчетливо относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная обычай состоит в том, что психотерапия определяется раньше каждого как способ лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Иностраные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии, дозволено привести следующие ее определения, которые неукоснительно включают такие представления, как целебные воздействия, больной, здоровье либо болезнь.

Психотерапия —

- «система целебных воздействий на психику и через психику – на организм человека»;
- «специфическая результативная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;
- «процесс целебного воздействия на психику больного либо группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающих такие представления, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические задачи и раздоры, отношения, установки, эмоции, поведение, дозволено указать следующие:

психотерапия —

- «специальный вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается высокопрофессиональная подмога психологическими средствами при решении возникающих у них задач и сложностей психологического нрава»;

– «средство, использующее вербальные методологии и межличностные взаимоотношения с целью подмогнуть человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, общественно либо чувствительно являются отрицательными»;

– «долгое межличностное взаимодействие между двумя либо больше людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

– «персонализованная техника, которая представляет собой кое-что среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, тот, что, в отличие от всякого иного, ставит человека лицом к лицу с его внутренними раздорами и возражениями».

Правда и является достаточно всеобщим, но при этом в какой-то мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целеустремленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Обращает на себя внимание, что в определениях, которые условно дозволено назвать медицинскими, психотера-

пия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику – на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте либо предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и иная позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия буквально обозначает лечение души (от греч. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение), то есть указывает на объект воздействия. С иной стороны, сходные по образованию термины – физиотерапия, фармакотерапия, иглотерапия и пр. – указывают не на объект, а на средства воздействия: физиотерапия – влияние, лечение физикальными средствами, фармакотерапия – лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является больше адекватным и верным, сказать сложно. Дозволено верить, что процесс становления психотерапии как научной дисциплины внесет когда-либо огромную определенность и в сам данный термин. Впрочем следует обратить внимание на то, что представление «влияние» (ввязывание, интервенция) входит в самые разные определения психотерапии.

Психотерапевтическое ввязывание.

Психотерапевтическое ввязывание, либо психотерапевтическая интервенция – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, тот, что характеризуется опре-

деленными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть способов. Термин психотерапевтическое ввязывание может обозначать определенный психотерапевтический прием, скажем, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, истолковывание, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также всеобщую тактику поведения психотерапевта, непринужденно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и бывалый (гуманистический), весь из которых характеризуется собственной доктриной здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Психология и медицина используют разные виды вмешательств (интервенций). Перре и Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемые в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотерапия). Психологические интервенции в медицине, либо клиничко-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства.

Клиничко-психологические вмешательства.

Для больше отчетливого понимания соотношения представлении психотерапевтические и клиничко-психологические вмешательства следует разглядеть основные колляции последних. С точки зрения Перре и Бауманна клиничко-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (способов); 2) функциями (становление, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Разглядим основные колляции клиничко-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Способы клиничко-психологических интервенций – это психологические средства, тот, что выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными либо невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на чувствительные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом либо пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту поддержка оказывает). Впрочем психологические средства воздействия могут быть направлены не только на метаморфоза психологических колляций, психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на метаморфоза состояния организма.

Нормальными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) либо межличностные взаимоотношения как фактор могущества и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и становлении. Подробнее функции клинико-психологических интервенций будут рассмотрены ниже, потому что это имеет значение для понимания соотношения таких представлений, как психотерапия, психологическое консультирование, психологическая коррекция и др. Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют всеобщую тактику воздействий и узко связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на больше всеобщие, отдаленные цели (скажем, поправление полновесного личностного функционирования, гармонизация фигуры, становление личностных источников и т. д.), так и на определенные, больше близкие цели (скажем, преодоление ужаса выступления перед аудиторией, тренировку памяти либо внимания, становление определенных коммуникативных навыков и т. д.). Впрочем неизменно психологические средства воздействия обязаны отчетливо соответствовать целям воздействия, которые, помимо выбора средств, определяют всеобщую тактику воздействий и узко связаны с теоретической ориентацией. Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций со-

стоит в ее связи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинко-психологических интервенций связана раньше каждого с постижением их результативности.

Научная оценка результативности психотерапевтических воздействий является исключительно главной загвоздкой. Ответить на вопрос об результативности того либо другого способа психотерапии либо психотерапевтического подхода могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные изыскания, проведенные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (отчетливое определение способа психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, присутствие самостоятельных специалистов, распределений функций психотерапевта и изыскателя, сравнение непосредственных и отдаленных итогов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, присутствие контрольных групп и пр.). Высокопрофессиональные действия – значимая коляция клинко-психологических интервенций. Это обозначает, что они обязаны осуществляться в профессиональных рамках, то есть специалистами (подготовленными в области клинической психологии и психотерапии докторами, психологами и социальными работниками).

Перре и Бауманн подчеркивают, что три последние коля-

ции (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и высокопрофессиональные действия) являются значительными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в текущее время воздействий, которые либо основываются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели клинико-психологической интервенции в соответствии с разными фазами становления психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапия.

Таким образом, представление «клинико-психологическая интервенция» является больше всеобщим по отношению к представлению «психотерапия» («психотерапевтическая интервенция») и охватывает сферы профилактики, лечения, реабилитации и становления.

