

ПРИНЦИПИ
ПСИХОТЕРАПІЇ
і
ГІПНОТЕРАПІЇ

Євген Глива
Доктор філософії

**PRINCIPLES
of
PSYCHOTHERAPY
and
HYPNOTHERAPY**

EVHEN HLYWA, M.A., Ph.D.

“Lev”
Sydney 1998

© 1998 Evhen Hlywa

This book is copyright. Apart from any dealing for the purposes of private study, research, criticism or review as permitted under the Copyright Act, no part may be reproduced by any process without written permission.

Printed in Australia by Star Printery Pty Limited

Зміст

Передмова	viii
Вступ	1
1 Встановлення генези та динаміки проблеми пацієнта	7
2 Арбітрарний поділ психотерапії.....	9
Піддержувальна терапія	9
Перевиховна терапія	10
3 Бегавйоризм	11
4 Теорія набування та психотерапія.....	17
Доллард і Міллер.....	17
Ніл Міллер	17
5 “Зосереджена на пацієнтові” психотерапія Карла Роджерса	26
6 Гіпотеза процесу терапії.....	40
7 Характеристика терапевтичної процедури	43
8 Підсумки	46
Зігмунд Фройд (Sigmund Freud 1856-1939)	49
Причини виникнення неврози	55
9 Психоаналіза та роль трансференсії.....	59
Підсумки	61
10 Екзистенціалізм.....	65
Екзистенціалізм та інші подібні системи філософії.....	67
Екзистенціалізм дев’ятого та двадцятого століть	69
Екзистенціальна психотерапія Тілліха.....	93
Габріель Марсель.....	101
Григорій Савич Сковорода.....	102
11 Гіпноза	111
Джеймс Брейд (James Braid 1795-1860)	111
Фредрік Бйорнстром (Fredrick Bjornstrom, M.D. 1833-1889).....	119
Ж. М. Шарко (J. M. Charcot)	120
Гіполіт Бернгайм (Hippolyte Bernheim, 1837-1919)	121
Зігмунд Фройд (Sigmund Freud).....	130
Отто Георг Веттерштранд (Otto Georg Wetterstrand)	137

Август Форель (August Forel).....	140
Франц Антон Мезмер (Franz Anton Mesmer)	144
12 Теорії гіпнози.....	148
Гіпноза - Це сугестія	149
Гіпноза як форма гістерії.....	149
Теорія Фрейда.....	150
Гіпноза як відношення дитини до батьків	150
Гіпноз як цілеспрямована дія.....	151
Гіпноза без границь его.....	151
Гіпноза як примітивне психо-фізіологічне функціонування.....	152
Атавістична теорія гіпнози.....	152
Гіпноза як умовний рефлекс	154
13 При досліджуванні гіпнози є багато важливих чинників.....	162
14 Гіпноза в психотерапії.....	164
15 Практичні застосування гіпнози в психотерапії.....	169
Селективність пацієнтів для гіпнотерапії	170
16 Гіпноаналіза	184
Дослідження в гіпнозі.....	187
Джон Гартланд	190
Свобідна асоціація	192
Індукція снів	193
Автоматичне писання	193
Гіпнотичне рисування.....	194
Театральна терапія	194
Техніка драми	195
Регресія.....	196
Читання кристалу або дзеркала	197
Експериментальний конфлікт.....	197
Бровн і Фром.....	198
Методи індукції регресії.....	209
Вживання процесу регресії в гіпноаналізі	209
Абреакція в гіпнозі.....	210
17 Техніка гіпноаналізи.....	213
Сугеровані галюцинації	213
18 Технічні похибки в короткотривалій гіпнотерапії.....	223
Техніка відкривання травматичного матеріялу	224

19 Болі	236
20 Інсомнія	242
21 Індукція гіпнози	244
Техніка індукції гіпнози при допомозі релаксації.....	247
Індукція гіпнози при допомозі зорової фіксації.....	249
Індукція при допомозі левітації руки.....	250
22 Техніка поглиблювання гіпнотичного грансу	251
Автоматичний рух.....	253
Викликування гіперсенситивності шкіри.....	253
Способність говорити в гіпнозі без пробудження.....	254
Сугестії галюцинацій.....	255
Фантазування та індукція снів.....	255
Дисторзія.....	256
Відкриття очей без того щоб побудитися.....	257
23 Постгіпнотична амнезія	258
Постгіпнотичні сугестії.....	258
Техніка падіння монети.....	260
24 Тести глибини трансу	268
Метода автогіпнози.....	284
25 Формування стратегії реконструкції	288
26 Фобії	299
27 Лікування болів	301
Мігрень.....	303
Психо-соматичні недуги.....	303
Бронхіальна астма.....	304
28 Вживання автогіпнози з ціллю самопомочі	306
Методи індукції автогіпнози.....	308
Вживання автогіпнози без постгіпнотичної сугестії.....	311
Головні умови та чинники, необхідні для автогіпнози - це слідуючі:.....	312
Принципи поглиблювання трансу.....	312
29 Людські вартості	314
Післяслово	322
Бібліографія	324
Іменний Показчик	331
Предметний Показчик	337

Передмова

Моїм основним завданням, пишучи ці рядки, це заінтересувати українського читача предметом психотерапії так, як я того навчився в західному світі, а при тому і віковичними питаннями; що таке людина, яка її суть; чи взагалі існує суть людини; яка ціль її життя; чи людина може вибирати собі життєву ціль, та згідно з якими критеріями; що стоїть в основі вартостей, до яких людина повинна б замірятися, а чи може вартостей, поза матеріальними, для людини, взагалі немає?

Чи життєвий шлях людини торується згідно з її бажаннями, чи може все стається без її волі та навіть без її співучасті, а вона лише як корок, безсильно несеться на хвилях океану?

Чи може навпаки, людина, завжди та всюди є вільною, щоб торувати свій життєвий шлях, нести відповідальність за вибір цілі життя, за зусилля вкладені для досягнення життєвої цілі та за успіхи чи падіння?

Подані вище питання, у формі практичних життєвих проблем, приносять люди, незалежно від їхнього віку, освіти, соціально-економічного стану, до психолога.

Він, у західному світі, уважається інституцією, який (часто після довгих інтервенцій правосуддя, соціально-економічних дорадників, геніальних лікарів та психіатрів, які мають до диспозиції модерні психотропічні ліки) повинен “скоро та правильно” розв’язати всі ті проблеми і зробити людину “щасливою”.

Мені пощастило, ще в дуже ранньому віці, стрінуться з такими питаннями, та не як з теоретичними міркуваннями, але як з пекучими життєвими питаннями, які стоять перед людиною тоді коли вона знаходиться перед обличчям смерті, і коли вона ще достатньо психічно та фізично здоровою для того, щоб могли в них зануритись.

В “нормальних” життєвих умовах відповіді на ці питання стараються допомогти розв’язати душпастирі. Але мені, сидючи з вироком смерті самотньо в бункері, припала можливість шукати всіх відповідей “в нутрі власного серця”, без посторонньої допомоги та перешкод, де я міг бути “чесним, відкритим та серйозним зі собою”, що я вважаю привілеєм.

Читач знайде у книжці нариси поглядів на повищі питання мислителів світу, філософів, психологів, теоретиків особистості та психотерапевтів.

Найбільше уваги присвячено процесові психотерапії, а особливо вживанню при тому методи яка викликає “відмінний стан свідомості”.

*Книжку присвячую пам'яті моїх Дорогих Батьків
Марії та Леоніда Гливи, роджених та передчасно спочилих в селі Носів,
Підгасцького району, Тернопільської області, в Україні.*

Подяка.

Висловлюю щиру вдячність братові Теофілеві та його дружині Каті за те, що вони безвтомно підбадьорювали мене до писання; його дочці Марійці та внукам за те, що вчили мене писати на комп'ютері. Андрієві Гаврилову за купівлю та направу комп'ютера, а вже особливо за його великий вклад праці в приготуванні книжки до друку та поміч й вказівки при готуванні покажчика.

Вступ

Поки приступлю до основної моєї теми, мушу бодай дуже схематично зупинитися над поняттям, що таке *психотерапія, специфічною формою якої являється гіпнотерапія*.

Люїс Вольберг (Wolberg, 1967, ст. 3) подає таку дефініцію: “Психотерапія це лікування психологічними засобами проблем емоційного походження, відповідно кваліфікованою людиною, коли вона створює належні-професійні стосунки з пацієнтом з ціллю щоб:

- (1) зняти, змодифікувати, або зупинити існуючі симптоми,
- (2) злагіднити шкідливі форми поведінки,
- (3) сприяти та уможливлювати позитивний ріст та прояви індивідуальності”.

Вже сама аналіза вищенаведеної дефініції вказує на те, що це своєрідна форма лікування, а такі вислови, як “перевиховування, допоміжний процес, провідництво” та інші, лиш частинно описують те, що діється в психотерапевтичному процесі.

Далі стверджується, що лікування проводиться при допомозі “психологічних засобів”; отже соматичні та фармацевтичні методи, як наприклад психотропічні ліки, психохірургія, електроконвульсія і т. п., можуть відігравати тільки допоміжну роль, у випадках необхідності. В основному вживається засоби, які належать до обсягу студій психології, при чому, крім освіти в галузі психології, психотерапії та інших споріднених науках (біологічно-природничих та соціально-філософських), необхідна теж *належна особистість та поведінка психотерапевта*, яка, згідно з дослідниками психотерапевтичного процесу, відіграє одну із основних ролей. (Мармор-Мармор, 1975, ст. 557-565).

Теперішня дефініція звучить-“...психологія-це наукові студії поведінки та ментального процесу”. (Аткінсон-Atkinson et al 1981, ст. 14):

“Психологія вивчає психіку людини і тварин... а психічні явища це відчуття, сприймання явищ навколишнього світу, запам'ятовування, згадування і уявлювання і думання про них, повідомлювання словом своїх думок іншим людям, переживання, почування, прагнення до здійснення своїх інтересів, намірів, бажань та цілей та переборювання труднощів на шляху до їх досягнення. У своїх зв'язках з навколишнім предметним світом і іншими людьми, вона

виступає як **свідома** суспільна істота, що керується у своїй діяльності певним наміром, бажаною метою”.

“ Такі явища як відчуття, сприймання, запам'ятовування, згадування, уява, мислення, почуття, прагнення і т. д., називаються психічними процесами” (Костюк. 1955).

Дефініція психології переходить великий еволюційний процес, на що вказує Аткинсон (Atkinson), і я за нею подаю декілька дефініцій:

“Психологія це наука про ментальне життя, явища та умови...Явища, які ми називаємо почування, бажання, розуміння, міркування, рішення і т. п.” Вільям Джеймс (William James, 1890).

“ Психологія має досліджувати те, що ми називаємо внутрішніми переживаннями-наші власні сенсації і почування, наші думки і бажання-в протизазі до об'єктів зовнішніх переживань, які є об'єктом студій природничих наук”. Вільгельм Вундт (Wilhelm Wundt, 1892).

“ Все свідоме, нормальне та ненормальне, людське та тваринне є об'єктом психологічного дослідження.” Джеймс Антел (James Angel, 1910).

“Для бегавйориста, психологія-це частина природних наук, яка займається поведінкою-ділами, словами, набутими та природніми-як своїм предметом”. Джон Вотсон (John B. Watson, 1919).

“Тимчасова дефініція психології, можемо сказати, це наукові дослідження поведінки живих створинь в їхньому відношенні до зовнішнього світу.” Курт Кафка (Kurt Kafka, 1925).

“В загальному сказавши, психологія намагається відкрити загальні закони, які пояснили б поведінку живих організмів. Вона (психологія) намагається встановити, описати та пояснити декілька зразків поведінки, на яку спосібні звірі, люди та інші”. Артур Гейтс. (Arthur Gates, 1935.)

“Нині психологія є популярно дефінійована, як “наука про поведінку”. Цікаво адже, що значення слова “поведінка” так значно поширилося, що тепер воно включає “переживання”, і такий приватний та суб'єктивний процес, як думання.” Норман Ман (Norman Mann, 1951.)

“Психологія дефініюється, як наукова студія поведінки. В її об'єкт включені процеси поведінки за якими спостерігається, як от жест, мова, фізіологічні зміни, та процеси, які можна тільки виводити, як думання.” Кенет Кларк та Джордж Мілер.

(Kenneth Clark and George Miller, 1970.)

“Психологія це наукова аналіза людського ментального процесу та структури пам'яті з ціллю розуміння людської поведінки.” Річард Меєр. (Richard Mayer, 1981.)

Ще більш інтенсивну еволюцію переходить дефініція психотерапії.

Люїс Вольберг (Lewis Wolberg 1967, ст. 8-10), цитує 26 дефініцій психотерапії, а Річі Генрік (Richie Herink-в“*The Psychotherapy Handbook*”, Meridian, 1980), описує більше як 250 метод психотерапії вживаної в США.

Тож видно, що не без причини, Адріян ван Каам (Adrian van Kaam 1969, ст. 168) пише, що “...зрізничкованість поглядів це надійна ознака пошуків”, бо “..овоч складності питання стоїть перед нами”, а дальше, “Якщо коли-небудь буде точне знання психології людини, то не останеться правдивих психологів, бо вічні людські зусилля росту в розумінні людини-будуть захищені в закритій системі. А це принесло б знищення скромного визнання, що ми всього не знаємо та, що ми ніколи точно всього знати не будемо, що є до пізнання про людську психологію...”, але, що “... погашення належної скромності, принесло б смерть науці, як творчій заповзятливості.”

Вольберг (Lewis Wolberg 1967, ст. 46), вказує на те, що для успішної психотерапії необхідними є наступні чинники;

1. Належна процедура комунікації з пацієнтом. Крім того, що терапевти з різних терапевтичних систем мають дещо відмінний підхід до інтерв'ю, то в загальному, терапевт мусить бути селективним, тобто-він мусить концентруватися на темах, які мають певне відношення до недуги пацієнта, що не легко належно устійнити при початковому інтерв'ю. Коли терапевт вже навіть посідає інформації відносно недуги пацієнта від лікаря чи від інституції, яка даного пацієнта реферує, то він все-таки зобов'язаний, вичерпно, не перериваючи, вислухати пацієнта, а відношення та вартість досягнутого матеріалу, вимірюється завжди векторністю та інтенсивністю емоцій. Для успішного спілкування, терапевт мусить вживати мову повністю та легко зрозумілу пацієнтові. Він мусить бути спосібним теж “відшифрувати” безмовне спілкування, та “правильно відчитувати” вирази обличчя, й конфігурацію і рухи тіла; він мусить запримітити та прийняти відповідні міри до “оборонної” настанови пацієнта, а також вдержувати відповідний хід спілкування, та належно його закінчити.
2. Анамнестичне інтерв'ю повинно вкинути світло на: Генезу недуги та процес її розвитку; чи та недуга постала раптово та чи в різкій формі; чи може вона розвивалася повільно та протягом довгого часу і ніколи не проявлялася в гострій формі.
Чи чинники, які впливали на розвиток недуги, були масивні чи мінімальні; більш чи менш важливі; внутрішньо-психічні чи інтер-персональні, або-чи були, та у якій мірі, певні впливи оточення, подій та явищ у світі.
3. Інтерв'ю повинно дати терапевтові можливість розпізнати ступінь стабільності особистості пацієнта; його здатність зарадити собі в різного роду життєвих ситуаціях; його інтелігентність, освіту та інтелектуальні зацікавлення; його статевий розвиток та статеву активність; його економічну діяльність та соціальний і родинний стан.

4. Інтерв'ю повинно уможливити терапевтові устійнити відносні ролі тривоги та особистих способностей адаптуватися до життєвих умов, а також установити генезу проблеми пацієнта, бо все це уможливить терапевтові належно зосереджуватися на відповідних пунктах.
5. Інтерв'ю повинно теж вказати на ролю зовнішніх чинників в генезі та в розвиткові недуги, таких як економічно-фінансових, професійних, та на інші важливі впливові індивідуальності в його житті і т. п.
6. Успішне анамнестичне інтерв'ю уможливить терапевтові вибір правильної стратегії; бо коли наприклад, історія вказує на різке та на недавнє захворювання та на чинники, які впливають на розвиток недуги, у людини з відносно позитивною структурою особистості, тоді можна сміло припустити, що вона зможе перебороти свої труднощі у відносно короткому часі, очевидно при відсутності негативно впливаючих середників та з поміччю коротко-термінової психотерапії та гіпнотерапії.

Але коли анамнеза вказує, що недуга розвивалася довгий час, та у людини зі слабою структурою особистості, з неадекватними міжособистими стосунками, з почуттям меншевартости та з багатьма психо-соматичними недугами-тоді необхідно буває доглибинна психотерапія з наміром реконструкції особистості та з відповідними перевиховними вишколами.

Коли ж історія недуги вказує, що причиною захворювання являються міжособисті відносини, з великим впливом на пацієнта іншої людини, а особливо члена родини-тоді необхідною є застанова над можливістю родинної чи групової терапії.

7. Психодинамічне розуміння та структура особистості пацієнта уможлиблюють терапевтові вибір найбільш придатної стратегії терапії. Тому при збиранні історії недуги, треба теж звернути увагу на те, чи пацієнт є "штивний" у своїй поведінці, чи надто компульсивний в актах, чи може навпаки, надто само контрольований; чи він має тенденції ізолюватися від інших людей; чи він є емоційно зрілий, а може він імпульсивний та з дефективним "суперегом", чи не страждає він недовір'ям до свого докілья та браком самовпевнености і т. п.
8. Притому треба завжди пам'ятати, що вже від самого початку-тобто від першої зустрічі з пацієнтом-терапевт мусить зайняти терапевтичне ставлення до пацієнта, бо збирання інформацій не сміє бути самоціллю. Ще гірше буває тоді коли терапевт у невідповідний спосіб потрактує подані йому інформації, бо тоді пацієнт може ніколи тих інформацій нікому не повторити. Терапевт, збираючи належні інформації, не сміє давати інструкції чи "говорити до пацієнта", а мусить створювати умови для свобідного діалогу.
9. Без відповідних психотерапевтичних стосунків між лікарем та пацієнтом, терапевтичний процес не є можливий і слід теж пам'ятати,

що техніка таких стосунків не завжди доступна кожній людині. Терапевт мусить мати довір'я до пацієнта, розуміти, що пацієнт посідає природні способності робити власні рішення, творити акти, та бути вповні відповідальним за свої вчинки. Терапевт мусить пробуджувати надію в пацієнта на його покращення та віру, що терапевт йому помагає, його розуміє, йому співчуває та з ним переживає все в такому ступні, як і сам пацієнт.

Для повнішої характеристики таких психотерапевтичних співвідношень я використаю Роджерса (1942, 1951).

Роджерс (1951, ст. 19), не згідний з пропонентами, що техніка психотерапії являється однією із важливіших чинників в успішній терапії, і говорить: "Правильно висловлюючись, терапевт в успішній *класнт-центред* терапії, мусить природно володіти належними відносинами до пацієнта, які втілені в його особистості та у його системі відносин необхідних в психотерапії".

(підкреслення мої, Є. Г.)

Терапевти, які стараються вживати методу яка противиться їхнім особистим прикметам, пересуджують вислід психотерапії на невдачу, хоч методи імплементації особистих відносин в терапії є теж немаловажні і можуть відповідно бути вжиті тільки згідно з досягнутою технікою.

Питання, які він ставить на сторони 20;-чи терапевт мусить природно посідати належні риси характеру, чи пак можна, при допомозі тренування, потрібні черти осягнути-він відповідає, що тренування є лише допоміжне у виховуванні відповідних характерів.

Дуже важливим чинником у психотерапії є ставлення терапевта до пацієнта як до повноправної та до повноцінної людини; тобто, чи він бачить інших людей, а особливо пацієнтів, як достойних, гідних, повноцінних, та наскільки це проявляється в його поведінці; чи часом терапевт сублімально не посуджує пацієнта, чи на правду респектує індивіда завжди, без огляду на його жалюгідний стан і твердо вірить в його способності та в його виключне право вирішувати власну долю, а ні на мить не припускає, що це "може було б краще коли б цей індивід керувався волею, досвідом та розумом більш компетентної людини".

Потрібно доброї застанови та самооцінки терапевта над питанням чи, та наскільки, в нього буває бажання домінувати над іншою людиною. Чи терапевт справді згідний щоб, кожна людина вибирала собі вартості, і згідно з ними робила рішення та діяла, навіть тоді, коли такі вартості різко відрізняються від вартостей терапевта.

" Терапевт приймає іншу людину настільки, наскільки цей принцип вріс в його особисту структуру"(Роджерс, 1951 ст. 21); або наскільки терапевт вірить у здатність пацієнта конструктивно давати собі раду в усіх життєвих аспектах, які приходять у його свідомість, тобто коли він вірить у його компетентність та у виключне на це його право. Всякі сумніви у повновартості пацієнта як людини,

будуть тільки затримувати його прогрес в терапії, а тому дуже необхідною є послідовність. Терапевт мусить вистерігатися накидування власної волі та думок пацієнтові і мусить лишати йому свобідну дорогу”. (Роджерс, 1951, ст. 27.)

Дальші завдання терапевта це вияснювання емоцій пацієнта; його почувань до певних явищ, що і вказує пацієнтові, що терапевт не байдужий до нього але, що він разом з ним працює, а не є лише пасивний (а ще гірше критикуючий) обсерватор, але, що терапевт емпатичний, бачить очима пацієнта та стає його “альтернативним егом”.

Емоційне заглиблення терапевта в проблеми та в почування пацієнта мусить мати відповідні границі та терапевт мусить належно контролювати свою автентичність.

Така самоконтроля терапевта не тільки вказує пацієнтові, що він зобов’язаний робити власні рішення та нести за них відповідальність, але вона теж дає йому почуття безпеки, бо він відчуває, що має до діла зі зрівноваженою, відповідальною, та самоконтрольованою людиною.

Намагання терапевта приспішити хід інтерв’ю, або уживати коерції-строого забороняється.

Встановлення генези та динаміки проблеми пацієнта

Всі системи психотерапії намагаються пояснити причини виникнення емоційних труднощів пацієнта та всі знаходять їх в різних джерелах, починаючи від чогось подразнюючого в оточенні, чи в особистих стосунках, до несвідомого включно, яке не тільки викликає тривогу, але часто і цілковито унеможлиблює належне відношення до реального життя.

Вже сама свідомість причини захворювання, часто (але не завжди), уможлиблює пацієнтові звільнитися від негативних наслідків та ставати на шлях реабілітації.

Хочу відразу відмітити, що бегавйористи менше присвячують уваги вивченню чи розумінню генези недуги, а більше присв'ячують уваги тактиці перевиховання, мотивуючись досвідом, що дуже часто сам вгляд та розуміння генези недуги не вистарчає для того, щоб досягнути здорового стану, бо вже навіть сама, хоч невластива поведінка, яка увійшла у систему особистости, без відповідного перевиховання та тренування, залишеться перепорою здорового способу поведінки та відношення до життя.

Невід'ємною перешкодою в процесі терапії, і то майже на всіх її етапах, це несвідомо творена "резистенція" пацієнта, яка проявляється в різних формах, починаючи від "саботажу", вже при установленні терапевтичного співвідношення, стараючись провокувати конфлікт, а далі не допускати до шляхів відшукування генези недуги, через "втечу у здоров'я", акторство та при допомозі різного сорту вторинних користей та пільг.

Терапевт, крім поведінки пацієнта, мусить мати на увазі і свою власну поведінку, негативні аспекти якої, знані як "контр-трансференс", і які завжди принесуть не тільки цілковиту руйну терапевтичному процесові та унеможливають дальший терапевтичний процес, але можуть принести і також дуже серйозні правні та моральні наслідки, які зруйнують його психотерапевтичну та і особисту кар'єру.

Правильна настанова та відношення терапевта до пацієнта є необхідною передумовою до досягнення позитивного результату.

Вольберг (1967, ст. 51), вказує на факт, що "...навіть найдосконаліший вишкіл та довголітній досвід, не зможе належно компенсувати відсутності необхідних особистих якостей терапевта, без яких жодна техніка чи метода, не буде успішною в терапії". Емфатія, м'якість та виrozumілість сильно впливають на поведінку пацієнта, і терапевт, в такій атмосфері, зможе сягати до відкриття переживань, які звичайно викликають тривогу в пацієнта, і які для свідомості остаються репресованими і недоступними.

Належно прийнятий "катарзіс" часто переконуює пацієнта, що він є спосібний щоб толерувати певні його травматичні переживання в минулому, зрозуміти обставини та механізм, який викликав в нього невроту, й евентуально інтегрувати травматичні переживання як "історичне минуле".

Відповідні терапевтичні відношення терапевта служать теж пацієнтові, як модель для поведінки в його природному оточенні; пацієнт буде сміливіший та буде більш впевнено спілкуватись і почуватись щасливішим у своєму оточенні.

Дзюд Мармор (Judd Marmor, 1975, ст. 557-565) , докazuje, що всі форми динамічної психотерапії є характерні слідуєчими спільними рисами;

1. Правильним співвідношенням між терапевтом і пацієнтом, яке викликає довір'я, розвиває діалог між ними, бо терапевт проявляє правдиве зацікавлення та повагу і емфатію до пацієнта та намагання йому допомогти.
2. У такій атмосфері пацієнт відчуває себе свобіднішим, бо терапевт бере участь у розв'язуванні його проблеми та дає йому надію на покращення його стану та на його самопочуття.
3. Під час терапії пацієнт досягає належного вгляду та розуміння причин його труднощів та захворювання і старається їх неутралізувати та виелемінувати.
4. Пацієнт переходить оперативну реконструкцію своєї поведінки і при тому він максимально використовує емоційну підтримку від терапевта.
5. Пацієнт використовує сугестії та переконуювання терапевта, бо помимо так званої неутральности терапевта, пацієнт інтуїтивно стається свідомий вартостей терапевта.
6. Пацієнт ідентифікується з терапевтом і він служить йому моделем бажаної поведінки.
7. Терапевт дає нагоду пацієнтові імплементувати покращення його стану у природних життєвих ситуаціях.
8. Навіть у відсутності терапевта, пацієнт відчуває його емоційну піддержку.

Пропорційність вище наведених восьми елементів у психотерапії залежатиме від обсягу різних терапевтичних проблем, теоретичних поглядів терапевта, психічного стану пацієнта та якісних спосібностей терапевта.

Арбітрарний поділ психотерапії

Психотерапію можна поділити на:

1. Піддержувальну.
2. Перевиховну, та на
3. Реконструктивну.

Мушу, однак, відразу підкреслити, що помимо того, що цілі цих трьох форм являються далеко неспівмірні, то в практичному вживанні, вони нерідко переплітаються, схрещуються а також і виелемінуються.

Піддержувальна терапія

1. Піддержувальна метода може бути вживана як основна ціль, або як похідна в перевиховній та в реконструктивній терапіях.
2. Як короткотермінова метода, коли людина зі здоровою особистою структурою, піддалася впливові особливого та наглого тиску.
3. Як довготривалий спосіб вдержування пацієнта в гомеостазі, коли структура його особистості є надто крихка, нестабільна та має характерологічні недотягнення.
4. Як методу для підкріплення особистості, з ціллю можливості імплементації більш досконаліх форм терапії.
5. Як обмежене вживання в доглибинній терапії, в той час, коли пацієнт переживає надмірну для нього тривогу та тиск на його особистість.

Основним завданням піддержувальної терапії це якнайскоріше приведення пацієнта до емоційної рівноваги та до усунення симптомів, підсилення існуючих оборонних механізмів, та (або) створення і удосконалювання нових.

І хоч при тому немає цілі реконструкції особистости, але пацієнт, освободившись від надмірної тривоги, стає спосібним, та може приймати міри, які у загальному бувають в обсязі перевиховної та реконструктивної терапій.

Звичайні процедури в піддержувальній психотерапії є:

- маніпуляції в оточенні,
- екстерйоризація заінтересувань,
- престижеві сугестії,
- переконування та запевнювання,
- інспіраційна групова терапія та інші .

Для пацієнтів в яких відсутня мотивація до життєвих співучастей, для психопатологічних особистостей та для ментально-дефективних, це може бути тільки одинока альтернатива. Госпіталізування, формування терапевтичних груп, метою яких було б встановлення якогось соціального співвідношення та хоч якесь дочасне відпруження для родини, це основні цілі піддержувальної терапії.

Екстерйоризація зацікавлень буває необхідністю при лікуванні пацієнтів, для яких їхні симптоми та “власне я”, являються ключовою точкою уваги. Це теж відноситься і до людей страждаючих депресією, особливо реактивною, а також і до людей, які мають хронічну тривогу.

Їх необхідно якнайскоріше повернути до зайнять, які колись становили щось важливе у їхньому житті, а коли це не можливо, з різних причин, тоді треба їм допомогти заінтересуватися чимось новим, і тут можна мати на увазі спорт, забави, огородинцтво, колекціонування поштових марок, монет, журналів і т. п.

Окремі галузі при процесах екстерйоризації це :

1. Професійне навчання або перевишкіл.
2. Музична терапія.
3. Танці та ритмічні вправи.
4. Поезія та соціальна терапія, у якій беруть участь пацієнти, котрі, внаслідок недуги, стали соціально ізольованими.

Перевиховна терапія

Ціллю перевиховної терапії є безпосередня модифікація поведінки при допомозі позитивної підтримки й особистого ставлення, з наміром підвищення життєвого потенціалу, модифікування цілей та пристосування до оточення пацієнта.

Тут мова йде про ремодельовання життєвого стилю при допомозі інтерпозиції терапевта між пацієнтом та його невротичною поведінкою, та спонукуванням пацієнта до перевірки його міжособистих співвідношень, з ціллю, щоб віднайти генезу та шляхи набування негативної поведінки та, щоб замінити її позитивною.

При тому завжди треба пам'ятати, що таку переоцінку вартостей, та шлях і методу до їх імплементації може належно зробити тільки кожна людина сама для себе, а не постороння, включно з терапевтом.

3

Бегавйоризм

Одна з найбільш популярних перевиховних метод у США-це бегавйоризм.

Бегавйористи вважають, що невроза постає внаслідок невластивого способу мислення, почувань та поведінки, і викликається непримемними явищами та ними підтримується та, що набута невластива поведінка входить в звичку, якої не легко позбутися але, що такий модель поведінки можна замінити безпосередньою маніпуляцією стимулів та чинників, які викликали цей невластивий стиль поведінки, і для осягнення цієї мети, бегавйористи користуються відповідно опрацьованою технікою та методами.

В розвитку та в удосконаленні згаданої методи, великий вклад дали:

Вольпе, Скінер, Штатс і Штатс, Бандура і Волтерс, Бандура, Айзенк, Джонс, Єйтс, Макс, Маврер і Маврер, Гільгард, Кімбе, Лазарус, Ланг і Лазовіч та багато інших.

(Joseph Wolpe, 1948-1973; B. F. Skinner, 1953, 1968, 1969, 1974; Staats and Staats, 1963 ; Bandura and Walters, 1973; Bandura, 1975 ; Eysenck, 1960, 1961 ; Jones, 1924 ; Yates, 1939 ; Max, 1935 ; Mowrer and Mowrer, 1942 ; Hilgard , 1956 ; Kimbe, 1961 ; Lazarus, 1961; Lang and Lazowic , 1963).

Всі вони користуються гіпотезою, що все, чого можна навчитися-можна й відучитися та, що їхня основна ціль, це усунення симптомів та невластивої поведінки, при допомозі метод опрацьованих в лабораторії та випробуваних на тваринах, бо їхня (тварин) поведінка не є комплікована людськими елементами, а є стабільніша й вона більше піддається належній контролі.

Рациональною підставою такої методи служить теорія набування.

(Дивись Гільгард, 1956 ; Кімбел, 1961; Вольпе, 1956)

Теорія набування, чи засвоювання, в найпростішій формі, досліджує умови, в яких пов'язуються відповідно стимулюючий чинник з реакцією. Після засвоєння, стимул та реакція поєднуються в такий спосіб, що поява стимула відразу викликає належну реакцію. Засвоювання стається при дотримуванні точних психологічних принципів, але не треба забувати, що практика не завжди буває досконалою.

Поєднання стимула з реакцією можна підкріпити тільки при особливих умовах, в яких засвоювач почуває себе приневоленим відповідно реагувати. Він мусить бути винагороджений за свою реакцію, в присутності натяку. Кажучи простіше, щоб щось засвоїти, треба чогось бажати, щось треба мати на приміті, щось треба зробити, та щось досягнути.

Складниками які відіграють роль в теорії набування являються-гін, натяк, реакція та винагорода.

Ці процеси були уважно досліджені, і вони стаються згідно зі стислими принципами, але внаслідок елементу людської поведінки, яка не є досконалою, часто появляються різномірні ускладнення.

Навички-це головний елемент дослідження в теорії набування. Вони з'являються внаслідок асоціації між стимулом та реакцією. Слід теж відмітити, що реакції відбуваються під впливом не тільки зовнішніх, але теж і під впливом внутрішніх стимулів.

Сума таких навичок являється основними складниками структури особистости, але їх конфігурація залежить від особливих подій, які сталися в житті окремого індивіда, і тому не є стабільною.

Переважає більшість звичок є результатом внутрішніх стимулів, які носять характер та силу гонів, але вони також стаються і внаслідок вокальних стимулів та під дією зовнішніх чинників.

Вплив первинних гонів, як мотивів поведінки, ускладнюється великим числом вторинних гонів, які поступово виявляють свою присутність, і звичайно, є соціально зумовленими, а це такі, як наприклад тривога, сором, честь, шляхетність, героїзм, бандитизм та інші бажання чимось себе проявити, і т. п.

Вторинні гони в немовлят, з'являються внаслідок таких жестів матерів як усмішка, обійми, поцілунки, бо дитина породжується на світ із дуже обмеженим числом специфічних рефлексів у відповідь на особливі стимули, але щойно пізніше з'являється успадкована ієрархія реакцій, особливо вживана з ціллю захисту немовлятка, а далі появляються внутрішньо стимульовані первинні гони які мають належне відношення з фізіологічними процесами.

Кожний сильний стимул може посідати властивості гону і викликати та унапрямувати поведінку. Важливою є ієрархія реакцій, і коли вони з'являються у відсутності створених навичок, тоді про них можна говорити як про успадковані в спрощеному організмі. А коли такі реакції ускладнюються іншими набутими реакціями, тоді про них можна висловитись, як про результатні.

Розвиток ієрархії реакцій тісно пов'язаний з мовою. Деякі із них являються прямою реакцією на дані слова такі як "загроза, батько, мати, пересторога" та інші, в залежності від культурального середовища та ієрархії вартостей.

Зформована реакція та її послідовна доля залежатиме від потічних подій. Реакції, які були спроможні викликати первинне, чи навіть вторинне

підсилення, при належних умовах повторюються, а в протилежному випадку будуть діяти погашаюче.