Роль клинико-психологических вмешательств в профилактических целях состоит в обнаружении контингентов риска и разработке соответствующих профилактических ме-

роприятий, работе с лицами, имеющими многообразные сложности и закладки психологического нрава, кризисными личностными и травматическими стрессовыми обстановками, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышающими риск происхождения нервозно-психических и психосоматических расстройств. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации, раньше каждого, направлены на поправление (сохранение) личностного и общественного ранга больного. При беспокойно-психических заболеваниях, которые характеризуются довольно выраженными личностными изменениями, нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют исключительно значимую роль, исполняя функцию психотерапии (лечения). Клинико-психологические воздействия в целях реабилитации направлены на метаморфоза реакции фигуры на болезнь, психологические и общественно-психологические итоги хронических заболеваний и пр. Следует также указать, что помимо «личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют значимую роль (допустимо, больше главную, чем какие-нибудь другие, скажем, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

Становление рассматривается как одна из независимых

функций клинико-психологических вмешательств вдалеке не всеми авторами и воспринимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация, наравне с собственными прямыми функциями (целебной, профилактической, реабилитационной), содействуют также становлению и гармонизации фигуры за счет улучшения самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутри- и межличностных раздоров, становлению новых больше адекватных методов чувствительного и поведенческого реагирования, больше точного понимания других людей и взаимодействия между ними в совокупности. В ряде психотерапевтических систем (скажем, в заказчик-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост является одной из важнейших задач. Следовательно, с одной стороны, функция становления для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в больнице) является вторичной, дополнительной. С иной стороны, психологическое консультирование в больнице (скажем, консультирование пациентов с соматическими и беспокойно-органическими болезнями, не проходящими собственно психотерапевтическое лечение, а обратившимися за поддержкой в связи с личными задачами, прямо не связанными с их заболеванием) содействует новому видению человеком самого себя и своих раздоров, чувствительных задач и особенностей поведения, что в будущем может приводить к определенным изменениям в когнитивной, чув-

ствительной и поведенческих сферах и, таким образом, содействовать становлению фигуры.

Психологическая коррекция.

Термины «психологическое (клинико-психологическое) связывание», обширно распространенные в иностранной литературе, у нас применяются еще редко. Больше употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое влияние для полновесного становления и функционирования индивида. Термин получил распространение в начале 70-х годов. В данный период психологи стали энергично трудиться в области психотерапии, основным образом, групповой. Долгие дискуссии о том, может ли психолог заниматься целебной (психотерапевтической) работой, носили, предпочтительно, теоретический нрав, так как на практике психологи не только хотели, могли и благополучно реализовывали эту вероятность, но и были в то время за счет базового психологического образования больше подготовлены к такого рода деятельности, во каждом случае, к работе в качестве групповых психотерапевтов. Но от того что психотерапия является целебной практикой, а ею по закону может заниматься только доктор, имеющий высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» в определенной

мере было направлено на преодоление этой обстановки: доктор занимается психотерапией, а психолог – психологической коррекцией. Впрочем вопрос о соотношении представления «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, причем тут дозволено указать две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности представлений «психологическая коррекция» и «психотерапия». Впрочем при этом не учитывается, что психологическая коррекция, как направленное психологическое влияние, реализуется не только в медицине (дозволено указать две основные области ее использования: психопрофилактика и собственно лечение – психотерапия), но и в иных сферах человеческой практики, скажем, в педагогике. Даже обыкновенное, обыденное человеческое общение может содержать в большей либо в меньшей степени целеустремленно используемую психологическую коррекцию.

Иная точка зрения основана на том, что психологическая коррекция предпочтительно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Впрочем такое жесткое лимитация сферы использования в медицине психологической коррекции представляет-

ся в определенной степени неестественным. Во-первых, если сходственные представления кажутся абсолютно убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области невротозов, скажем, всецело развести представления «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не получается, потому что невротоз – это заболевание динамическое, при котором не неизменно дозволено отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в существенной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в текущее время в системе восстановительного лечения разных заболеваний все шире реализуется совокупный подход, рассматривающий присутствие в этиопатогенезе биологического, психологического и общественного факторов, всякий из которых нуждается в целебных либо корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том либо другом заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в существенной степени совпадает с оглавлением психотерапии (одного из компонентов целебного процесса). Определить всеобщую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне определенной нозологии фактически немислимо. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того либо другого заболевания обуславливает целенаправленность способов психологической коррекции на решение собственно целебных (психотерапевтических) задач и раз-

решает рассматривать способы психологической коррекции как способы психотерапии. Таким образом, задачи психологической коррекции могут значительно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до фактически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во каждом случае, в границах разных психотерапевтических систем, направленных на личностные метаморфозы). Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь способами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический нрав соотношения задач и способов психологической коррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но всецело не исчерпывают друг друга.

Об обоснованности применения представления «психологическая коррекция» наравне с представлением «психологическое вязывание» ответить однозначно достаточно сложно. Их сравнение обнаруживает явственное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вязывание, воспринимается как целеустремленное психологическое влияние. Психологическая коррекция, как и психологическое вязывание, реализуются в разных областях человеческой практики и осуществляются психологически-

ми средствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмешательства) также исполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое ввязывание, используемые с целью лечения, исполняют психотерапевтическую функцию. Видимо, что по существу эти представления совпадают. Допустимо, особенно точным и адекватным был бы термин «психологическое ввязывание с целью психологической коррекции», впрочем это слишком массивно. В завершение дозволено лишь указать, что в отечественной литературе больше распространенным является представление «психологическая коррекция», а в иностранной – «психологическое ввязывание».

Психологическое консультирование.

Психологическое консультирование обычно рассматривается как процесс, направленный на подмога человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него загвоздок и сложностей психологического нрава, Дозволено выделить три основных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на обзор сущности и внешних

причин задачи, поиск путей разрешения; б) личностно-ориентированное консультирование, направленное на обзор индивидуальных, личностных причин происхождения проблемных и конфликтных обстановок и путей предотвращения сходственных задач в грядущем; в) консультирование, ориентированное на обнаружение источников для решения задачи.

Личностно-ориентированное консультирование по своей направленности близко к психотерапии и провести отчетливую рубез между этими представлениями сложно. Определение психотерапии как работы с больными, а консультирования – со здоровыми, удовлетворяет не всецело даже формальному критерию. Психологическое консультирование применяется и в медицине (скажем, психологическое консультирование беременных либо пациентов с соматическими и беспокойно-органическими болезнями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившимися за поддержкой в связи с личными загвоздками, прямо не связанными с их заболеванием). Психологическая работа с лицами, имеющими важные личностные загвоздки, обстоятельно ничем не отличается от психотерапии.

Соотношение представлений «психотерапия» и «психологическое консультирование» обсуждается и в литературе. Так, вестимый эксперт в этой области Нельсон-Джоунс рас-

смаатривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и становление. Он выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (скажем, преодоление тревоги либо ужаса) и с становлением (скажем, становление коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование предпочтительно является коррекционным, это обеспечивает выполнение профилактических функций. Становление связано с решением задач индивида на разных этапах жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, предисловие независимой жизни, создание семьи, реализация собственных вероятностей, раскрытие источников и пр.). Весомое значение придается возрастанию индивидуальной ответственности за собственную жизнь, Финальная цель консультирования – обучить заказчиков оказывать поддержка самим себе, стать для самих себя референтами. Нельсон-Джонс видит отличия между психотерапией и психологическим консультированием в том, что психотерапия делает ударение на личностном изменении, а консультирование – на помощи человеку в лучшем применении собственных источников и совершенствовании качества жизни. В отличие от психотерапии огромная часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в промежутках между занятиями, а также в периоды, когда заказчики пытаются подмогнуть себе сами позже окончания консультирования.

Существует точка зрения, согласно которой основное различие психологического консультирования от психотерапии состоит в том, что заказчик (здоровый либо больной человек, предъявляющий зачатки экзистенциального коллапса, межличностных раздоров, семейных сложностей либо профессионального выбора) понимается референтом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей зачатки. Такая позиция представляется не слишком оправданной. В психотерапии пациент либо заказчик в подавляющем большинстве случаев также является дееспособным субъектом, а зачатке индивидуальной ответственности отводится исключительно главная роль и в процессе психотерапии.

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и психотерапии, в качестве отличий указывают следующее: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за поддержкой); б) психологическое консультирование в медицине исполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в границах консультирования анализируются варианты решений определенной зачатки, но их осуществляет сам человек и не в границах консультирования, а независимо; г) в практике консультирования мета-

морфозы происходят по окончании самого консультирования без сопровождения экспертом, в психотерапии – сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый экспертом.

Представляется рациональным разглядеть сходства и отличия между психотерапией и психологическим консультированием, как видами психологического вмешательства, с точки зрения их основных и дополнительных коляций.

Основные коляции:

1. Средства воздействия (способы): психотерапия и психологическое консультирование применяют психологические средства воздействия, впрочем в психологическом консультировании информирование является ведущим приемом.

2. Цели: психотерапия и психологическое консультирование имеют своей целью достижение больше выраженных положительных изменений в когнитивной, чувствительной и поведенческой сферах в сторону увеличения их результативности, психотерапия при этом направлена на достижение существенных личностных изменений, а консультирование – на поддержка человеку в лучшем применении собственных источников и совершенствовании качества жизни.

3. Функции: психотерапия исполняет функцию лечения и отчасти реабилитации, а психологическое консультирование – профилактики и становления (безусловно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, потому что в ряде случаев эти функции могут пересекаться).

4. Теоретическая обоснованность: психотерапия и психологическое консультирование имеют в качестве своей научной основы психологические теории.

5. Эмпирическая проверка: психотерапия и психологическое консультирование нуждаются в постижении производительности воздействий.

6. Высокопрофессиональные действия: психотерапия и психологическое консультирование осуществляются экспертами в профессиональных рамках. Добавочные колляции:

7. Длительность воздействий: психотерапия полагает длительность не менее 15—20 сеансов, психологическое консультирование может ограничиваться 1—5 сеансами.

8. Место изменений: в психотерапии метаморфозы про-

исходят непринужденно в ходе терапии и являются сущностью психотерапевтического процесса, в психологическом консультировании анализируются варианты решений определенной заговорки, но решение и метаморфозы осуществляются человеком не в границах консультирования, а по его окончании.

9. Степень автономности заказчика: в психотерапии процесс изменений сопровождается психотерапевтом, в психологическом консультировании метаморфозы осуществляются человеком независимо без сопровождения референта.