Внутрішні реакції, які викликають гонові стимули, можуть прикріпитись до нових оригінальних сигналів, згідно з тими самими принципами набування, які володіють формуванням та погашуванням навичок. Гонові стимули, ініційовані внутрішніми стимулами, діють так само, як і інші сигнали, незалежно від їхнього походження.

Стимули викликані реакцією можуть служити як вторинний гін, тобто вони будуть стимулювати організм реагувати, а це, в свою чергу, буде підсилювати реакції споріднені з уменшенням тиску гонів.

Тому, що самопізнавальний процес терапії, а тим більше реконструктивні процеси особистості, вважаються занадто складними та довгими, але *не завжди успішними*, то технічний підхід до модифікації поведінки, вважається бегавйористами більш раціональним.

Серед бегавйористичних метод можна назвати такі процедури:

1. Десенсетизація.
2. Процес погашування.
3. Негативне підкріплення.
4. Противо-обумовленість.

Бегавйоризм, згідно з Вольпе, є так старий, як старинними є намагання замінити невласливу поведінку більш відповідною, але наукову підставу бегавйоризмові, дали Скінер і Ліндсей (1954); Айзенк (1959, 1960, 1965); а Джозеф Вольпе остаточно її оформив та систематично представив у Практиці Бегавйор Терапії-“The Practice of Behavior Therapy”(1973).

Вольпе (1973, ст. 53) пише: “Бегавйорист переконаний, що поведінка людини являється суб’єктом каузальної детермінації, в такій же самій мірі, як це є в поведінці падаючих об’єктів, або у ростові рослин. Наприклад, людина зупиняється на роздоріжжі, незнаючи котру дорогу повинна б вибрати. Виявляється, що невідклично його вибраною дорогою буде та, яка буде результатом конфліктних тенденцій. Сила кожної тенденції це, властиво, функція формуючихся реакцій, викликаних внутрішніми та зовнішніми стимулами, ефект яких залежатиме, в першу чергу, від характеру попередньо набутих невральних вузлів. Тобто від існуючої структури навичок.”

У загальному, відношення бегавйор-терапевта до пацієнта має *детерміністичний погляд*.

Бегавйорист вважає пацієнта продуктом генетичного успадкування, та суми впливів на нього, його переживань.

Кожне оточення, кожний стимул, по черзі набування, модифікував характер реагуючого організму, в більшій, або в меншій мірі.

Відношення, думки, мова та емоційна поведінка, були різними шляхами, та до різного ступеня оформлювані інтерацією організму з його оточенням.

“Тому що пацієнт не має можливості вибирати чим він хоче бути, тому і не вільно його обвинувачувати, що він стався спотвореним, або за його жалюгідний стан”(там же).

Бегавйор терапія має свої початки в експерименті Вотсона і Райнера які в 1920 році, в лабораторії, експериментально увели дитині страх перед білим щуром, який згодом поширився на всі об'єкти покриті шерстю і той експеримент знаний як експеримент з “Малим Альбертом”.

Метою дослідників було експериментально довести, що такий страх можна успішно лікувати чотирикратним способом;

1. Через пряме погашення страху.
2. При допомозі конструктивної діяльності біля об'єкта страху (щура).
3. При допомозі винагородження дитини солодощами в присутності об'єкта страху.
4. Через стимулювання еротичних зон в присутності щура.

Мері Ковер Джонс (1924), успішно використала третю методу при лікуванні “Пітера”, страждаючого фобією, який для неї представляв один із найбільш “серйозних захворювань”.

Вона прийняла гіпотезу, що коли дитина споріднить зайчика, який його покусав, з чимось приємним, то вона зможе позбутися страху перед зайчиком та, мабуть, й іншими звірятами, і тому вона кормила проголоджену дитину, приємними та смачними харчами в присутності зайчика, якого поступово наближували до дитини під час кормлення, що і остаточно відняло страх у дитини до зайчика та й до інших звірів.

На відміну до приємних метод, Макс (1935) та Маврер і Маврер (1942), вживали відразливої, огидної та навіть болючої методи. Макс давав електричні шоки гомосексуалістам, а Маврер спрецизував електричний дзвінок, яким він лікував енурезу.

Бегавйоризм, в основному, використовував експерименти Івана Павлова, знані на заході, як клясичне зумовлювання; праці Вотсона (1916, 1925) , в яких він теж обстоював тезу, що поведінку необхідно вивчати при допомозі метод, застосовуваних у природничих науках, а не вживати інтроспективної методи; праці Едварда Тгорндака (1911, 1932), у яких він досліджував процес виховання при допомозі “винагороди і кари”, та “закону впливу”; теорію набування Клярка Голла, та інші.

Вольпе вважає, що ключову роллю в неврозі відіграє тривога (страх), яка теж поширюється згідно з теорією набування, і тому він вважає необхідним впевнити пацієнта, що:

1. Пацієнт не є божевільний та, що йому божевілля не грозить.
2. Що поведінка та, всі реакції пацієнта, є йому вповні зрозумілі та він їх пацієнтові, в деталях, об'яснює.

3. Що намагання пацієнта, при допомозі впертості, побороти власні почуття тривоги та страху, є засуджені на невдачу, але, що такі почування будуть знешкоджені при допомозі експозиції до відповідних стимулів.

Інтелігентним пацієнтам терапевт описує, як подібні реакції викликаються у тварин та як вони лишаються невротиками так довго, як цього бажає експерименталіст та, що він виліковує тих тварин методами, які мають основу в теорії набування та, що подібним шляхом, лікується неврозу людини, тобто при допомозі техніки спрецизованої в лабораторіях.

Вольпе, разом з Гансом Айзенком, Альбертом Бандурою, Річардом Волтерсом та багатьма іншими своїми послідовниками та однодумцями, вносять в психотерапію погляд, що методи набування встановлені в лабораторних умовах, є вповні вистачаючими щоб спричинити та пояснити виникнення багато явищ в людській поведінці.

Вольпе (1973, ст. 9), обстоюючи статус бегавйор терапії, вказує, що терапевт має право абсолютної контролі та відповідальности за процес терапії, починаючи від плянування, через тракт та модифікацію (якщо такої потрібно). Терапевт прекрасно бачить прогрес, який постав в наслідок відповідних терапевтичних прийомів, тому він може завжди інтервенювати, а “не бути тільки пасивним глядачем із надією на покращення поведінки пацієнта, в наслідок його зусиль”.

Право інтервенювати раціонально, згідно з передбаченнями, служить яскравим контрастом до непевності, яка існує в традиційній психотерапії, де процедура зосереджується на внутрішньому процесі, який, згідно з припущенням, є відповідальним за невластиву поведінку”.

Він теж твердить, що крім психотерапевтичного співвідношення, яке є необхідним в кожній психотерапії, бегавйоризм має спрецизовані методи, які роблять його “досконалішим в виелемінуванні неврози та, що статистика свідчить, що добре вишколені бегавйор-терапевти, в результаті мають близько 90 процентів успіху та, що бегавйор-терапія є ефективна при лікуванні всіх форм неврози”(Вольпе, 1973, ст. 10).

Науково-теоретичний ґрунт бегавйор терапії, знаходиться в біологічних науках, а тому бегавйоризм належить до стислих наук. Отже тому невдача в бегавйортерапії стається лише в наслідок невластивого підходу терапевта, а не, як твердять фрейдисти, в наслідок “резистенції” пацієнта.

Вольпе теж вважає, що терапевт має право *рішати моральні, правні та релігійні питання* “... в ім'я людського щастя”, хоч він тут же додає, що терапевт мусить “...відмежовувати принципи своїх моральних вимог від принципів пацієнта, (Вольпе, 1973, ст. 12). Дальше (там же, ст. 13) Вольпе настоює, що пацієнт надіється, що він повинен робити те, що “...людина з медичними кваліфікаціями рекомендує, бо вона тут являється експертом.”

“Складна людська поведінка, неадекватності та недоліки, які відносяться до психіатрії, це є справа секвенцій стимулів та реакцій за посередництвом нервової системи.

- Реакція-це явище поведінки.
- Стимул-це предтеча реакції.
- Сенсорні подразники являються зовнішнім джерелом енергії, яка активізує аферентний нерв.
- Кожна секвенція реакцій служить подразником для наступних реакцій. Активність являється реакцією у відношенні до нервових імпульсів, які їх попереджували та до сенсорних стимулів, які могли теж бути їхніми подразниками” (там же, ст.14).

Вольпе теж вважає, що всі набуті навички, несприятливі для організму, являються легітимним об’єктом бегавйор-терапії, і тут треба мати на увазі такі принципи набування, як противо-зумовлювання, підсилювання та погашування.

“Противозумовлювання принципіально, є найбільш широко вживане в лікуванні людської неврози” (там же, ст. 16).

Реципрокальна інгібіція базується на такому принципі: “Коли реакція послаблююча тривогу може статися в присутності стимулів викликаючих тривогу, то вона послабить зв’язок між подразником та тривогою”(там же, ст.17).

У бегавйор-терапії, широко застосовується процес релаксації, базований на працях Едмунда Дзякобсона (1974), Павлова (1927), та Теплова (1956).

Асертивність особистих прав пацієнта, до певної міри, відбувається разом з погашенням тривоги та досягненням релаксації, яке одночасно послаблює тривогу.

Серед метод, вживаних в протизумовлюванні тривоги, вживаються моторні реакції, електричні стимули в різних варіаціях та процес “флядінг”(затоплювання).

Подібні методи вживається у лікуванні компульсій, фобій та звичок.

Теорія набування та психотерапія

Доллард і Міллер

Мабуть на особливу увагу, у відношенні до психерапевтичної практики, як теж і теорії особистості в США, заслуговують праці Долларда і Міллера, знані як “Теорія Набування та Психотерапії”, або теж як “Теорія стимулюс-реакція.”

Джон Доллард (John Dollard), закінчив Вісконсінський Університет, а в Університеті Чикаго, зробив докторат з соціальної психології, а потім займався дослідною роботою в Німеччині, а в Берлінському Інституті Психоаналізи, перейшов відповідний вишкіл з психоаналізи

В 1923 році він був прийнятий членом Інституту Людських Відношень при Єльському Університеті, де він присвятив особливу увагу соціологічним та антропологічним проблемам, у відношенні до психології та психотерапії. Під час Другої Світової Війни, був дорадником міністерства війни в справах психологічних, а також працював як психотерапевт та давав вишколи психотерапевтам. Він знаний як такий, що посідає велике знання з теорії та практики психотерапії.

Ніл Міллер

Ніл Міллер (Neal E. Miller), студював в університетах Вашингтон, Станфорд та зробив докторат в Єйль університеті. Перейшов вишкіл психоаналізи у Віденському Інституті Психоаналізи та був директором Дослідницького Інституту Психології для Американської Армії та для авіації. Його особливі заінтересування були в ділянках щоб зрозуміти поведінку людини в конфліктах, в набуванні гонів та в умовах підсилювання.

Доллард і Міллер старалися перенести певні спостереження з лабораторій до практичної психотерапії та внесли великий вклад в розуміння психології страху та процесу думання.

Для них успішність психотерапії вважається неможливим без основного знання культуральних обставин пацієнта .

“Культура, так, як вона збагнута науковцями соціальних наук, є виявленням проєкту та дороги про людський пошук винагороди, яка

наспіє та про якість реакцій, які будуть винагороджені. В тому смислі культура рішає чого треба вчитися. Таке твердження стає легко зрозумілим, коли візьмемо під увагу дві різні спільноти. Та навіть і в тій одній спільноті, плутанини, в яких знаходяться два окремі індивіди, хоч можуть здаватися подібними, фактично дуже відрізняються... Жодна аналіза особистості двох людей, не може бути досконалою, якщо вона не візьме під увагу культуральних різниць, тобто різниць типів реакцій, які заслуговують на винагороду."

(Міллер і Доллард, 1941, ст. 5-6)

Поведінка, згідно з ними, набувається і стається автоматичною та безволевою. Гони та натяки функціонують так, що викликають відповідні реакції та при допомозі підсилювачів, діють як підсвідомі навички; при особливих умовах, людські дії можуть бути окреслені та контрольоватися.

Вони визнають, що свідомо самоконтроля людини є найбільш бажаною.

Міллер і Доллард (1941, ст. 59) окреслюють *реакцію*, як дію, яка може бути функціонально пов'язана з попередньою подією при допомозі тренування та, що атрибути такої функціональної пов'язаності, можуть бути ідентифіковані тільки після dokonаного факту.

Факт такий може бути суб'єктивною, або об'єктивною дією та не залежний від його поємности, вагомости та властивости.

Стимулом може бути яка-небудь подія, яку можна пов'язати з реакцією при допомозі засвоєння та ним може бути яка-небудь ситуація або реакція, яка матиме спосібність статися стимулом. Стимул, як і реакція, можуть бути ідентифіковані тільки після встановленні належного відношення до реакції.

Стимули можуть різнитися квалітативно та квантитативно, а інтенсивність стимула рішатиме, чи його клясифікувати як гін, чи як натяк. Стимул може бути дуже простою, або дуже складною одиницею, (внутрішньою та зовнішньою).

Людина родиться зі спосібностями реагувати, і такі спосібності вони поділяють на чотири підгрупи:

1. Моторні та фізіологічні реакції, які у загальному можна б назвати автоматичними рефlekсами, а це є рухи мускулярні, рухи тіла, та вісцеральні.
2. Первинні гони, які включають спрагу, голод, біль, сексуальні збудження, холод, втому, і вони завжди викликають реакції, при чому деякі з них згідно з фізіологічним ритмом.
3. Емоційні реакції, які включають страх, злість, огиду, обурення, нудоту. Вони не появляються в наслідок фізіологічної реакції, але є викликувані через особливі умови та можуть бути дуже інтенсивними, і можуть відігравати велику ролю у формуванні неврози. Страх становить особливий об'єкт їхнього досліджування (Міллера і Долларда).

4. Думання, або здатність до вищого ментального процесу, вважається теж вродженою властивістю людини.

Фундаментальний процес “набуття чогось, чи навчання”, це також властивість, яку людина посідає з народженням та яка пізніше розвивається згідно з відповідними законами.

- Щоб чогось навчитися чи досягнути, або щось набутти, необхідним мати *ініціатора послідовності поведінки*,
- та необхідним зустрітися з явищем, яке давало б *натяк*, який вказував би на якість реакції.
- Далі, мусить здійснитися сама реакція, а внаслідок цього зменшиться інтенсивність ініціатора поведінки.

Набуті гони діють разом з природними, сильно розвинутими гонами та їхня інтенсивність міняється залежно від умов, в яких такі гони сталися набуті та від ступеня періодичної асоціації з умовами, які оригінально викликали відповідний гін.

Діти, звичайно, вчать поведінки імітуючи якусь промінену особу та мабуть найчастіше батьків, а засвоєне остається в залежності від дії підкріплюючих середників.

Доллард і Міллер особливу увагу присвячують двом реакціям, які, на їхню думку, відіграють особливу роллю у нормальній та ненормальній поведінці, а саме *страхові та мисленню*.

Страх-це успадкована реакція, яка автоматично проявляється в певних умовах. Ця реакція може бути дуже інтенсивною, і стимулювати сильну активність в індивіда, з ціллю позбутися страху; страх, у цьому випадку функціонує як гін.

Страх може також бути ініційований і різними явищами та середовищем, бо це є теж набутий гін.

Третім автоматичним наслідком страху стають заходи уникання чинників, які спричинюють страх, а тим самим зменшують здатність індивіда присвячувати належну увагу іншим стимулам.

Страх взагалі оригінально походить від почуття фізичного болю, а теж від психічного і тому він часто служить як *натяк* необхідності оборони.

Втеча від ситуацій, які викликають страх, буде тільки підсилувати почуття страху; і навпаки, страх можна зменшити, або теж і погасити, тільки у відповідній присутності до чинників які побуджують страх.

Страх може служити мотивом набуття соціально бажаної поведінки, такої як наприклад додержування відповідних правних норм, інструкцій та інше, але він теж може служити і при розвиткові соціально негативних форм поведінки, таких як брехунство, ошуканство, злочинство і т. п.

Мислення появляється в наслідок соціального тренування, досягнене при імітації думок висловлених іншими людьми, або теж писаними. При помочі слів

людина здатна думати про різні явища в світі, та думання являється теж інструментом при допомозі якого можна нагло змінити інші явища та дії, як також зменшити інтенсивність мотивуючого фактора .

Відповідно одержане мислення особливо підвищує ефективність поведінки людини адже при допомозі слів та символіки людина здатна на колосальні досягнення, а особливо при творчому думанні та плануванні, а також при перенесенні реакцій з однієї ситуації на другу та при контролі емоційних реакцій.

Поведінка досягається та розвивається як засіб здержування та уникнення особливо сильних реакцій або гонів.

У ході нормального розвитку переважна більшість людей вчиться належно контролювати всі гони як фізіологічні, так і набуті в соціальній взаємодії.

Почуття страху є нормальним та бажаним явищем, бо воно часто охороняє людину перед самопораненням та перед травмами. Переважна більшість людей має спосібності не допускати інтенсивність страху до такого ступеня, щоб він стався перепоною в нормальній життєвій рутині. Досягнення відповідного стилю поведінки, у великій мірі, залежатиме від кожного індивіда зокрема, і від його генетичних спосібностей реагувати на явища з якими він стрінеється.

Серед найважливіших реакцій набутих людиною це здатність думати, бо від спосібностей думати залежить якість людської поведінки.

Абнормальна поведінка набувається згідно з такими самими засадами як і нормальна. Фальшивий підхід при вихованні дітей, несе на собі найбільшу відповідальність за аномальну поведінку.

Несвідомі конфлікти, пережиті в дитинстві, служать базою всіх емоційних проблем дорослої людини, в цьому Долярд і Мілер погоджуються з теорією Фройда, і як і він, вважають, що перших шість років життя дитини визначатимуть її поведінку у майбутньому.

Тому важливим зрозуміти, що невротичні конфлікти дитини, є наслідком умов створених батьками. Батькам не завжди легко зрозуміти, що немовлята дуже часто ще не посідають належних спосібностей для того, щоб зрозуміти чи навчитися складних речей та, що культуральні приписи відносно дитини, можуть бути противорічні, а то і перестарілі; наприклад, вимога від дитини покірності та послуху, а часом антагоністичної настанови, в схожих умовах, можуть бути дуже тяжким до розуміння дитині.

Ще гіршим буває коли символіка для спілкування між батьками та дитиною не вповні дитиною опанована, а тим самим є їй недоступною, що і вводить дитину в розпачливу ситуацію. Дитина інтуїтивно відчуває, що її поступовання не відповідає волі батьків, але вона не може зрозуміти чому саме, бо вона ще не опанувала належно мови або інших метод спілкування, а такий стан викликає страх в дитини, бо вона не є любленою дитиною. Щось подібне може статися і з дорослою людиною, але вже далеко рідше, та лише в особливих умовах.

Для немовлят та дитини найгіршим це-почуття безпомічності.

“Немовля часом переходить стадії психози. Гострі гони в дитини, вимагають дії. Такі гони в дитини не покращуються надією на зміну, яка за певний час прийде...тому теперішній біль, стається вічним...Тільки з часом, коли дитина навчиться говорити та думати на вищому рівні... тоді такий гострий вплив на неї може зменшитися.” (Доллард і Міллер, 1950, ст. 130-131)

Беручи під увагу такий стан немовлятка, тоді, коли воно ще не є спосібне бачити та розуміти, що прийде час на краще, Доллард і Міллер уважають, що мати повинна слідкувати за тим, щоб гони не досягали надто великої напруги, та щоб батьки давали дитині більше нагод для вдовolenня, на розвагу та на свободу, та щоб процес вишколу, виховання та навчання, припинити до часу, аж доки мова в дитини буде належно розвинена.

Доллард і Міллер, як і Фройд, ідентифікують чотири ситуації, в яких неправильний підхід до дитини може мати драматичні наслідки на людину, а саме ; *тренування при харчуванні, привчання до туалету, контролю агресії та контролю сексуальних гонів.*

Беручи за приклад годування немовлятка, вони вказують, що :

1. Коли мати досить вчасно, дає дитині груди, як дитина плаче, висказуючи голод, то це послужить дитині як наука, що вона плачем заспокоїть свій гін, яким в цьому випадку являється голод.
2. Коли немовля залишити плакати, без належної уваги матері, тоді в нього виробляється апатія та пасивність при сильних стимулах та гонах.
3. Коли сигнали голоду будуть накопичуватися, то вони можуть споріднюватися з приходом болю та нестерпного стану, і тоді людина може навчитися реагувати надто різко на відносно лагідні стимули.
4. Залишаючи немовля бездоглядним, довгий час в стані голоду, можна викликати в нього страх перед самотністю.
5. Коли немовля на самоті переживає сильні болі від голоду, і коли такі болі уменшуються з появою матері, тоді дитина може споріднювати стан з появою матері з почуттям паніки, і це може бути причиною розвитку фобії.
6. Дуже важливим аспектом при кормленні немовляти є формування міжособистого відношення, яке буває дуже інтимним, а тим більше при кормленні грудьми. І коли підхід до кормлення правильний та задовільний для дитини і для матері, тоді дитина споріднить такий стан з присутністю матері, а згодом поширить це на ближче та на дальше людське оточення. Ясно, що в протилежному випадку, відношення до матері та до ближчого, і згодом дальшого людського середовища, буде негативне. Відучування дитини від кормлення грудьми-вимагає особливого такту.

Експерименти (Гарлов, 1958; та Гарлов і Ціммерман, 1959) з кормленням мавп'ятам механізованою із залізної сітки "матір'ю", яка не показувала жодної ласки, а лише годувала та з матір'ю, зробленою зі звірячої шкіри, яка пригортала, ogrівала та ласкала мавп'ятам, вказують на факт, що не тільки сама їжа, але і відношення; ласка, приголублювання, пригрівання матір'ю дитини, є для дитини необхідним та безмежно бажаним.

Реакції, які вважаються абнормальними своїм змістом, дуже часто подібні до нормальних, а відрізняються одні від других тільки своєю інтенсивністю та частотою.

Першою причиною неврози є конфлікт, пов'язаний зі страхом, а особливо, коли такий конфлікт репресований, бо він тоді стається недоступним до свідомості. Симптом, звичайно, репрезентує намагання розв'язати конфлікт, але, очевидно, безуспішно.

"Необхідним є інтенсивний емоційний конфлікт, щоб він став базою неврози." (Долярд і Мілер, 1950, ст. 127).

Всі конфлікти виникають на тлі бажання щось досягнути, або чогось уникнути, але у загальному їх можна поділити на три підгрупи: конфлікт між бажаним та уникаючим; між двома в той сам час бажаними метами; між двома, в той сам час уникаючими цілями.

Річ ясна, що людина може в один і той сам час, бажати декілька досягнень, як також бажати уникнути декілька небажаних ситуацій.

Страх, Доллард і Міллер вважають, викликає найбільше конфліктів тому, що:

- (а) *страх може бути настільки інтенсивний, що він виснажить енергію людини, яка хоче його припинити, або зменшити;*
- (б) *страх може бути настільки універсальний, що людина буде боятися всього та всюди;*
- (в) *страх може бути настільки інтенсивний, що він буде цілковито емінентним та буде затінювати і перешкоджати людині присвячувати належну увагу іншим важливим та необхідним потребам.*

Крім страху Доллард і Міллер беруть під увагу теж і такі почуття як відраза, огида, бридкість і обурення.

Інтенсивність конфлікту залежатиме від інтенсивності гону, який щось стимулює, та від наближення до джерела конфлікту. Дуже інтенсивні та нерозв'язані конфлікти приносять сильні страждання та почуття нещастя.

При розв'язуванні конфлікту людина може прийняти такі міри:

- (а) застрягти в такій ситуації ;
- (б) втекти від такої ситуації ;
- (в) він може наближатися або віддалятися від цілі ;

(г) він може цілковито або частково ізолювати себе від чогось бажаного або небажаного. Все це залежатиме від природи конфліктної ситуації.

Особливої уваги заслуговують два прийоми, які свідомо та несвідомо беруть участь в розв'язуванні конфлікту. Через брак відповідних слів тут, назову їх (як в англійській мові) *репресія та супресія*.

“Супресія” виконується на свідомому рівні й ініціатива тут завжди залишається в обсязі суб'єкта; людина, в конфлікті, навіть під сильним тиском, все свідомо своїх бажань, страху та інших емоцій, але вона все спосібна ініціювати та виконувати рішення.

“Репресія”-це дія автоматична, інтенсивна та компульсивна, і вона є поза обсягами контролю даного індивіда та поза обсягами його свідомости.

Внаслідок репресії людина може:

- Страждати браком належної орієнтації, і у висліді невідповідно реагувати в даній ситуації.
- Не зможе орієнтуватись в перспективі часу, а тому для неї все буде наглим і вона не буде бачити майбутнього, і не буде мати часу для задуми над проблемами та над майбутнім, а все буде діяти скоро та без задуми.
- Вона не буде спосібною розв'язати жодної проблеми . У відсутності спосібностей розсудку, вона не зможе схопити проблеми, а тому й не зможе належно її зрозуміти та розв'язати.
- Її міжособисті відношення, все будуть незадовільні. Не маючи належних спроможностей думати, їй тяжко буде вжитись в ситуацію, тяжко логічно висловитись та тяжко зрозуміти свого співбесідника,
- Їй, врешті, буде важко відрізнити, що належить до зовнішнього світу, а що діється в її мислях . Врешті вона не зможе розрізнити реального від уявного.

Доллард і Міллер вказують, які чинники, на їхню думку, негативно впливають на виховання дітей :

1. Виховна праця проводиться невідповідно кваліфікованими людьми. Батьки, дуже часто, не певні, що бажане, а що ні, у вихованні їхніх дітей; вони самі не досягнули відповідного виховання та інструкцій, і підходять до виховної роботи почувуючись самі непевними.
2. Виховання часто проводиться в противоріччях; традиційні вартості нерідко бувають успорювані “модерними” поглядами, а ще гірше стається тоді, коли батько та мати, в основному різняться своїми поглядами відносно вартостей та стилем виховання.
3. Діти ще незрілі для того, щоб могли робити відповідні рішення, чи хочби брати участь у міркуваннях про рішення. Різка поведінка, часто неопанованих батьків, дуже негативно відбивається на їхньому вихованні. Нерозвинута спосібність думати, ставить дітей в розпачливе положення, тому що вони ще не навчилися розуміти що таке принесе очікування, надія, плянування і т. п.

Складники неврози набуваються при неправильному вихованні. Дитина їх набуває внаслідок конфлікту, недоступного її свідомості.

Такі конфлікти приходять з двох джерел:

- У дитини з'явилися проблеми ще до часу заки вона навчилася мови, тобто, ще поки вона могла зрозуміти що діється, а тим самим не мала можливості підійти до справи логічно.
- Як наслідок інтенсивного емоційного конфлікту, при якому репресивна реакція сталася автоматично, у відсутності відповідного розуміння чи символіки, а в результаті породились негативні аспекти поведінки.

Доллард і Міллер уважають, що мова займає центральне місце у формуванні та розвитку дитини, бо все, що існує поза мовною символікою, тобто, що залишається “неспійманим”, стається несвідомим.

Несвідоме можна поділити на:

- (а) таке, що ніколи не було в свідомості, та
- (б) таке, що перестало існувати в свідомості.

До категорії (а), звичайно, належать епізоди, які мали місце перед розвитком мови у дитини, або які були під впливом гонів та згодом були погашені травматичним способом.

До категорії (б) належать ті епізоди, що колись були у свідомості, але, що сталися репресовані; тобто ті, яких “уникається” та про які “і думати не вільно”.

Початки таких тенденцій можна, звичайно, знайти у ранньому дитинстві.

Здорова людина визнає свої думки, та признається до своїх дій, навіть і тоді, коли вона свідомо, що такі дії, акти та думки є “небажані”.

Конфлікти, як вже підкреслювалося, відіграють велику роль у формуванні поведінки та їх можна ступенувати згідно зі слідуючими принципами:

1. Тенденція досягнення якоїсь цілі, стає сильнішою з наближенням індивіда до наміреної мети.
2. Тенденція уникнення якогось негативного стимулу, стає сильнішою з наближенням до негативного стимулу.
3. Сила уникання небажаного стимулу, є сильніша від бажаного стимулу (в таких самих умовах).
4. З наближенням як до бажаної, так і до негативної цілі, відповідні тенденції будуть міцніти.
5. При двох суперечливих зусиллях—сильніше зусилля переможе.

Несвідомі конфлікти часто проявляються як небажані симптоми. Вони однак, до якоїсь міри, затінюють емоційну бурю, як властивий наслідок конфлікту, або допомагають людині, хоч дочасно, відпружитися від постійного страху та тривоги.

Невротики дуже часто вважають, що вже самі симптоми являються джерелом їхніх проблем, (таких як фобія, дерматоза, мігрень, параліч, сліпота, та безліч інших) і вони бажають щоб терапевт виeliminував такі симптоми, і звичайно без того, щоб терапевт разом з пацієнтом відшукали, зрозуміли, та унешкодливоли причину їхнього виникнення.

“ Якщо невротична поведінка є набутою, то її можна позбутися згідно з комбінацією принципів, за допомогою яких їх та людина набула. Ми віримо, що так повинно бути.

Психотерапія встановлює систему умов, при допомозі яких невротичні навички усуваються, а на їхнє місце засвоюються здорові привички... і тут терапевт виступає в ролі особливого вчителя, а пацієнт виступає в ролі учня.” (Доллард і Міллер, 1950, ст. 7-8)

Терапевтична процедура має майже всі властивості традиційної психотерапії: терапевт співчутливий і уважний до пацієнта та до його почувань; і він допомагає пацієнтові щоб той зрозумів свої власні почуття та щоб він віднайшов причину їх виникнення. Доллард і Міллер *особливу увагу присвячують теорії набування.*

Нереальний страх та почуття вини, часто не погашувалось тому, що людина опанувала техніку, при допомозі якої втікала від умов та від думок, які викликували б неприємні емоції. Далі терапевт створює умови, які несуть погашування негативних почувань; пацієнт підбадьоруваний викликати “заборонені” думки та емоції та вчуватися в страх та у винуватість які, у відсутності неприємних наслідків, втрачають свою силу.

Звичайно терапія починається від умов, які найслабше викликають негативні стимули та реакції, і поступово переходять до найбільш прикрих.

Терапевт, використовуючи вокальні символи, заохочує пацієнта вчуватися в ситуацію та старатися відрізнювати внутрішній страх від слів та від умов, а також шукати асоціації та подібності, які мали місце та початок в його дитинстві.

Пацієнт остаточно, проаналізувавши генезу своєї недуги та усвідомивши час, місце та обставини, в яких прийшов розвиток захворювання, приймає вгляд та стається свідомим, що *сучасна його ситуація, дуже відрізняється від умов, які викликали та сприяли розвитку його недуги. Тоді пацієнт випробовує методи поведінки більш реальної, та більш винагороджуючої.*

Доллард і Міллер багато теоретичних міркувань, в їхній конструкції теорії особистості перейняли від Фрейда, але практично їхня терапія базується на дослідях “стимулюс-реакція”.

“Зосереджена на пацієнтові” психотерапія Карла Роджерса

(Client-centred Psychotherapy of Carl R. Rogers)

В університеті Вісконсін, Роджерс студіював агрикультуру та біологічні науки, і згодом теологію, а відтак в Університеті Колумбія, він познайомився з клінічною психологією та психоаналізом Фрейда і там одержав ступінь доктора філософії з клінічної психології.

Протягом дванадцяти літ він працював у клініці в Рочестері з хворими дітьми і там познайомився з контрверсійними методами терапії Отто Ранка, які мали на нього великий вплив.

Пізніше Роджерс працював в Державнім Університеті Огайо та в Університеті Чикаго, де він викладав психологію та вишколював психотерапевтів. Роджерс ніколи не залишав психотерапевтичної практики.

Роджерс (1942, 1951, 1961, 1969) є мабуть, найбільш послідовним речником поглядів протилежних бегавйоризмові, фройдизмові та теорії стимулюс-реакції.

Він базує свою теорію особистости та психотерапії на клінічних спостереженнях, і на результатах лабораторних дослідів.

Свою теорію він збагачує думками Гольдштайна, Маслоу, Ангуяля, Ключгольна, Маврера, Лекі, Салівана, Мирфі, Камерона, Марі, Снега, Комба та інших і подає її в формі пропозицій, зібраних в дев'ятнадцяти пунктах, і такої системи я теж буду додержуватися.

1. “Кожний індивід існує в постійно змінному світі переживань, в якому він є центром.” (Роджерс, 1951, ст.483)

Світ той є світом феноменального поля людини, незалежного від світу реальности та від ступеня свідомости.

Роджерс визнає, що тільки певна частина переживань існує в свідомості, хоч багато несимволізованих переживань є доступні для свідомості.

Важливим є, що такий приватний світ індивіда, відомий тільки йому самому, і цього знання, постороння людина не може досягнути жодним іншим руслом, крім звідомлень переживаючого суб'єкта. Таке досконале, та безпосереднє

знайомство тотального поля переживань індивіда буває тільки потенціально, і жоден індивід не є вповні знайомий зі своїм *тотальним* функціонуванням .

2. *“Організм реагує на своє оточення так, як він його сприймає, і це сприйняте поле, являється для індивіда його “реальністю”.*
(Роджерс, 1951, ст. 484)

Людина не реагує на абсолютну, а лише на сприйняту реальність, яка, в основному, являється приватним світом відчуттів індивіда, з великими подібностями для членів певних соціальних та культуральних груп, і яка постійно уточнюється при порівнюванні перцепцій.

Так, наприклад, сіль у сільниці, це спонтанна реальність, уточнена більше в той час, коли ми переконаємося, що вона солоно смакує, але коли така речовина смакує солодко, то наша інтерпретація тої речовини міняється, як в зоровому так і в смаковому аспектах, і ми приймаємо її за цукор.

Приватний світ індивіда складається з серії випробуваних гіпотез, які дають йому впевненість та можливість достовірних передбачень й сподівань. Але в ньому знаходяться також і невипробовані перцепції, які являються частиною реальності індивіда та можуть мати не менший авторитет, ніж і випробовані. Поле перцепцій на які реагує людина, стається дуже наявним в психотерапевтичній ситуації, бо коли перцепції пацієнта міняються, то разом з тим міняється також і його реакція.

3. *“Організм реагує як організована цілість на те феноменальне поле.”*
(Роджерс, 1951, ст. 486)

Роджерс уперто виступає проти сегментації тотального організму, навіть у ділянці фізіологічній.

Він покликається на експериментальні дані відносно вдержування плинину в тілі тварин, і вказує, що цією функцією займається постеріальний лоб пітуїтарної гланди, яка, коли буває недостача плинину в організмі то вона починає виділювати антидіуритичні гормони, які здержують виділювання плинину нирками.

Здавалося б, що акція чисто фізіологічної природи, але показується, що коли навіть задній лоб удалений, то по мимо того, тварина дальше удержує належний баланс плинину в організмі.