История психотерапии

В нынешней психотерапии теоретические заповеди приобретают специальное значение. С одной стороны, важность теории обусловлена распространением в конечный период множества самых многообразных способов психотерапии, довольно обширно применяющихся в практике, но при этом вдалеке не неизменно имеющих соответствующую теоретическую базу. С иной стороны, даже при обоснованности способа определенной теоретической доктриной, последняя не неизменно в полной мере осознается даже профессиональными психотерапевтами. Впрочем именно теоретические представления, раскрывающие оглавление представлений «норма» и «отклонение» («недостаток», «патология»), и определяют нрав и специфику психотерапевтических воздействий и дозволяют осознанно их осуществлять. Обусловленность нрава и направленности воздействий при устранении всякого «недостатка», скажем, технического, ни у кого не вызывает сомнения. Необходимо иметь представление об всеобщих тезисах работы всякого механизма, дабы определить, в чем состоит недостаток, и, тем больше, для того, дабы устранить «поломку». В медицине в совокупности существует отчетливое соответствие между представлениями о норме, патологии и системе воздействий (лечении), в психотерапевтической практике такое соответствие про-

сма­три­ва­ет­ся в да­ле­ке не неиз­мен­но. Если речь идет не легко о сим­пто­ма­ти­че­ском ле­че­нии, а о пси­хо­те­ра­пии, на­прав­лен­ной на лич­ност­ные ме­та­мор­фозы, то тут в ка­че­стве те­о­рии пси­хо­те­ра­пии вы­сту­пает те­о­ре­ти­че­ская пси­хо­ло­гия, в част­но­сти, пси­хо­ло­гия фи­гу­ры. При ка­ж­до­му мно­го­об­ра­зии пси­хо­те­ра­пев­ти­че­ских под­хо­дов су­ще­ствует три ос­нов­ных на­прав­ле­ния в пси­хо­те­ра­пии, ины­ми сло­ва­ми, три пси­хо­те­ра­пев­ти­че­ские те­о­рии (пси­хо­ди­на­ми­че­ская, по­ве­ден­че­ская и гу­ма­ни­сти­че­ская, «опыт­ная») со­от­вет­ствен­но тре­м ос­нов­ным на­прав­ле­ниям пси­хо­ло­гии, и вся­кое из них ха­рак­те­ри­зу­ет­ся сво­им соб­ствен­ным под­хо­дом к по­ни­ма­нию фи­гу­ры и лич­ност­ных на­ру­ше­ний и ло­гиче­ски свя­зан­ной с этим соб­ствен­ной си­сте­мой пси­хо­те­ра­пев­ти­че­ских воз­дей­ствий.

Если в гра­ни­цах пси­хо­ди­на­ми­че­ско­го под­хо­да в ка­че­стве стерж­не­вой де­тер­ми­нан­ты лич­ност­но­го ста­но­в­ле­ния и по­ве­де­ния рас­сма­три­ва­ют­ся бес­соз­на­тель­ные пси­хи­че­ские про­цес­сы, а нев­роз (и на­ру­ше­ния фи­гу­ры) вос­при­ни­ма­ет­ся как след­ствие раз­до­ра ме­жду бес­соз­на­тель­ным и со­зна­ни­ем, то пси­хо­те­ра­пия бу­дет на­прав­ле­но на дос­ти­же­ние осоз­на­ния это­го раз­до­ра и бес­соз­на­тель­но­го. Этой за­да­че под­чи­нен и соб­ствен­но пси­хо­ана­ли­ти­че­ский спо­соб. Осоз­на­ние дос­ти­га­ет­ся за счет об­зо­ра (вклю­ча­ю­ще­го опре­де­лен­ные про­це­ду­ры) сво­бод­ных ас­со­ци­а­ций, сим­во­ли­че­ских про­яв­ле­ний бес­соз­на­тель­но­го, а так­же со­про­тив­ле­ния и пе­ре­но­са. Са­ма пси­хо­ана­ли­ти­че­ская про­це­ду­ра стро­ит­ся та­ким об­ра­зом,

дабы содействовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется оглавление процесса психотерапии, степень его структурированности, тактика и стратегия психотерапевта, его роль и позиция, ярус активности, интенсивность и частота сеансов и пр. Дозволено принимать либо не принимать, разделять либо не разделять основные расположения психоаналитической теории, но нереально не видеть обоснованности всякого шага психоаналитика определенными теоретическими взорами.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как исключительной психологической действительности, доступной непосредственному слежению. Норма – это адаптивное поведение, а невротический признак либо личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в итоге неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, положительные). Последовательно научение осуществляется на основании базовых теорий либо моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, общественное научение). Не имея отчетливых представлений о научно-психологических основах того либо другого определенного способа поведенческой психотерапии, немисли-

мо использовать его результативно. Поведение психотерапевта в границах этого подхода также сурово обусловлено теоретической доктриной.

Гуманистическое, либо «опытное», направление исходит из признания уникальности человеческой фигуры и в качестве стержневой надобности рассматривает надобность в самореализации и самоактуализации. В самом всеобщем виде невроз является следствием неосуществимости самоактуализации, следствием блокирования этой спросы, что связано с неудовлетворительным самопониманием и принятием себя, неудовлетворительной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сумеет испытать новейший чувствительный навык, содействующий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Надобность создания условий, в границах которых человек получает наилучшие вероятности для получения нового чувствительного навыка, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и жанр.