Роджерс надає вагу організованій цілеспрямованості організму і вказує, що коли один шлях закривається, то організм іншим шляхом прямує до тої самої мети.

Він твердить, що в психологічній сфері, немає прямої “реакції на подразник” ситуації та, що про це свідчать успішні лікування психосоматичних недуг засобами психотерапії. Факт цей, він говорить, мусить бути завжди на увазі, бо організм все є повністю організованою системою, у якому зміна в одній частині приводить до змін у другій.

4. *“Організм завжди має одну підставову тенденцію і намагання, а це є самопрояв, утримування і покращування переживаючого організму.”* (Роджерс 1951, ст. 487)

Він називає це вторинним самовиявом, тобто тенденцією організму рости та зближуватись до наміченої цілі; або іншими словами, самоактуалізацією у відношенні до певної цілі.

Роджерс вказує, що організм не розвивається в повноті його потенціалу в негативному напрямі, такому як страждання болями, або актами агресивності, брутальності та терорестичними нахилами, або на фізіологічному рівні своїми можливостями блокувати але, що він все йде впарі своєї експансії, невідкличної самостійності, самовідповідальності, самоволодіння, автономії, і що він абсолютно відкидає зовнішню контролю; людський організм має тенденцію розвиватися в позитивному напрямі, проявляти “автентичність” та незалежність.

Це, він говорить, буває фактом, навіть тоді коли ми маємо на увазі цілком несвідомий процес, такий як регулювання функцій тіла, чи такі унікально людські процеси, як вибір цілі життя. Векторні позитивні тенденції проявляються в організмі від зародження аж до дозрівання, а що в процесі еволюції проявляється в розвитку від нищих форм життя до більш складних організмів.

Роджерс підкреслює центральність позиції цілеспрямованості організму у своїй теорії, бо він в цьому переконався, в сталих спостереженнях цих тенденцій, в психотерапевтичних ситуаціях.

- 5. “Терапевт стається дуже свідомим цієї прогресивної тенденції людського організму, і вона являється фундаментом, на якому базується психотерапевтичний процес.” (Роджерс, 1951, ст. 490)**

Він далі, покликаючись на дослідження магнетофонних записів клінічних випадків, “...які так пояснюють динамічні сили людини, і в яких я знаходжу щось, що мені видається дуже багатозначним. Я переконуюся, що бажання більшої незалежності, і бажання до самовизначеної інтеграції, тенденції до змагань, навіть коли вона пов’язана з болем, до соціального дозрівання-є такі сильні-та навіть сильніші ніж бажання вигідної залежності, чи й необхідність впевненості від зовнішніх авторитетів. Клінічно я переконуюся, що людина може залишатися залежною тільки тому, що вона “завжди була такою” або, що вона може пішла за течією, не здаючи собі справи, що вона робить, або може хвилюю бажати бути залежною, з огляду на тривожну ситуацію. Але я ще не знайшов людини яка, вглибившись в свою ситуацію, і почувуючись, що сприймає її ясно, цілеспрямовано вибирає залежність; тобто навмисно вибирає інтегровану особисту ціль, диктовану іншими.

І коли всі елементи ясно та зрозуміло сприйняті, тоді перевага іде в сторону, хоч і болючого, але винагороджуючого шляху, до самоактуалізації, або росту.”

Роджерс не хоче, щоб його фалшиво інтерпретували, коли він говорить про досягнення щастя через самопрояв, і тому він вказує на твердий до щастя шлях. Він для того дає приклад дитини яка вчиться ходити, і вказує, що перші її кроки бувають звичайно тяжкі та болючі, бо дитина часто падає, лазить, але, “дитина поборює всі труднощі, і починає ходити самостійно.”

- 6. “Поведінка, в основному, це цілеспрямована спроба організму, вдоволити відчуття його потреб у сприйнятому полі.” (Роджерс 1951, ст. 491)**

Така поведінка вдосконалюється та модифікується в зрілої людини з розвитком власного “я”. Але коли взяти основні тенденції організму, то можна зауважити, що проявляється тенденція в експансії та самозбереженні, яка є побуджена фізіологічною напругою, свідомо та несвідомо мотивованою.

Роджерс ставить питання: чи всі потреби людини походять від фізіологічної напруги?

Чи наприклад, потреба бути любленим та мати визнання, це теж потреба фізіологічна?

Чи конечні потреби задоволення в осягах, які є важливі у збереженні та в ростові організму, і чи вони мають біологічну базу?

Покликаючись на експерименти Ріббла, Роджерс вказує на можливість позитивної відповіді, але тут він також звертає увагу на те, що наука потребує далеко більше та краще контрольованих досліджень, для того щоб відповіді на це питання були справедливі.

Він також відмічає, що такі потреби, проходячи складні процеси, помимо сумнівних фізіологічних потреб, входять також в глибину культуральних виховувань.

Роджерс підкреслює, що поведінка формується під впливом теперішньо існуючих умов.

- 7. “Емоції супроводжують, та у загальному сприяють такій цілеуапрямленій поведінці і, що якість емоцій є відносною до осягнення бажаної цілі, а не до споживчого аспекту поведінки та, що інтенсивність емоцій є релятивною до сприйнятої важливості поведінки, для вдержування та для росту організму.” (Роджерс, 1951, ст. 493)**

Його погляди на емоції є особливо цінні і він їх поділяє на неприємні, або на побуджуючі та на заспокоюючі, або вдовольючі.

Перша група емоцій пов’язана з намаганням людини щось осягнути, і вона має вплив на інтеграцію та на концентрацію поведінки в позитивному напрямку. Друга група появляється вже при досягненні якихось потреб.

Неприємні почуття, такі, як страх чи заздрість, коли вони не є надмірні, тоді вони відіграють позитивну роль, в цілеуапрямлюванні поведінки як також у пошукуванні мети.

Інтенсивність емоційних реакцій пульсує ритмічно з повелінкою при збережуванні та при ростові організму.

Роджерс підкреслює, що пропозиції висловлені в точках 5 і 6, стосуються тільки до інфрагуманного та інфантильних організмів і, що розвиток власного “я” у людини їх змінить, і то навіть в противенстві фізіологічних потреб.

8. “Найкращою точкою зору при досліджуванні та при розумінні поведінки індивіда, являються рамки його внутрішніх переживань.” (Роджерс, 1951, ст. 497)

Як уже було сказано в першій пропозиції, що тільки дана особа повністю знає свої власні переживання, бо посторонній спостерігач завжди додасть свої вартості до спостережених ним явищ.

Бо коли б ми могли емпатично переживати всі вісцеральні та відчувальні сенсації даної людини, та якби ми могли вповні переживати їхнє феноменальне поле, включаючи свідомі та несвідомі елементи, то ми мали б знамениту базу для зрозуміння людини та можливості прогностики її майбутньої поведінки.

Але, на жаль, як говорить Роджерс, це недосяжний ідеал, і тому людину досліджується із зовнішнього пункту бачення, а у висліді того, як ми часто бачимо як дослідники, й часом несвідомо, але теж нерідко, інтерпретують спостережені явища через власні теоретичні забарвлення.

Феноменологічне дослідження людини найбільше утруднене явищами, які є несвідомими в її переживаннях так, що на жаль, площа доступна навіть самому суб'єктові буває також сильно обмежена, а це через нерозуміння та незнання свого несвідомого .

Пізнання дослідником внутрішніх людських переживань ще ускладнюються, в додатку, і в шляхах комунікації, які з природи речі, все були, та є, неідеальні.

Але Роджерс виходить з положення, при допомозі слідуючих логічних міркувань. Він говорить, що, до певної міри, існує можливість вглибитися в переживання іншого індивіда тому, що багато проєктів його сприймання, знаходимо в самих собі, як наприклад батьків чи дітей, учителів чи учнів, працедавців чи робітників і т. п. Він говорить, що існують “копії” в полі світосприймання дослідника.

Практично всім відомі такі почуття, як страх, злість, любов, завість, вдоволення та інші, отже вони також відомі дослідникові з власних переживань.

Тому можна робити кращі висновки, беручи під увагу звітлення суб'єкта, чим із самої його обсервації, яка до речі, являється тільки мінімальною частиною його поведінки та не більш докладною, коли брати під увагу його сприймальне поле та об'єм і інтенсивність його переживань. Чим більше таких переживань знаходиться в свідомості індивіда, тим кращі його спосібності для того щоб подавати інформації про їх цілісний образ.

Роджерс, як стається ясным, вже в перших кроках познайомлювання з його терапевтичною методою, звертає особливу увагу на спосіб спілкування, і він вказує на факт, що чим більш комунікація являється свобідним висловом, а менше змодифікована настороженністю, тим більш акуратно передані переживання, бо “... дневник все є більш точний, чим судові звітлення”, говорить Роджерс, і такі умови спілкування та саморозуміння, поручає “клієнт-центред” терапія. Таке відношення терапевта відбирає в клієнта потребу “самооборони” та заохочує його до пізнання самага себе, при допомозі відповідної комунікації, як також і дає йому можливість вчитися нового стилю поведінки.

9. “Частина тотального поля сприймання індивіда, стається диференційованим, як власне “я”. (Роджерс, 1951, ст. 497)

Роджерс вказує на багато невідповіджених питань, пов’язаних з розвитком та поняттям самоконцепції, і між ними знаходимо слідувачі. Наприклад:

- (а) Чи соціальна інтеракція є необхідною для розвитку власного “я”?
- (б) Чи може, гіпотетична особа, яка виростає сама в пустелі, посідати почуття власного “я”?
- (в) Чи поняття власного “я”, являється, в першу чергу, продуктом символізації?
- (г) Чи це факт, що переживання можуть статися не тільки в-наслідок фактичних переживань, але також і у висліді символізації та маніпулювання в думках та чи, і на скільки, вони уможливають формування власного “я”?
- (д) Чи власне “я” являється тільки символізованою частиною переживання?

Треба відразу відмітити, що поняття “я” в Роджерса, не тотожне з фізичним організмом та, що і немає чіткого розмежування між переживаннями власного “я” та між зовнішнім світом але, що ті складники, які підлягають контролю “я”, вважаються його частиною.

Власне “я”, в Роджерса, є більш синонімічне зі свідомістю буття, ніж з власним організмом.

10. “В результаті інтеракції зі своїм оточенням, а особливо, в результаті переоцінкової інтеракції з іншими—формується структура “я”, як організована, еластична, але як послідовна концептуальна схема сприймань, характеристик і співвідношень “я”, разом з питомими вартостями тих концепцій.” (Роджерс, 1951, ст.498)

Бачимо, що дуже скоро після свого народження, дитина вчиться відрізнити себе від об’єктів свого оточення та будує концепції “себе” у відношенні до середовища та рівночасно дає їм позитивний, або негативний характер.

Вартості до себе та до їхнього оточення, з’являються в дітей не тільки в результаті прямої інтеракції з оточенням, але і також внаслідок вартостей, які посідають їхні батьки та інші важливі особи, які знаходяться в їхньому оточенні та з якими діти мають найтісніший емоційний зв’язок.

11. “Вартості пов’язані з переживанням та вартості, які являються частиною структури власного “я”, в деяких випадках, є вартостями переживаними безпосередньо організмом, але в інших випадках-це вартості інтроспектовані, або вартості перейняті від інших, але сприйняті у спотвореній формі, так, якби вони були безпосередньо переживані.” (Роджерс, 1951, ст.498)

В ході взаємодії зі своїм оточенням, дитина виробляє концепцію про себе та про своє оточення, і про себе у відношенні до свого оточення.

Сам факт, що такі концепції несимволізовані, і тому не мусять бути свідомі, не заперечує їхньої принципової присутності та впливу на функціонування індивіда.

З переживаннями інтимно пов'язана пряма органічна оцінка, яка відіграє дуже важливу роль у дальшому розвитку. Зі свідомістю, що “я щось переживаю, з'являється свідомість, що я щось роблю, або я чогось не роблю”.

Дитині подобаються такі переживання, бо в них проявляються її ширші спроможності, і вона надає їм позитивні вартості, а переживанням, які приносять зі собою загрозу, дитина надає вартість негативну.

Пізніше з'являються соціальні інтеракції, з сильними вартостевими забарвленнями, і тут велику роль відіграють спотворені символізовані переживання, які часто мають негативний вплив на формування особистості.

Вже вище було підкреслено, що поняття “я”, в Роджерса, не є тотожне з поняттям організму, і для стислості, тепер цитую його дефеніцію:

“Структура власного “я” являється організованою конфігурацією перцепцій себе, які допускаються до свідомості скомпонованої з таких елементів: сприймання власних рис і способностей; сприймання і поняття про самого себе, у відношенні до інших та до оточення, до вартостевих якостей, які є сприйняті як нерозлучні з переживаннями та з об'єктами; і цілі та ідеї, які є сприйняті з позитивною або з негативною валентністю.

То є організована картина, існуюча в свідомості як “фігура”, або як “поле”, самого себе та себе у відношенні та разом з позитивними або з негативними вартостями, які сполучені з тими якостями і відношеннями так, як вони сприйняті, та існуючі у минулому, теперішньому і в майбутньому.”

(Роджерс, 1951, ст.136)

Як вступ до теорії розвитку психічно здорової людини, Роджерс подає приклад, у якому він акцентує необхідну важливість присутності любови батьків до дитини. Правдиве розуміння та визнання дитячих почувань, а при тому і власних почуттів батьків, є необхідною передумовою для позитивного виховання дитини.

Коли ми ставимо питання як дитина розвиває структуру власного “я”, яка не посідатиме в собі насіння, які, в дальшому розвинули б психічні труднощі, “...то наша практика в класнт-центред терапії, офірує дуже плодні ідеї”.

Тому спробуймо тепер застановитися над ранніми переживаннями дитини, які повинні б становити базу необхідну для розвитку психічного здорового “я”.

Дитина сприймає та оцінює свої переживання, як позитивні, або як негативні. Вона починає сприймати себе як психічний об'єкт, і одним із найбільш підставових елементів у її сприйманні це бажання бути любленою дитиною.

Але припустимо, що така дитина любить відбирати соску в брата, і коли в цьому випадку мати спосібна щиро сприйняти такі почування вдовolenня переживаємих дитиною, і вповні прийняти дитину, яка такі вдовolenня переживає, але в той самий час, респектувати свої власні почування, що така поведінка не є бажана в родині та, *безтровожно*, і *тактовно* вводити принципи доброї поведінки, то вона створює умови для здорового розвитку дитини, які далеко кращі від звичайних.

В таких умовах дитина не переживатиме жодної загрози її поняттю про себе як дитини *любленої*, і вона зможе розвинути структуру власного “я”, без спотворення, без потрясення, та без репресій.

Найбільш важливим аспектом переживань дитини, являється бажання мати почуття, що вона є *любленою своїми батьками* та, що вона вважає себе вартісною батьківської любови та уваги.

Коли цього немає, і коли дитина відчуває, що вона та що її поведінка є погана та, що вона не є люблена, через її власні стремління або поведінку, тоді вона недопустить до свідомости бажань, які уважатиме суперечними власному “я”, як *любленої дитини*.

Брак належної дитині любови, може привести до недопущення в свідомість переживань, які справляли б їй приємність, або до спотворення символізації поведінки батьків.

Звідси походить “інтросекція” відношення батьків та спотворення власного сенсорного апарату, до такого ступеня, що дитина не сприйматиме свого власного світу, своєї суб'єктивної реальності, але все буде сприймати через призму вартостей батьків, або інших людей, які є в інтимному зв'язку з дитиною, і такі вартості будуть показуватися дитині, не менш “реальними” як її власні.

Структура власноо “я” є під сильним впливом слідуючих двох джерел;

1. Безпосереднього переживання індивіда, та
2. Спотвореної символізації сенсорних реакцій, які у висліді творять інтросекцію вартостей важливих осіб в середовищі дитини, з тим, що дитина приймає їх так, якби вони були вислідом її власних переживань.

Роджерс (1951, ст. 503) подає структуру формування власного “я” та вказує, що людські переживання :

12. “(а) символізуються, сприймаються, та організуються у якість відношення до власного “я”,

(б) ігноруються, тому, що немає належного співвідношення до власного “я”,

(в) символізацію відкидається, або спотворюється, тому, що дані переживання являються суперечними структурі власного “я”.

Спочатку звернімо увагу на переживання, які ігноруються, тому, що в даний момент вони не мають жодного відношення до самоструктури.

Наприклад, що в момент мною писання листа, і концентрації над його змістом, до мене доходять звуки, але, аж поки вони не будуть потрібні моїм інтелектуальним заінтересуванням, то вони не будуть мати моєї уваги, але вони остануться в полі моїх явищ; вони не зміцнюють та не противорічать моїй самоконцепції.

Дуже часто люди навіть сумніваються, що подібні звуки були в полі їхніх явищ, в той час, коли не було потреби, а часом і можливості, щоб звернути на них увагу.

Більш важливою групою людських переживань являється та, яка сприйнята у свідомість та яка стоїть у якимось відношенню до самоструктури тому, що вона тій структурі потрібна та є з нею співзвучна і її підсилює; наприклад, я звернув увагу на книжку бо вона мені потрібна.

Третя група переживань це така, яку не допущено до свідомості, і вона, на жаль, вимагає найбільшої уваги психотерапевтів.

В деяких випадках недопущення до свідомості певних переживань, виглядає як навмисне, а це тому, що вони являються неспівмірними із самоконцепцією. Наприклад, коли я вважаю себе неспосібним вчитися чужих мов, то я буду майже свідомо перечити, коли хтось буде мені доказувати, що я посідаю спосібності щоби вчитися чужих мов,

Другою формою недопущення до свідомості, і це вже далеко глибшого значення, це *репресія*, що являється недопущенням до свідомого та до символізації якогось органічного пережиття, або в ще гіршому випадку, спотворення такого пережиття.

Наприклад жінка високої моралі та глибоких релігійних почувань, з сильним органічним бажанням статевого вдоволення, може не допустити сильного бажання мати сексуальні зносини, бо це було б для неї надто травматичним, коли воно було б сконфронтоване з концепцією власного “я”.

Органічне переживання-це те, що сталося, і це також те, що являється фактом, разом з символізацією цього факту так щоб він остався частиною власної свідомості, а це є і щось чого власне “я” має здатність не допускати та, що часто не допускає до самоструктури.

Отже динамічна, але послідовна організація структури концепції власного “я”, не допускає до сприйняття чогось, що являється її противорічним, хіба, що в особливих випадках, про які мова буде пізніше.

В більшості випадків самоконцепція на оточення реагує так, як протоплазма реагує на вторгнення чужим організмом, тобто заблюковує вхід.

Необхідно підкреслити, що сприймання виключаються тому, що вони суперечні концепції власного “я”, а не тому, що вони самі в собі принизливі, образливі чи недостойні.

Людина, яка не вірить у власні інтелектуальні спосібності, має не менші труднощі щоб прийняти за правильне твердження, що вона інтелігентна, чим людина уважаючи себе інтелігентною, що вона імбециль.

Теорія Роджерса про несвідоме, як і інші теорії, стоїть перед складним питанням, а саме, як таке бльокування відбувається?

Роджерс висловив гіпотезу, що певні переживання можуть бути бачені як небезпечні і тому вони будуть “здержані від вступу у свідомість, без того, щоб людина була свідомо цього, навіть на хвилину”.

Його співробітники звернули увагу на парадокс, який звучить: “знання без знання та сприймання без сприймання”.

Роджерс шукав розв’язки тієї ділеми в лабораторних експериментах, і у висліді виявилось, що людина мабуть таки має спосібності розрізняти стимули загрозливі для її власного “я”, від незагрозливих стимулів, і діяти згідно з вислідом такої дискримінації, без того, щоб докладніше пізнати стимул, на який вона реагує.

Такий процес Роджерс назвав *субцепція*.

Експериментальні дані піддержують клінічну гіпотезу Роджерса, що людина може, “не допустити до свідомого переживання чогось, не будучи коли небуть цього свідомо.”

Гіпотеза субцепції теж кидає світло на стан тривоги, яка супроводжує людину, що страждає на психічну недугу. Тривога у людини з’являється внаслідок напруги організованої самоконцепції, коли субцепція вказує на те, що символізація певних переживань була б для неї руйнівною.

13. “Організм звичайно, поводитьься згідно з концепцією власного “я”.”
(Роджерс, 1951, ст. 507)

Виймки з цієї пропозиції будуть обговорені пізніше, але звичайно бажання та форма і засоби до досягнення цілі, завжди погоджуються із самоконцепцією. Людина, яка звичайно надає великої ваги чеснотам, не зможе йти до якоїсь мети шляхами, які вважає нечесними, або, якщо людина вважає себе неагресивною то вона не буде вживати агресії з ціллю досягнення жодної мети, а буде змагатися до досягнення даної цілі згідно з принципами організованої самоконцепції та без спотворення мети, до якої вона стремить.

У деяких випадках людина може відкинути й переживання, які погоджуються з її самоконцепцією. Наприклад летун, який вважає себе безстрашним, але він відчуває страх перед якоюсь особливою місією, і фізіологічно панікує, але таких реакцій він не може *свідомо визнати*, бо вони не являються “ частиною його”, а тому замість визнання почуття власного страху, він може зауважити якусь недостачу або хибу мотора літака, або якусь органічну недугу в себе, і на цих

підставах знайти шлях до втечі від даної місії, а тим самим, він відсуває свій страх методою, яка не суперечить його концепції власного “я”.

Вище наведений приклад дуже характерний для поведінки типічного невротика, який досягає цілі, яка не відповідає принципам його самоструктури, але без того щоб її порушити, а відповідальність за те, він переносить на літак, або на органічну недугу, а тільки не на себе.

Поважна частина поведінки є досить нейтральною в тому відношенні, а роля вищезгаданого механізму, при звичайних функціях, проходить майже непомітно.

Треба відразу відмітити, що такий механізм не відноситься до *актів*.

14. “В деяких випадках організм може викликати поведінку та потреби, які ще не були символізовані й така поведінка може бути незгідна зі структурою власного “я”, і в таких випадках, може бути потрактована, як “невласною даного індивіда”. (Роджерс, 1951, ст. 509)

В моментах великого страху, людина може геніяльно та ефективно знайти захист та охорону, навіть без належного розуміння своєї ситуації, а тоді вона звичайно заявляє, що вона фактично не знає що сталося чи, що вона робила бо свідоме “я” в цьому випадку не посідало найменшої контролю.

В іншому випадку, постійно заперечувані потреби власного організму, через заборону самоструктури, можуть статися такими сильними, що зігнорують принцип власного “я”, ради свого вдоволення та ради потреб власного організму.

Але тоді поведінка *диссоціюється від власного “я”*, та остається без найменшої контролю і без свідомості. А коли таку людину сконфронтувати з таким фактом, тоді вона буде заперечувати, що це була вона.

В цьому випадку, факт доказує, що організм, на фізіологічній базі, спосібний ініціювати та виконувати акти, без їх символізації та без відповідного співвідношення до самоконцепції.

15. “Психічний розлад розвивається, коли організм не допускає до свідомості важливих сенсорних та вісцеральних переживань, які консеквентно не будуть символізовані та організовані в конфігурації самоструктури, та які спричиняють, або матимуть потенціал творити психічну недугу.” (Роджерс 1951, ст. 510)

Коли ми думаємо про структуру власного “я”, як про символічно дуже складну частину інтимно пережитого світу, і коли частині того світу, відбирається можливість участі в символіці, тоді наступає сильне напруження організму, і тоді у наслідку цього, свідомо контролю стається більш утрудненою або й неможливою і така людина не має напряму в поведінці; вона відчуває страх, не знаючи чого вона боїться, вона не може робити жодного рішення та вибирати собі цілі, а це стається тоді коли людина допускає до власного “я” лише частину його органічних переживань з великою інтросекцією соціальних норм.

В психотерапії така людина часто дезорієнтована; вона відчуває страх, але не знає чого боїться, вона нічого не бажає, і не є спроможною для того щоб робити жодні рішення.

Клінічний приклад: Самотній син багатих батьків-підприємців, батько якого був інвалідом, закохався в дівчину з подібної сім'ї, яка теж, згідно з вихованням та згідно з сімейною ситуацією, не могла і думати про вихід із сімейного дому. Тоді такий син може знайтися неспроможним щоб прийняти належне рішення, і будучи в страху перед несимволізованими бажаннями, які могли б усунути причину його надмірної психічної напруги, стається неспроможним для того щоб навіть подумати, про можливість його успішного подружнього життя.

16. “Психічне здоров'я зберігається тоді, коли концепція власного “я”, включає всі сенсорні та вісцеральні переживання організму, або коли їх асимілює на символічному поземі, у відповідному відношенні до концепції власного “я”.” (Роджерс, 1951, ст. 513)

Дуже важливим є щоб постало належне органічне поєднання культуральних, соціальних, релігійних та інших принципів з фізіологічними потребами.

Свідоме сприйняття всіх імпульсів та перцепцій, без потреби “ховати бажання безстыдної, поганої, грішної та черстої” людини, дає її спроможність щоб людина оцінила їх власними вартостевими почуваннями та свідомо і логічно дала конфліктові належну йому оцінку та дала правильну оцінку органічним імпульсам, а тоді зникне насторожливність та штивність поведінки, а в результаті прийде більша спонтанність, спроможність й лагідність контролю.

17. “Всяке переживання що суперечить організації, або структурі власного “я”, може бути прийняте як загрозливе, і чим буде більше таких сприймань, тим більше штивно власна структура буде організована, та бережена.” (Роджерс, 1951, ст. 515)

Самоконцепція має охоронну структуру проти небезпечних переживань, яка не допускає загрозливих переживань до свідомости. В такому процесі самопоняття стається менш реальним, більше атакованим, а тим самим вимагаючим більш інтенсивної оборони, та більш виснажуючої напруги.

Роджерс за Гоганом (Hogan Richard; The development of a measure of client defensiveness in a counselling relationship; Ph.D. Thesis, University of Chicago, 1948), подає вісім пунктів, згідно з якими працює самооборонний механізм:

1. Загроза постає, коли переживання сприйняте, або ожидане, як невідповідне структурі власного “я”.
2. Тривога-це належна відповідь загрозі.
3. Оборона-це логічне протиставлення загрозі, ціллю якої є збереження самоструктури.
4. Оборона відкидає або спотворює сприйняте переживання з ціллю уменшити неспівзвучність між переживанням і структурою “я”.

5. Свідомість загрози, а не сама загроза, зменшується при оборонній поведінці.
6. Оборонна поведінка підвищує можливості небезпеки тому, що відмовлені, або спотворені переживання, можуть бути загрожені через повторні перцепції.
7. Небезпека і оборона мають тенденцію повторюватися, і це затінює первісну загрозу, а поведінка стається більш деформована, та стає менш відпірною на загрозу.
8. Така оборонна секвенція обмежиться разом з необхідністю визнавати реальність.

18. “В певних умовах, які цілковито відкидають загрозу структурі власного “я”, переживання неспівзвучні з самоідельністю, можуть бути сприйняті й перевірені та і сама структура “я” може бути переорганізована, з ціллю асиміляції та інкорпорації переживань.”
(Роджерс 1951, ст. 517)

Повища пропозиція, стверджує дуже важливий клінічний факт, який уможлиблюється при допомозі належного терапевтичного співвідношення, у якому пацієнт почуває себе впевненим, що він є вповні прийнятний таким яким він є та, що йому не грозить осуд, покарання чи догана.

В правильнім терапевтичнім відношенні, переживання, які досі не були допущені до символізації, поступово приводяться до свідомості, в результаті чого, самоконцепція поширюється, нові переживання знаходять належне місце в більш інтегрованій самоструктурі, а у висліді того, напруга, насторожливність та самооборона зменшуються.

Пацієнт із власної ініціативи починає досліджувати несвідоме в своїх переживаннях та при почутті впевненості в присутності терапевта, без апріорного пересуду, надає їм свої власні вартості, і переконується, що він сам спосібний дати собі раду з явищами, яких він раніше боявся.

У висліді терапії перевірена конфігурація власного “я”, стається більш стабільною та більш життєздатною, і пацієнт досягає почуття, що він сам спосібний, щоб безстрашно, вглянутися в переживання власного організму, визначити їм відповідну та належну символіку та місце в своїй свідомості.

В належній терапевтичній ситуації відбувається важливий виховний, чи радше перевиховний процес, в ході якого пацієнт досягає доглибинного пізнання самого себе.

19. “Коли індивід сприймає в одну послідовну та в інтегровану систему, всі свої сенсорні і вісцеральні переживання, тоді він необхідно має краще виrozumіння до інших людей та він приймає їх, як окремих індивідів.” (Роджерс, 1951, ст. 520)

Роджерс сформулював повищу гіпотезу, в наслідок своїх спостережень людей, які успішно перейшли психотерапію. Він свідомий того, що для необізнаних з клінічною практикою, така гіпотеза може звучати тільки як вислів недосяжного бажання, а тому він вказує на досліди клінічних матеріалів своїх та Шерера, які свідчать про те, що після терапії людина почуває себе більш відпружена, більш самовпевнена, більш реалістична у своєму відношенні до інших та, що вона почуває себе більш “сама собою”.

Теоретичною базою для таких змін, Роджерс пропонує слідувачі чинники.

Людина, яка не допускає до власної самоструктури особистості певних переживань як “її гідних”, мусить постійно боротися з можливістю їх символізації, що у висліді приневолить людину сприймати всі переживання з сильною насторожливістю як потенціально небезпеку, радше, чим такими якими вони в дійсності являються.

Коли в інтерперсональному відношенні, всі слова та поведінка бувають переживані як такі, що показуються індивідові як загрозливі, тоді вони будуть атаковані безпотрібно та безпідставно, бо вони спонтанно наганяють страх.

Людина в такому стані не має вирозуміння до інших, як до окремих індивідів, бо все, що нею сприймається, то сприймається через призму недовір'я, з постійним застереженням, та в погоні за безпекою, не залежно від того, чи є якась загроза, чи її взагалі немає.

Але коли всі переживання доступні свідомості та коли вони інтегровані в структуру особистості, тоді настороженність стається мінімальною. Бо оскільки немає потреби боронитися тоді відпадає і потреба наступу, а коли немає потреби наступу тоді інша людина буває сприйнята такою, якою вона в дійсності є і, як окремий індивід, з правом на самостійну екзистенцію.

Реальність, хоч не завжди є солодкою, але вона все є здоровою!

Людина, яка завжди є спосібною прийняти себе такою як вона в дійсності є, все готова та спосібна прийняти й інших людей, і вона у висліді одержить винагороду, бо співвідношення між ними, стається краще зрозумілим, більш приємним, та з потенціалом на дальші покращання.

“Коли індивід приймає в самоструктуру більшість органічних переживань, то він зауважить зміну в ступенуванні його вартостей, які колись базувалися на інтроєкціях та які були спотворено символізовані, і такі зміни будуть характерні послідовним органічним процесом.”
(Роджерс, 1951, ст. 522)

Гіпотеза процесу терапії

В терапії людина досліджує своє феноменальне поле, і рівночасно, ставить під знак запитання інтроєктовані вартості, бо вона ними не вдоволена. Спочатку вона не певна, що має робити та чим замінити несвої вартості, згідно з якими вона дотепер жила. Але індивід як мала дитина, надіючись на дані, представлені власним організмом, починає робити перші власні оцінки, спочатку зі страхом та з ваганням, не будучи певною чи вона “точно зважила вартості”?

Але пізніше така людина відкриває, що їй апріорно не потрібно “вартості знати” та їх швидко дотримуватись, бо людина спосібна відшукувати вартості *сама користуючись свобідною волею, почуваннями, логічним мисленням та зживанням всіх чинників які вона природньо має в собі.*

На шляху переоцінки вартостей, людина переконується, що всі інші індивіди мають фундаментально подібні потреби та вартості.

Стремління людини до того щоб вона була соціально прийнята, походить від інтроєкції вартостей, при помочі відповідного виховання в даній культурі.

Роджерс (1951, ст. 146) говорить, що “психотерапія, з феноменологічної точки зору, це примінювання заходів до переживання, у яких індивід досягає кращих можливостей для диференціації феноменологічно себе у відношенні до зовнішньої реакції.

Коли така диференціація досягається, тоді феноменальна необхідність індивіда, в процесі самозбереження та в його ростові, досягає всього, що в майбутньому йому потрібно.”

Психотерапія, твердить Роджерс, це динамічне переживання, і таке переживання буває іншим для кожного індивіда але, воно характерне закономірністю, послідовністю та упорядкованістю, з чого можна виводити подиву гідні узагальнювання.

Щож є тою закономірністю, послідовністю, та впорядкованістю, що є такими характерними для психотерапії? Роджерс говорить, що ми знаємо багато про умови інтерперсонального співвідношення, яке ініціює та яке є промотором психотерапії. Ми також знаємо, що коли терапевт має в собі почування глибокої пошани та повне й беззастережне прийняття свого пацієнта в такому стані в яким він є, і коли він має позитивну настанову до пацієнта потенціалу, і вірить,

що пацієнт дасть собі раду зі собою та зі своїм оточенням та коли це належно переплетене з людською теплою, яка перетворюється в почування найглибших симпатій та афекцій, і коли рівень комунікації дійшов до такого ступеня, що пацієнт відчуває, що терапевт вповні розуміє його почування, і він їх переживає та приймає їх в повній глибині та належним виразом, тоді ми певні, що процес психотерапії вже відбувається.

Замість відразу шукати відповіді, на легітимні та на дуже цінні питання, який вислід приносить терапія, то ми займемося шуканням відповіді на питання, яка природа самого процесу, яка його суттєва характеристика та який напрям вона візьме, тобто, ми є в пошуках розуміння самого підставового процесу психотерапії.

Роджерс говорить (1951, ст. 131), що "...ми фактично, не знаємо сутті процесу психотерапії, але ми маємо позитивні та цінні враження розгалужень процесу терапії", і тому він ставить тільки гіпотези, які підтримуються клінічними спостереженнями та дослідженнями.

Перша, підтверджена дослідженнями гіпотеза говорить, що терапія являється процесом вивчення людиною нових аспектів про себе, нових шляхів відношення до інших та нової поведінки.

Але точно чого людина вчиться та з помічю якого механізму, Роджерс відповідає, що при теперішньому розвитку науки психотерапії ми не знаємо; "...ми лишилися з більшою кількістю питань, ніж з відповідями, відносно процесу та відносно змісту психотерапії", і тому він пропонує, щоб ми уважно приглядалися до клінічних явищ та їх науково досліджували.

Друга гіпотеза яка відноситься до процесу терапії, стосується динаміки вербалізованого змісту, якості матеріалу, проблем та симптомів, які появляються з прогресом терапії.

Пацієнт допитливо заглиблюється у свої погляди та твердження та досягає вгляд та розуміння зв'язку його минулого з теперішнім та впливом його минулого на його теперішню поведінку. Далі ведуться дискусії про намірені акти, в світлі нового самозрозуміння та нового розуміння своєї ситуації.