В границах всякого из 3 основных направлений существует многообразие школ, но основные теоретические подходы являются всеобщими. Дозволено припомнить слова Хорни, которая, в существенной степени отойдя от ортодоксального психоанализа, тем не менее, писала: «Если рассматривать

психоанализ как определенную систему взглядов на роль бессознательного и методов его выражения, а также как форму терапии, по средствам которой бессознательные процессы приходятся до сознания, то и моя система взглядов есть психоанализ».

Только отчетливые представления о теоретической основе, на базе которой осуществляется психотерапевтическое связывание, может подмогнуть в овладении основными способами и навыками фактической работы.

Способы психотерапии

Представление способа в психотерапии весьма размыто. Раньше каждого, это проявляется в их систематизациях. Вот несколько примеров разных подходов к систематизации психотерапевтических способов.

Систематизации способов психотерапии

1. Гипнотерапия. Внушение и самовнушение. Аутогенная тренировка. Разумная психотерапия. Коллективная и групповая психотерапия. Наркопсихотерапия.

2. Поддерживающая психотерапия. Переучивающая психотерапия. Реконструктивная психотерапия.

3. Личностно-ориентированная психотерапия. Суггестивная психотерапия. Поведенческая психотерапия.

4. Симптомы-центрированные способы. Личностно-центрированные способы. Социо-центрированные способы.

5. Способы, направленные на осознание и преодоление задач. Способы, направленные на осознание себя, своих мотивов, ценностей, целей, тяготений и пр.

6.Способы, направленные на подавление эмоций. Способы, направленные на выражение эмоций.

7.Механистические способы. Гуманистические способы.

8.Способы, связанные с индентификацией. Способы, связанные с созданием условий. Способы, связанные с проникновением в сущность.

9.Динамическая психотерапия. Поведенческая психотерапия. Опытная психотерапия.

Данный перечень может быть продолжен. Идеально видимо, что существующие подходы к систематизации способов психотерапии гораздо различаются и отражают разные основания либо критерии систематизации. В одних речь идет о определенных психотерапевтических способах, в иных – о независимых психотерапевтических направлениях. В качестве оснований для систематизации в одних случаях рассматривается цель психотерапевтического воздействия, в иных – психологические конструкции, к которым это влияние обращено, в третьих – инструменты воздействия и пр. Разноуровневый нрав этих оснований обнаруживается не только при сравнении разных систематизаций, но даже внутри некоторых из них.

Скажем, в первой из приведенных систематизаций выдается разумная психотерапия (то есть в качестве основания для систематизации избираются психологические, психические феномены, к которым обращена психотерапия). При этом больше частные способы суггестивной психотерапии включаются как независимые (речь идет о определенных приемах и техниках), либо, там же, выдается коллективная и групповая психотерапия (то есть основа – инструменты воздействия). В этом случае такая систематизация должна включать и индивидуальную психотерапию, но ее в данной систематизации нет, и пр. Из этого следует, что сам термин «способ» в психотерапии воспринимается неоднозначно.

На разнообразие значений представления «психотерапевтический способ» обращают внимание многие авторы. Александрович сделал попытку проанализировать те значения, в которых применяется представление «способ» в психотерапии. Он выделил 4 яруса либо 4 плоскости применения этого термина:

1-й ярус – способы психотерапии как определенные методические приемы либо техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и пр.);

2-й ярус – способы психотерапии, определяющие дан-

ные, в которых протекает психотерапия и которые обязаны содействовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);

3-й ярус – способы психотерапии в значении основного инструмента психотерапевтического воздействия (индивидуальная и групповая психотерапия, в первом случае инструментом целебного воздействия выступает психотерапевт, во втором – психотерапевтическая группа);

4-й ярус – способы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах жанра (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, тот, что и определяет нрав этих вмешательств (истолковывание, научение, межличностное взаимодействие).

Представлению «способ» соответствует 1-й ярус – это собственно способы как определенные техники и приемы, 2-й ярус отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает), 3-й ярус – формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий), 4-й ярус – теоретические направления.

Представляет интерес примечание вестимого психотера-

певта Граве касательно допустимой группировки способов психотерапии. Он подмечает, что от того что психотерапия направлена на преодоление заговздов пациента, то безусловно, с поддержкой одних способов психотерапевт тяготеет осознать задачи пациента и энергично их преодолевать. При этом он не ищет спрятанной мотивации и не придает задачам другого значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на сложности, которые пациент без помощи не может одолеть. При применении иной группы способов психотерапевт не помогает преодолевать задачи (скажем, при заказчик-центрированной психотерапии), а содействует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и тяготений. Если в первом случае психотерапия является подмогой в преодолении заговздов, то во втором – подмогой в лучшем понимании себя. Граве, базируясь на метаанализе существующих данных по производительности психотерапии, предполагает, что большинству пациентов необходима подмога в преодолении своих задач, а не в выявлении спрятанных мотивов.

Рассматривая, что в текущее время повышается значение искусства в жизни современного человека – больше высокий ярус образования, культуры, возрастание престижности искусства в обществе, – существуют бесчисленные способы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это способы психотерапии, основанные на це-

лебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.), б) творческой деятельности (имаготерапия и др.) и в) природы (натурпсихотерапия и др.).