Третя гіпотеза говорить про якість відношення характерного прогресом від негативного до позитивного, до себе самого та до інших людей, а навіть і до свого фізичного оточення. Зворотність від симптомів до себе з питанням, що я за людина, що являється моїм власним "я", які мої почування?

Пацієнт словесно маніпулює, перевіряє, заглиблюється в свою ситуацію, в свій мікрокосмос.

Четверта гіпотеза говорить, що тема розмов доглибинно міняється, бо пацієнт переходить до дискусії матеріалу, який, до моменту терапії, не був доступний для його свідомості, а тепер він почувається свободним, допустити до свого відома щось, що до цього часу він зробити не міг, і чого він несвідомо цурався.

П'ята гіпотеза свідчить про дальший поступ, який характеризується переходом від теми про минуле до теми про теперішнє.

Терапія кінчається, коли пацієнт повністю справляється зі собою, зі своїми відношеннями до людей, до оточення, справляється зі своїми емоціями, вартостями та цілями так, як вони тепер, та кожночасно представляються.

Пацієнт навчився почувати себе безстрашно в обличчі своїх симптомів, в обличчі інших людей, в обличчі оточення та минувшини, і він присвячує свою увагу самовідкриттю, таким як "я тут і я тепер".

(Роджерс 1951, ст. 136)

Які ж характерні зміни появляються в самоконцепції в ході терапії? Помічається позитивне відношення до себе, тенденція до самосприйняття як людини вартісної та поважаючої себе, сприймаючої свої принципи, які базовані на власному переживанні, радше чим на відношеннях, думках та на бажаннях інших людей. Розвивається також сприймання своїх почувань, мотивів, соціальних та особистих переживань без спотворення підставових сенсорних інформацій.

Дуже запримічується свобідне почуття поведінки яка стається природньо згідно з власними перцепціями. Людина приймає свої спосібності та все, що їй характерне, більш об'єктивно та вигідніше, і з меншою емоційною напругою, почувачючись більш незалежною та свобідною давати собі раду в житті. Бути більш спонтанною та щирою і автентичною. Сприймати себе як спосібну людину яка має потенціал щоб оцінювати вартості згідно з власними переживаннями, радше чим надавати вагу вартостям приналежним до об'єктів перцепції та сприймати себе більш інтегрованою, а не фракціонованою людиною.

Таким чином людина в ході психотерапії міняється в трьох загальних аспектах:

1. Стає більш гідною, з більшими вартостями та з кращими спосібностями безстрашно стрінуги життя.
2. Дозволяє переживаним даним входити в її свідомість, а з тим досягає більш реальне саморозуміння та краще розуміння свого відношення до оточення.
3. Розвиває тенденцію оцінювати вартості, згідно з власними особистими принципами, а не їй накиненими принципами. Отже результат успішної терапії, приводить до кращого наближення самоідеальности та самореальности, де власне "я" є блище особистих вартостей.

Характеристика терапевтичної процедури

Пацієнт приступає до психотерапії з сильними почуваннями самокритики.

Він чуває себе безвартісним, він постійно себе осуджує та обвинувачує за всі лиха про які він знає або навіть і які він собі уявляє, він старається приблизитися до стандарту базованого на обсервуванні поведінки інших людей. Він може і має свій власний ідеал, але той ідеал в нього є недосяжно далекий та він чуває себе невартісним для того, щоб такий ідеал досягнути.

Емоційно пацієнт чувається жакливо. На початку терапії, звичайно, пацієнт чуває себе навіть далеко гірше, чим він чував себе вже довший час. Він більше самокритичний, самоненависний, але згодом, він зачинає приймати більш реальний підхід до самооцінки та відчуває відвагу, силу та спосібність приглядатися до себе з блищої віддалі та прийняти себе поступово і без надмірно жорстокого осуду та без пережвалення. Він поступово набирає відваги сам себе обсервувати та обережно доходить до висновку, що він може себе толерувати.

Загалом, його самокритицизм зменшується та він починає орієнтуватися на реальніші дані, й тому він і менше жахається, думаючи про себе. Він перестає боятися того, як він буде бачений та як він буде оцінюваний іншими людьми і починає відшукувати, роздумувати та оцінювати себе згідно зі своїми вартостями.

Переконавшись, що він сам може відшукати належні йому вартості, пацієнт починає себе чувати більш вільним, більш спонтанним, більш інтегрованим та більш реальною індивідуальністю. Він поволі відкриває, що те, чим він хотів би бути, є можливим досягнення та він запримічує, що він теж змінився та, що прірва поміж ним та між його ідеалами, постійно зменшується. Він себе чуває зручніше та без тривоги і без напруги.

Зміна в перцепції яка появляється в пацієнта є характерна кращою диференціяцією. Пацієнт переходить від високого рівня абстракції до більш диференційованих перцепцій, від генералізації до вужчих тверджень, які мають власні коріння таки в його переживаннях.

Пацієнт приходять до терапії зі штивними переконаннями, штивннвними думками та твердженнями, які він жахається висказати, бо він переконаний, що він безнадійний та, що він є непродуктивний паразит з негативною агресивністю. Але пізніше він розцінює себе у відношенні до конкретних, певних ситуацій, у відношенню до певних явищ, до осіб та речей. Пацієнт перевіряє себе, згідно з підставовими переживаннями та він переконується в фальшивості багатьох узагальнень. Він віднаходить базу для нових більш зрілих абстракцій, які удосконалюються і які роблять його більш відкритим до власних переживань.

Пацієнт нарешті відчуває свою здатність та потребу особисто випробувати свою реальність, а не користуватися недосконалими, фальшивими, та несвоїми генералізаціями, без диференціації у часі та в просторі. Він наближається до більш екзистенціального типу реакції.

Пацієнт починає бачити речі обрмовані та доміновані фактами, а не концепціями; він бачить можливості многогранного оцінювання. Йому показуються різні прошарки абстракцій, і він бачить можливість тверджень та абстракцій і то так доглибинно, як це тільки може бути людині доступно.

Пізніше, пацієнт, користуючись символікою та при її помочі маніпулює своїми переживаннями, він “проектуює себе” у нові ситуації, в новий феноменальний світ, а при тому, відкидає непотрібну йому фальшиву та шкідливу символіку.

Слово “диференціація” тут не є вжите для означення фракціонування поля явищ до мінімальних частин, але для відокремлення “фігури від поля”. Привернення несвідомого у свідомість, це дуже важливе явище яке стається в психотерапії. Воно появляється у висліді праці пацієнта над репресованим матеріалом, і як показує досвід, що це уможлиблюється при помочі більш автентичної символізації, та при кращій диференціації.

Несвідоме, як вже вище згадувалося, стається в результаті конфлікту протилежностей в самоконцепції та в символізації переживань, які вважаються “недостойними власного я”.

Насамперед відкривається непослідовність в перцепції, а коли непослідовність стається відкритою, тоді пацієнт хоче знати чому така непослідовність сталася, чи вона прийшла внаслідок невідповідного емоційного стану, чи через спотворення переживань?

Процес еволюції в психотерапії буває дуже наявний хоч, на жаль на сьогодні недостатньо дискутований в психотерапевтичній літературі. Показується однак, що людина, в ранній стадії психотерапії не керується своїми, але інтроектованими вартостями, взятими від оточення, від батьків, або вартостями спотвореними культуральними умовинами та іншими впливовими чинниками.

З прогресом психотерапії, пацієнт відчуває, що він жив згідно з принципами, бажаннями та думками інших, а не зі своїми принципами, але з принципами, які він набув в несприятливих здоровому розвиткові умовах та під впливом інших негативних чинників. Пацієнт відчуває невдоволення таким станом, але він ще боїться позбутися інтроектованих вартостей, бо не має їх чим заступити та не

має ще підвалин на яких свої вартості міг би будувати, але крок за кроком починає віднаходити льокус евалютивного апарату в самому собі, і такий стан не викликає в нього більше тривоги, але навпаки, стан такий стається приємним.

Характерним буває теж розвиток співвідношення з іншими людьми. Замість напружених емоцій й недовір`я до всіх, замість почуття негідности всіх в свому оточенні як і теж власного почуття меншевартости та страху перед тим, що він ненавиджений-у висліді безумовного сприйняття його терапевтом, в пацієнта зроджується теплота і любов до нього, і в такій ситуації, пацієнт приймає як гідного себе, як рівнож він приймає терапевта, який йому стався найблищим, найбільш довіреним, та найбільш улюбленою особою.

Підсумки

Клінічна практика та досліді підтверджують, що з прогресом психотерапії людина набуває кращий самовгляд, самозрозуміння, яке в результаті характерне більшою зрілістю в поведінці, більш позитивною настановою до себе та до свого оточення.

Пацієнт міняє настанову по відношенні до себе та він краще себе сприймає бо він також інкорпорує і бувші несвідомі переживання в самоструктуру.

Пацієнт переносить лъокус “оцінувального апарату”, від зовнішніх середників, до свого нутра. Він міняє інтерперсональне відношення, теж міняє свою структуру особистости та поведінки, як рівнож покращує свій фізичний стан.

Ревеляції та відкриття пацієнта в психотерапії вказують йому, що він не потребує боятися бути людиною, бо, як вказує Роджерс (1951, ст. 105).

“Ми маємо організм, який свідомий культуральних та фізіологічних вимог...свідомий бажань товариського відношення, а також бажань самовивещення, свідомість ніжності та чутливості до потреб інших людей, а також і агресивности. Коли людський потенціал функціонує свobodно та вповні, тоді ми переконуємося, що ми не посідаємо природи тварини, якої мусимо боятися, або мусимо її контролювати але, що ми посідаємо організм творчоспосібний, реалістичний, конструктивний для себе та для інших.”

Коли індивід є повністю людиною, коли він вповні та свobodно використовує свій власний організм, коли він вповні свідомий своїх власних переживань та коли в нього його людська суттєвість вповні функціонує, тоді він гідний довір'я та його поведінка є вповні конструктивною.

Роджерс говорить, що терапевт зустрічається з проблемами так численними, що їх годі і вичислити та, що в прогресі терапії вони міняються та ускладнюються, горизонтально та вертикально. Треба однак надіятись, що десь існує мабуть тільки одна проблема, або одне важливе питання, під прошарком якого занурені інші та на які індивід жалується; такі життєві клопоти, як студії, подружні ситуації, економічні проблеми, або клопоти зі своєю безконтрольною, чи химерною поведінкою, чи своїми застрашуючими почуваннями.

Терапевт мусить вглибитися в пошукуваннях *центральної проблеми*, бо в глибині кожна людина запитує себе, *хто та що вона фактично є* та як дістатися до самої себе через поверховну поведінку, або як мені статися *самим собою*?

Роджерс натякає, що для правильної відповіді необхідним вжити слова Сорена Кіркегарда, а це є *“бажання стати тим, чим я насправду є”*, тобто бути автентичним та без фасад.

Він вказує, що це не легко відшукати та виелемінувати корінь проблеми, бо кожний індивід є інший але, що в ході терапії з`являється *“характерне унапрявлення”*:

1. Відкритість індивіда до переживань, до своїх почуттів, стосунків та реальности. В них він бачить нові ситуації, радше чим спотворені та всі однакові. Він бачить можливість відкритости для свідомості всього, що існує в кожний момент та в кожній ситуації.
2. Пацієнт досягає довіря до власного організму. Замість бачити себе усамітненим та бути постійно насторожливим, в нього появляється віра у власну спосібність відкривати вдоволяючі переживання через свідому участь в рішеннях, які можуть бути помилкові та невдалі, але тим більше вражаючі та інтенсивні й більш різноманітні.
3. Людина *віднаходить в собі* спосібність оцінювати вартості. Замість шукати в когось схвалення, або відкинення чогось, замість шукати в когось апробати чи стандарту згідно з яким треба жити, людина відкриває такий стандарт в собі, і сама відшукує та сама оцінює вартості згідно з власним особистим принципом, згідно з власним “я”. “Це вважаю найбільш важливим питанням для творчого індивіда”, говорить Роджерс (1951, ст. 119).
4. Людина відчуває бажання *перебувати* в процесі творення, а не ставатись продуктом без можливостей на дальший прогрес та на дальші досягнення. Роджерс (1951, ст.122) говорить “ Мені виглядає, що індивід воліє бути *процесом а не продуктом*”.

Коли хтось приходить до терапевта, то він звичайно являється прикріпленим до цілі розв`язування своєї проблеми, яка для нього являється замороженою суттю, але він, в ході терапії переконується, що поле життя є далеко ширше ніж одна проблема, і він скоро віднаходить самовдоволення у власному прояві, в ростові та у постійному процесі.

“Що являється моєю ціллю, до чого я змагаю, що є моїм наміром ?”, це не є псевдо питання, але це реальні та життєві ділеми, які у різних часах, у різних місцях та для різних людей, були по різному відповіджені, але найважлишою відповіддю, на ці питання, являється відповідь кожного індивіда за себе.

На питання, яке життя, може принести добро та вдоволення або, що таке вповні функціонуюча людина, Роджерс відповідає;

- Добре життя-це процес у напрямі, який даний людський організм вибирає, будучи вповні свобідним такий вибір робити. Такий вибір мусить бути

характерний відкритістю до переживань, то є безстрашністю в своїх почуттях а також відсутністю протизворіч у структурі власного “я” та по відношенню до світу.

- Застрашуючі для людини переживання індивід може неутралізувати хвилево, при допомозі спотвор'ювання свідомості, але внаслідок такої операції, частина його переживань стається від нього відлучена, вона є “субцептована” (Роджерс 1951, ст.187).
- Задовільне життя-це екзистенціональне, воно характерне повним переживанням кожного моменту де той момент є кожночасно новий, свіжий, виростаючий спонтанно у висліді переживання та при повній співучасті в цьому даного індивіда. Таке життя мусить бути характерне відсутністю штивности, відсутністю здушеної “організованості” та від накинutoї структури диктуючої переживання, а “...це є відкритість душі до того, що діється тепер та відкритість і переживання процесу” (Роджерс, 1951, ст. 188).
- Задовільне життя-це беззастережне довір'я до власного організму та до його спосібностей для того щоб вести життя повне вдоволення, не надіючись на чуже рішення чи на поміч, або навіть і на власну поведінку в минулому, але на повне довіря собі самому рішати та робити те, що індивід уважає правильним та себе гідним, а це є чутливість до етичних, до культуральних, до соціальних, до родинних, до національних, до релігійних та інших внутрішніх вимог, зі спосібністю досконалого комп'ютера, де зроблені помилки та невдачі, будуть легко та належно виправлені, бо поведінка індивіда остається у його свідомості.
- Це-процес повноцінної екзистенції, який характерний присутністю свободи вибору та кращої віри в себе, віру у властивість індивідуальної поведінки, відповідальність за свої вчинки та у власні спосібності до творчості.

Роджерс (1951, ст. 194) твердить, що “ Коли ми освободимо індивіда, від самозахисної насторожливості так, щоб він був відкритий до широкого діяпазону власних потреб, а також до вимог оточення та до соціальних обов'язків, тоді його поведінка та реакції будуть гідні довір'я і будуть прогресивні та конструктивні.

Нам не потрібно питатися *хто його зробить соціальною істотою* тому що однією із найважливіших потреб індивіда це необхідність афіліяції та комунікації з іншими людьми....Нам також не потрібно питати, хто буде контролювати її агресивні імпульси тому, що коли людина є більш відкрита до своїх імпульсів, до потреб бути любленою іншими людьми, то її тенденція любити, не буде слабшою від її імпульсів до нападів та для грабування.

Людина буде агресивною тільки тоді коли для того будуть реальні вимоги та відповідні ситуації, але вона не буде безвідповідально агресивною, бо людська поведінка є виїмково раціональною.”

Зігмунд Фройд (Sigmund Freud 1856-1939)

Зігмунд Фройд народився в Моравії, вступив у Віденський Університет 1873 та закінчив його докторатом 1881 року. Від 1876 р. він був членом дослідного інституту у ділянці фізіології, а після одержання докторату, працював в психіатричній клініці Майнерса, де він присв'ячував особливу увагу анатомії мозку.

В 1885 Фройд одержав позицію приватного доцента у Віденському Університеті, а у вересні того ж року одержав стипендію на студії в Парижі під наглядом, славнозвісного психіатра Шарка, і таким чином, був безпосередньо пов'язаний з розвитком лікування при допомозі гіпнози та "розмов".

В 1897 р. Фройд написав свою книжку "Інтерпретація снів", а в 1900 року був назначений асистентом-професором Віденського Університету, та дійсним професором від 1920 р.

За порадою Штекеля, від 1902 року Фройд провадив дискусійні групи, що привело до створення Психо-аналітичної асоціації. В 1909 р. Стенлі Голл запросив Фройда на серію лекцій до Університету Кларка в США. Фройд ціле життя також провадив приватну практику.

Фройд вважається батьком клясичної психоаналізи та основоположником модерної теорії особистости, який знайшов сильний як і позитивний так і негативний відгук в професійному світі і в широких кругах суспільства.

Вольберг (1967, ст. 191) говорить, що "Пошанування Фройда є належно заслужене; концепція несвідомого, динамічна природа репресії, важливість психічного детермінізму, цілеспрямована природа поведінки, відношення психосоціального розвитку до еволюції особистости, співвідношення абнормального симптому до нормального ментального процесу, розуміння тривоги, роля символіки, значення снів та явищ трансференсії та резистенції, оправдали себе, як революційної ваги концепції, і подали нам знаряддя для дослідження інтрапсихічних та інтерперсональних енергій."