В границах всякого из указанных психотерапевтических направлений появляются новые течения, подходы, формы, виды, способы, методологии, технические приемы, наименования которых неоднократно призваны отразить уникальность всего из них (Карасу), замаскировать производный их нрав по отношению к основным направлениям в психотерапии и теснее присутствующим в них способам. Это во многом объясняется тем, как примечает Шкода, что мечтой всего честолюбивого психотерапевта является создание нового, странного приема, внесение своего подлинного вклада в историю психотерапии.

Увеличение числа психотерапевтических способов в последнее время, приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверждает расположение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к цельному объекту – человеческой фигуре, сколько концентрируются на различных ее аспектах и задачах, чем и обусловлено отличие в способах психотерапии и уйма их классификационных делений.

Личностный подход в психотерапии.

Это представление отражает наиважнейший методологический тезис медицины и медицинской психологии, обычно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход – это подход к больному человеку как к целостной фигуре с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

Изредка различают личностный и личный подход. Конечно же принимает во внимание определенные особенности, присущие данному человеку. Личный подход может включать и личностный (если при этом учитываются и личностные, и соматические коляции), а может быть и больше ограниченным (в том случае, когда учитываются только какие-нибудь отдельные личностные либо отдельные соматические особенности). В совокупности личностный подход в психотерапии реализуется в 3 основных направлениях: 1) постижение фигуры больного, обоснованностей ее становления и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) контроль личностных особенностей при применении всяких психотерапевтических способов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные метаморфозы. Первые два аспекта касаются применения фактически всех психотерапевтических способов. 3-й относится к психотерапевтическим направлениям, целью которых является достижение личностных изме-

нений. Разглядим всякий из этих аспектов.

Постижение фигуры больного, обоснованностей ее становления и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий. Видимо, что в психотерапии личностный подход реализуется в полной мере. По сути психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Следственно психотерапевтическое влияние полагает познание врачом основ медицинской психологии, объект постижения которой – фигура больного. Становление психотерапии узко связано с разработкой учения о фигуры, ее механизмах, обоснованностях и расстройствах ее функционирования. Реализация личностного подхода в психотерапии полагает детальное постижение фигуры больного, особенностей его чувствительного реагирования, мотивации, поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация нужна для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, целебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики. Она нужна также для целебно-профилактической работы в соматической больнице с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их итоги. Одной из узловых задач тут является разграничение преморбидных особенностей фигуры и коляций, привнесенных заболеванием и его становлением. Иная главная задача изыскания фигуры больного состоит в определении участия психологи-

ческого компонента в генезе разных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (неврозы) либо значительная роль (другие пограничные расстройства, психосоматические заболевания), либо в которых психический фактор проявляется как реакция фигуры на болезнь, приводящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

Представление «личностный подход» является широким и распространяется на все психотерапевтические способы, в том числе и на симптомоориентированные, решающие стратегические задачи. Это обозначает, что всякое психотерапевтическое влияние (а также сам выбор способов) должно рассматривать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и чувствительного реагирования, симптоматику и обстановки, в которых она проявляется и усиливается, и т. п. Так, скажем, в суггестивной психотерапии выбор применяемых способов и их целенаправленность (внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение) зависят от особенностей фигуры больного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию и т. п.

Ориентация психотерапевтического процесса на личностные метаморфозы – это аспект личностного подхода в психотерапии и отражает целенаправленность психотерапевтической системы на достижение личностных изменений, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы зачастую называют личностно-ориентированными. Само наименование указывает, что тут представление фигуры является центральным. В личностно-ориентированной психотерапии особенно наглядно реализуется личностный подход, а ее бесчисленные способы и приемы основываются на разных теориях и доктринах фигуры (скажем, психоаналитической, гуманистической и т. д.). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в совокупности от определенной психотерапевтической школы – личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, – которая представляет собой не всеобщий подход либо всеобщую ориентацию на личностные метаморфозы, а независимую психотерапевтическую систему с собственной доктриной фигуры и личностных нарушений.

Всеобщие факторы психотерапии.

Прогресс в психотерапии в текущее время проявляется не только в разработке новых способов, но и в попытке синтеза доктрин и технических приемов, поиска больше эла-

стичной интегративной психотерапевтической парадигмы. Время покажет, насколько допустимо создание такой интегративной модели. Впрочем одной из значительных предпосылок ее становления является постижение всеобщих факторов психотерапии, характерных для ее разных направлений, форм и способов.

Востребованность определения и изыскания всеобщих факторов психотерапии сознается множеством изыскателей и практиков в области психотерапии. Этому содействовал, во-первых, поиск всеобщих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что разные способы психотерапии могут иметь огромное сходств, чем отличий; в-третьих, констатация приблизительно равной производительности лечения в отдаленном периоде (непосредственные итоги лечения могут иметь существенные расхождения) самостоятельно от формы психотерапии; в-четвертых, представления об специальной важности взаимоотношений «психотерапевт – пациент» в границах фактически всех психотерапевтических подходов.

Постижение и обзор процесса психотерапии полагает рассмотрение взаимосвязей между коллациями пациента, психотерапевта и целебного способа. Следственно и поиск всеобщих факторов психотерапии тоже связан с обзором того, что происходит с пациентом при применении самых раз-

новидных психотерапевтических подходов, что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации, какие всеобщие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве всеобщих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, традиционно указывают:

- 1) обращение к сфере чувствительных отношений;
- 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;
- 3) предоставление и приобретение информации;
- 4) укрепление надежды больного в выздоровление;
- 5) скапливание правильного навыка;
- 6) упрощение выхода эмоций.

Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами целебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), чувствительные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, содействующие успешности психотера-

пии и в большей либо меньшей степени представленные фактически во всех психотерапевтических системах.

В качестве всеобщих элементов жанра и стратегии поведения психотерапевта, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют:

1) целевую ориентацию на достижение положительных изменений;

2) внимание к взаимоотношениям «пациент – психотерапевт»;

3) сочетание тезисов «там и тогда» и «тут и теперь» (то есть применение в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента, так и с востребованным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

Всеобщие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Всеобщий поэтапный нрав либо последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменении определенных задач) особенно четко просматривается в границах психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные метаморфозы, и может быть представлен дальнейшим

образом:

- 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;
- 2) прояснение (осознавание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов образования признаков, появления чувствительных и поведенческих нарушений;
- 3) определение «психотерапевтических мишеней»;
- 4) использование определенных способов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, чувствительных, поведенческих) и приводящих в будущем к редукции симптоматики;
- 5) закрепление достигнутых итогов;
- 6) окончание курса психотерапии (в частности, решение задач, связанных с допустимой зависимостью от психотерапевта).

Показания к психотерапии

Совокупный подход к лечению разных заболеваний, рассматривающий присутствие в этиопатогенезе 3 факторов (биологического, психологического и общественного), обуславливает надобность корригирующих воздействий, которые соответствовали бы природе всякого фактора. Это обозначает, что психотерапия как стержневой либо добавочный вид терапии может использоваться в комплексной системе лечения пациентов с самыми многообразными болезнями. Впрочем удельный вес психотерапевтических воздействий, их всеобщая целенаправленность, объем и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания (индикация) к психотерапии.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также допустимыми последствиями перенесенного ранее либо нынешнего заболевания.

Особенно значительным показанием к психотерапевтической работе с определенным пациентом является роль психологического фактора в происхождении и течении болезни. Чем огромнее удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем больше показана психо-

терапия и тем большее место она занимает в системе целебных воздействий. Иными словами, чем больше выражена психогенная природа заболевания (то есть, чем больше внятна связь между обстановкой, фигурой и болезнью), тем больше адекватным и нужным становится использование психотерапевтических способов.

Показания к психотерапии также обусловлены допустимыми последствиями заболевания. Представление «итоги заболевания» дозволено конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и общественно-психологическими задачами. Во-первых, это допустимая вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей обстановкой, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция фигуры на болезнь, которая может как содействовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция фигуры на болезнь (скажем, анозогностическая либо, наоборот, ипохондрическая и т. д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими способами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и общественно-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая знакомый образ жизни пациента, может приводить к изменению общественного ранга; неосуществимости реализации и удовлетворения важных для фигуры

отношений, установок, надобностей, тяготений; изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, яруса активности и мотивационных компонентов; нерешительности в себе и снижению самооценки; образованию неадекватных клише чувствительного и поведенческого реагирования и пр. В-четвертых, в процессе долгого либо хронического заболевания допустима динамическая трансформация личностных особенностей, то есть образование в ходе повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. Абсолютно, что в всем определенном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Краткий исторический очерк

Психотерапия, как и любая иная ветвь медицины, имеет свою историю – как науки и практики врачевания.

Становление науки, в том числе и психотерапии, – не линейный, а трудный, многогранный процесс становления с зигзагами, возвратами к теснее пройденным этапам. История науки воспроизводит данный путь, прослеживает процесс накопления познаний, эволюцию идей, смену теорий, эскалацию мощи способов и полученных итогов. Она пользуется разными «измерениями», рассматривая их в контексте времени. Имея в поле своего зрения каждый спектр «измерений», история науки делает ударение на основном – на становлении обстоятельной стороны, которая представляет для нее превалирующий интерес.

При рассмотрении накопления психотерапевтических умений в хронологической последовательности их возникновения, при непрерывном внимании к оценке достижений и неудач на всем временном этапе открывается неиссякаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, доктрин этой молодой и, одновременно, ветхой ветви медицинской науки.

В истории психотерапии дозволено выделить два огромных (основных) периода. 1-й, донаучный, охватывающий тысячелетия, и 2-й – каждого два века, XIX – XX столетия – ученый период психотерапии. История отечественной психотерапевтической мысли включена составляющей частью в становление мировой психотерапии. Изложение истории психотерапии опирается на два основных критерия – внутреннюю логику становления самой науки и воздействие внешних общественно-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на становление психотерапии, как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Главной обоснованностью становления психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее целенаправленность на выработку цельной теории. Психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и др. претендовали именно на такую теорию, впрочем ни одно из этих направлений на современном этапе не удовлетворяет требованиям исключительной теории.

В границах данного издания нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на ми-

фологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными умениями учеников, надеждой в существование неестественных сил. Именно эти необъяснимые тяготения обнаружили свое выражение в многоликих и затейливых ритуалах – от невзыскательно-примитивных до крайне трудных, но неизменно окруженных ореолом таинственности. При каждом разнообразии необъяснимых подходов, будь то громкие удары гонга в египетских храмах, неистовый темп бубна шамана, хоровые пения и танцы африканских кудесников, запах и дым благовонных курений в индийских монастырях, безграничный речитатив молитв, мерцание свечей и сияние церковного убранства, итоги этих приемов и средств дуже схожи. За каждой их таинственностью нередко стояло внушение и самовнушение, прогрессирующее на фоне наведенного транса либо гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании сходственных феноменов, да и сердечных болезней в совокупности.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени появлялись научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления обычного порядка и возникли попытки соответствующего их лечения. Так, скажем, в сочинениях Сорана, жившего в Ри-

ме в царствование Адриана (II век н. э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует наблюдательно постигать оглавление неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться пригодным действием тех либо иных внешних ощущений, занятых рассказов и новостей, в период выздоровления нужно уметь убедить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, принуждая читать вслух. Уместно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, дабы таким образом опять пробудить скептическую способность... В будущем дозволено пользоваться и сценическими представлениями, способными рассеять горечь, разогнать бессмысленные страхи».

Позднее, в Средние столетия, научная мысль вообще и медицинская в частности опять оказывается во власти мистики и схоластики. Исключительно ясно это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психически и нервнобольных. Существовали подробно разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (довольно припомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Иститориусом). По каждой Европе на протяжении веков пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования, с индуцированным помешательством, охва-

тывавшими изредка целые деревни (последняя «колдунья» погибла в 1782 г.!).

И лишь в XVIII веке, во времена Великой французской революции, стимулировавшей радикальные метаморфозы каждой конструкции Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с душевными болезнями. Именно в данный период, в эру Пинеля (1745—1826), закладываются правдиво научные предпосылки последующего становления психиатрии и психотерапии. По разрешению Центрального Бюро Коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным моментом в психиатрии – к лицам с душевными расстройствами стали относиться как к обычным больным, которые нуждаются в отменном обращении и лечении. Пинель заложил основы целебного режима нахождения и условий оглавления сердечно больных, что в будущем, через полтора века послужило основными предпосылками появления научно обоснованной социотерапии, коллективной психотерапии.

В это же время, в 1776 г. была предпринята первая, крайне наивная попытка научного объяснения целебного могущества внушения в виде теории «звериного магнетизма» Месмера (1734—1815). Еще за несколько столетий до это-

го философы, алхимики и врачи уделяли крупное внимание загадочной силе магнита, притягивающего либо отталкивающего сталь. Так, Парацельс (1493—1541), тот, что впервой употребил термин «магнетизм», прикладывал магнит к телу больного, считая, что он притягивает к себе болезнь. Изредка во время лечения магнитом у некоторых пациентов появлялось мгновенное излечение. Позже гибели Парацельса теорию магнетизма развивал Ван Гельмонт (1577—1644), считая посредником притяжения и отталкивания эфироподобный дух, тот, что пронизывает все мировые тела и приводит их в движение. Месмер в основу своего учения положил магнитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и предполагал, что магнетическая сила находится в природе повсеместно и обуславливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. В 1766 г. он защитил диссертацию «О влиянии планет...», где обобщил свои умозаключения. Лишь через восемь лет позже этого Месмер начнет заниматься лечением магнитом. Скоро он примечает, что излечение может наступать и при обыкновенном прикосновении либо проведении ладоней над телом больного (так называемые «пассы»), и приходит к итогу, что магнит является лишь передатчиком специального флюида, исходящего от человека. Будучи обширно образованным человеком и любопытным экспериментатором, Месмер пытается привлечь к обсуждению полученных итогов венскую научную элиту, впрочем наталкивается на стену полного неприятия

и переезжает в Париж, куда теснее докатилась молва о его чудодейственном способе. Вообще, в конце XVIII столетия любое начинание, дабы иметь шансы на фурор и сделаться энергичным фактором в историческом смысле, должно было пройти через мировой центр – Париж. Тут Месмер обретает знаменитость, проводит коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического чана, пользуется покровительством королевы Марии Антуанетты. В 1774 г. Французская академия назначает комиссию для проверки магнетической теории. В комиссию входили крупнейшие ученые авторитеты того времени – Лавуазье, Франклин, Байли и др. Позже скрупулезного постижения вопроса и проверки данных комиссия приходит к итогу, что магнетического флюида не существует и все, что объединяли с действием последнего, может быть отнесено лишь к влиянию воображения. А чай именно в нем и заключалась действительная основа терапевтического воздействия месмеровских сеансов, которая в будущем наукой была облечена в термины «внушение» и «самовнушение». Месмер скончался в 1815 г. примерно в полной неизвестности. У него были как свои последователи и сторонники, так и противники. Но невзирая ни на что, нужно признать, что он 1-й предпринял экспериментальное постижение психотерапевтических отношений, до тех пор применявшихся только в магических навыках. В практике Месмера существовал раппорт (словесный либо невербальный контакт гипнотизи-

рующего и гипнотизируемого), впрочем он не придавал этому большого значения. Когда его ученик и сторонник маркиз де Пюсегюр в 1784 г. известил о своем открытии сомнамбулизма (особенно глубокая степень гипнотического состояния) и вероятности войти в словесную связь с магнетизируемым, Месмер теснее сталкивался с этим явлением и отмахнулся от этого факта, как от малозначительного. Он интересовался экстраординарно физиологией. Вот отчего Месмера дозволено считать зачинателем физиологического течения в объяснении гипноза.

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.