Свою теорію Фройд базував на явищах, які він спостерігав у психотерапевтичному процесі, у щоденному житті та при аналізі снів.

Його дефініція психоаналізи (Фройд, 1943, ст. 17) говорить, що "...психоаналіза це метода лікування для тих, що страждають нервовими недугами..., бо при допомозі слів можна принести людині велике щастя, а також і страшну розпуку."

Він відмічає, що процес психоаналізи не може бути публічно демонстрований, бо "... пацієнт буде спілкуватися так, як це необхідно в психоаналізі, тільки в особливих умовах афективного відношення до лікаря..., бо все, що є чужим для його концепції власного "я", він старається скривати навіть від себе самого."

Основним постулатом психоаналізи хоч, як це знане, неоригінальним, це твердження, що "...психічні процеси, в суті, є несвідомі, та і ті, що є свідомі, це тільки ізольовані акти з частини психічної суті" (Фройд, 1943, ст. 22). Він тут і перестерігає перед загальнобажаним та прийнятим бачити психічний процес як

свідомий акт, бо "...психоаналіза твердить, що є такі речі як несвідоме думання та несвідоме бажання" та що сприйняття "...несвідомого психічного процесу свідчить про рішучий крок до нової орієнтації в світі та в науці."

Другим важливим твердженням Фройда (1943, ст. 23), на основі відкриття в процесі психоаналізу це наступне, а саме що "...імпульси, які можна окреслити тільки як сексуальні, у вузькому та і в ширшому значенні цього слова, відіграють особливо важливу роль й ніколи досі належно не оцінену, в розвитку нервових та психічних захворювань", як теж і великий вклад "...в культуральні, артистичні та соціальні досягнення людини, при допомозі процесу сублімації."

Фройд перестерігає перед загрозою знищення культури, яка наступила б внаслідок "звільнення сексуальних імпульсів". В довгій аналізі психології похибок, Фройд (1943, ст. 54), доводить наявність дії несвідомого та сексуального імпульсів, а похибки окреслює, як "...психічні акти, які постають внаслідок взаємоперешкоди двох протилежних намірів."

Покликуючись на демонстрацію Бернгайма, який заставив сомнамбуліста в трансі пригадати собі та переказати зміст своїх галюцинацій, які сомнамбуліст, вийшовши з трансу не пам'ятав, Фройд доказував, що сомнамбуліст знав про свої галюцинації але, що він "...не знав про те, що він знає". Фройд вірив, "...що існує ясне співвідношення між гіпнотичним станом сну та між властивостями умовин сну. Гіпноза-це фактично штучне уведення сну; до людини, яку гіпнотизуємо, говоримо "спи", отже сугестії їй дані є подібні до природнього сну. Психічна ситуація дуже подібна в тих двох випадках, і тому він вірив, що людина, яка має сні, вона їх пам'ятає та розуміє їхнє значення, а людина тільки думає, що вона не знає, або навіть навмисно їх замовчує.

Фройд вірив, що "...сні знаходять свій початок в активнім злі та в сильних сексуальних напруженнях, які створили цензуру снів та їх спотворення"(Фройд, 1943, ст. 179).

Він твердив, що сон складається з певних елементів, які можна аналізувати окремо, при допомозі свобідної асоціації, а теж у певних випадках, їх інтерпретувати "... без допиту тої людини, що має такий сон, бо вона, у всякому разі, про символи нічого не може сказати". А "... символи снів ми мусіли скласти самі", на підставі прислів'їв, мітів, фолкльору, анекдотів, звичаїв та пісень (Фройд, 1943 ст. 135).

Фройд висловив гордість, що "...символіка є правдоподібно найбільш чудовою частиною нашої теорії" (Фройд 1943, ст. 134). Число речей репрезентоване символами не є велике: людське тіло, батьки, діти, брати й сестри, народження, смерть, гола людина та ще одна річ, яка в порівнянні з вбогістю повищенаведеної репрезентації, дуже багата на символи, а це статтеві органи, сексуальний процес та коїтус."

Він визнає, що інтерпретація снів буває неприємна, і навіть огидна, але він вірить, що матеріал, досягнутий внаслідок інтерпретації снів, дуже багатий та

цінний, і тому він пропонує прямий підхід до інтерпретації снів, "... який не личить слухати дівчині шкільного віку".

Символами мужеського статевого органу є "...число три, об'єкти довгі та витягнуті вгору, такі як палиці, стовпи, дерева, парасолі...Об'єкти, які мають властивості penetрації та поранення...загострена зброя всякого сорту...ножі, кинжали, списи, шаблі, вогнепальна зброя, кріси, пістолі, револьвери, об'єкти, з яких витікає вода, крани, посуд для зрошування, або криниці...об'єкти, які мають здатність побільшуватись, підносні лампи, олівці, ручки, молотки, а також речі, такі які посідають спосібності зноситися у повітря, як бальони, літаки, та Зепеліни, а теж політ людини у сні".

"Факт, що жінки теж мають сні, які репрезентують мужеський половий орган та, що вони літають, вказує на роллю клітериса в жінок, а також на заздрість пеніса та на гомосексуальні тенденції. Плазуни та риби, гадюки та капелюхи, годинники, руки або ноги", є символами присутності мужеського органу в жінок.

Жіночі статеві органи репрезентовані речами, які посідають властивості щось у себе помістити, такі як "...ями, порожнечі, печери, глечики, фляшки, ящики, кишені, кораблі, шафи, печі, кімнати, двері, брами." Матеріали різного сорту, такі як "...дерево, папір, столи, книжки, слимаки, мушлі, уста, церкви і каплиці." Жіночі груди є репрезентовані яблуками, персиками та овочами взагалі.

Топографія жіночих грудей репрезентована "...краєвидами з камінням, лісом, водою, та різного сорту машинами, а також ювелірними коробками, та м'ясом."

Фройд теж вказує на труднощі застосування символів в інтерпретації снів, але він теж і настоює, що таки "...існує дуже тісний зв'язок між символами та між сексуальністю" (Фройд, 1943, ст. 149).

Сні приймають архаїчну, або регресивну форму і тому проявляються в плястичних картинах, а не в мові, і можуть бути індивідуальні або філогенетичні.

Фройд теж передбачав, що у снах можна знайти індивідуальну інфантильність та расову спадщину.

Генетично успадковані та інфантильні властивості людини, відшукані Фройдом (1943, ст. 179) при аналізі снів, це є "активне зло", це-сексуальна ненасиченість, ненависть до батьків, до братів, до сестер, це бажання їхньої смерті, це страхіття перед покаранням, та перед можливістю стати кастрованим, це заздрість та егоїзм.

Фройд доказує, що дитина спочатку любить тільки себе саму, а щойно пізніше починає вчитися любити інших та й жертвувати чимось зі свого "его". Навіть відношення до людей яких, так здається дитина любить від самого початку, то вона їх любить в першу чергу тому, що вона без них не може обійтись, отже вона їх любить з чисто егоїстичних мотивів.

У своїх братах та в сестрах дитина бачить тільки суперників, тому вона їх ненавидить, і це дуже часто тягнеться навіть далеко поза період дозрівання.

Дочка, доказує Фройд, бачить в матері тільки перепону для досягнення власних сексуальних бажань, бо мати являється її суперником. Ті самі почування, але ще більш брутално, повторюються між сином та батьком.

Джерело взаємного бажання смерті між батьками та дітьми, між братами та сестрами, Фройд знаходить в “едіпус комплексі”, тобто в бажанні сина посідати матір, а у дочки бажання посідати батька, включно з наявними бажаннями з гострим сексуальним забарвленням. Крім того, в сина додатньо з’являється страх перед кастрацією, а в дочки проявляються заздрощі щодо пеніса.

Повище наведені спостереження Фройда, при аналізі та інтерпретації снів спонукали його до глибшого вивчення “сексуального розвитку дитини” (1943, ст. 185)

Фройд твердить, що сексуальне життя людини починається не з дозріванням статевих органів але, що воно починається вже з початком життя дитини та, що воно дуже “багате змістом”, хоч у багатьох відношеннях, воно різниться від того, що звичайно уважається “нормальним сексуальним життям”, а саме:

1. В ігноруванні бар’єри між людиною та твариною.
2. У відсутності чутливості до огидних перешкод.
3. Трансгресністю інцестної бар’єри.
4. Гомосексуальністю, та
5. У перенесенні ролі генітальних органів на інші органи та частини тіла дитини.

Дитина для Фройда, це поліморфний збоченець. Такі речі існують, твердить Фройд, і вони дають нам розуміння природніх тенденцій для дальшого розвитку дитини “...та вгляд у дитяче сексуальне життя, а тим самим і в цілий людський рід” (Фройд, 1943, ст.186).

Фройд твердить, що матеріал дитячих переживань йому доступний при допомозі інтерпретації снів та що дитяче психічне життя, з усіма його особливостями, як то з егоїзмом, з інцестними намаганнями, та їхніми наслідками, пробивається та проявляється у дальшому житті, але як *несвідоме*, бо проявляється в снах та в скритих бажаннях і, що це підтверджує його гіпотезу, що “...несвідоме це інфантальне психічне життя” (1943, ст. 187).

В своїй праці “Тотем і Табу” (1913), Фройд висловив думку, що почуття винуватості або викиди совісті, яке має великий вплив на розвиток психічних недуг, та яке завжди присутне в цілому людському роді, знаходить своє коріння в релігії та в моральності, бо вони забороняють інцестні сексуальні стосунки, а вже особливо сексуальні стосунки між батьками та дітьми, що і породжує “комплекс Едіпа”.

Фройд, як бачимо, надає колосальне значення психосексуальному розвитку дитини, а роля “едіпового комплексу”, займає центральну позицію в розвитку та в розумінні психопатології, а тим самим і в психотерапії. Фройд закликає до поважної застанови над цією проблемою, бо “едіпус комплекс” можна помітити

також, не тільки в психотерапії чи в інтерпретації снів, але і "... при звичайній безпосередній обсервації дітей".

Едіпів комплекс наглядно проявляється в тому, що малий хлопчина хоче посідати власну матір але, що батько стоїть йому на перешкоді, і тому він дуже вдоволений коли батько відсутній, він часто і словами прирікає, що буде з матір'ю женитися а до батька ставиться з ненавистю або з байдужністю.

До матері він демонструє сексуальне заінтересування, бажає з нею йти до ліжка і настоює на тому, щоб бути присутнім, в той час коли мати переодівається, а навіть часто пробує вживати "фізичного акту седукації" (Фройд, 1943, ст. 292).

Не можна теж забувати, що поведінка дочки до батька є подібною до поведінки сина по відношенні до матері. Сексуального чинника, перестерігає Фройд, не вільно ігнорувати, бо було б нерозумно думати, що хлопець не може толерувати обслуги та догляду які дають йому батьки спільно та, що він тільки настоює на догляді матері.

Те саме можна помітити і в маленької дівчинки; але не забуваймо, що поважну роль при творенні "едіпус комплексу", відіграють самі батьки, бо "... батько воліє мати маленьку ніжну донечку, а мати воліє сина."

Далі, говорить Фройд, що "...при появі інших дітей, "едіпус комплекс" стається родинним комплексом, і то все більше відкритим, бо "хлопець міняє свою невірну матір на сестру" і таким чином, таке ненависне суперництво переходить на суперництво між братами та сестрами, а тому отже воно включає вже цілу сім'ю.

Все те, говорить Фройд, знаходиться в ясній пам'яті в дорослої людини з дитинства без впливу психоаналізи та це і свідчить про те, що першим сексуальним вибором є вибір інцестний але, що на практиці, такий вибір доступний тільки для соціально упривілейованих.

Аналіза невротиків відкриває картину "едіпус комплексу", яка показується далеко більш поширеною та проміентною і домінуючою, ніж це можна запримітити в природньо життєвих умовах.

При статевому дозріванні, "едіпус комплекс" набирає нових сил, але індивід приневолює себе та старається щоб освободитися від тяготіння жити сексуальним життям з батьками, і тому шукає собі партнерів до любови поза родинним гніздом, він також шукає шляхів реконсіліяції з батьками, чого психологічно та соціально не завжди легко досягнути та, що у невротиків остається недосяжним назавжди.

"Едіпус комплекс" тому правильно вважається зерном неврози.

Фройд (1943, ст. 296) підкреслює, що спостережена ним поведінка в дитинстві, цілком підтверджується при аналізі та інтерпретації снів, і що всі люди, а не тільки невротики, мають збочинницькі, інцестні та вбивчі сні подібного змісту, і тому з того можна зробити висновок, що ті які сьогодні нормальні, вони теж колись перейшли через перверсію та через інвестицію об'єкта едіпус комплексу та, що все те є притаманне у нормальній дорозі розвитку.

Докладніші студії символів для інтерпретації снів, автором яких являється сам Фройд та студії явищ помічених Фройдом при безпосередній обсервації дітей, стають доказом проте, що "...символи стоять в основі" на якій Фройд будував свою теорію особовости, та психоаналізи, як методи лікування.

Функція лібідо проходить обширний етап розвитку, поки вона досягне стану нормальної репродуктивної ролі. На шляху розвитку, лібідо натрапляє на небезпеки, першою з яких являється *інгібіція*, а другою *регресія*, у висліді чого, постає *фіксація лібідо*, яка відіграє дуже важливу роллю в формуванні неврози, а особливо тоді коли фіксація стається на інцестнім віці.

Крім інгібіції та регресії і фіксації, у процесі розвитку лібідо, а з тим самим і особистости та етіології неврози, особливо важну роллю відіграє *репресія*, яка являється " топографічно динамічною концепцією".

Без репресії розвиток неврози неможливий, бо внаслідок самої фіксації, інгібіції та регресії, розвивається тільки первертизм, а невроза з'являється лише тоді, коли можливість вдоволення лібідо стається неможливим, коли є повне розбиття надій лібідо, отже тоді патологічні симптоми заступають сексуальне вдоволення.

Фройд теж говорить, що не в усіх випадках, де немає сексуального вдоволення, з'являється невроза, бо "лібідо посідає спосібності інвестувати себе в гратифікації при досягненні і інших цілей", а не тільки при процесі копуляції.

Одним із таких переміщених процесів лібідо, це *сублімація*, внаслідок якої, між іншим, приходить розвиток культури та цивілізації. Фройд однак перестерігає, що всетаки існують певні границі мобільності лібідо та, що сама сублімація може зужити тільки якусь певну частину енергії лібідо.

Реасумуючи повище сказане, можна твердити, що фіксація лібідо репрезентує внутрішній предиспозиційний чинник та, що фрустрація репрезентує зовнішній, акцидентний чинник в етіології неврози.

Тому і постає питання чи невроза є екзогенною чи ендогенною недугою, а зокрема, чи вона виникає внаслідок фіксації лібідо та всієї сексуальної структури, чи тільки під впливом пресії фрустрації? Фройд не відповідає на це питання чітко, а тільки вказує, що він схильний надати більше ваги предиспозиційному чинникові.

Мобільні спосібності лібідо Фройдом не є достатньо досліджені і вони теж релятивні для кожного індивіда, але їхня ролля в неврозі велика, бо адгезія лібідо дає перверта, а безмежна мобільність дає невротика.

Ще одним чинником в етіології неврози це конфлікт, який являється щоденним явищем у нормальному житті. І тому знову постає питання, які умови необхідні для того, щоб конфлікт став патогенним?

Фройд (1943, ст. 306) говорить, що невдоволене лібідо, шукаючи інших шляхів до осягнення вдоволення, коли натрапляє на непоборимі перешкоди, викликані власною особою, спонукує формування психопатологічних симптомів, бо лібідо будучи в погоні за вдоволенням, входить на невідомі та заборонені шляхи, які

можуть бути неясні та замасковані, і за які індивід мусить дорого платити, бо зовнішня фрустрація мусить бути підсилена внутрішньою, а внутрішні недотягнення походять від “примітивних фаз людського розвитку”.

Психоаналіза кидає світло на етиологію конфлікту, і вказує, що конфлікт походить від несумісності “его” та сексуальності, що у висліді дає неврозу. “Его” інстинкт, або інстинкт самозбереження, розвивається згідно з принципами реальності вже від самого початку життя, а брак його вдоволення приносить смерть.

Сексуальний інстинкт не розвивається так гладко, бо на самому початку його функції паразитні та пов’язані з іншими фізичними необхідностями організму, ті функції є теж авто-еротичні і вони віддалені від впливу виховання й від реальних умов та необхідностей, отже тому вони часто лишаються такими і на протязі цілого життя.

Фройд тут говорить про такі фізичні необхідності як кормлення, особливо груди, якому він приписує еротичну роллю і називає це “оральним періодом”; про екскрецію калу, що він називає “анальний період”.

Фройд говорить, що психічний апарат людини, у своїй діяльності, є виключно скерований на досягнення вдоволення та на уникнення болю і невигод і що той апарат автоматично регульований *принципом насолоди*.

Понад усе на світі, говорить Фройд, він хотів би відшукати умови, які викликають насолоду та біль.

Він дальше говорить, що насолода якимось способом пов’язана з пониженою кількістю стимуляції ментального апарату, а біль з підвищенням ментальної активності та він знає, що з усіх насолод на які людина здатна, найвищою являється *насолода при виконванні сексуального акту*.

Втеча лібідо з ситуації конфлікту уможлиблюється при допомозі існування минулих фіксацій і така втеча уможлиблює уникнення репресії, а тим самим досягається розрядження, або сатисфакція лібідо, і при тій трансакції, старі фіксації лібідо, при допомозі несвідомого, досягають реальної насолоди.

На основі вищенаведеного, яснішим стає близька коляборація лібідо та несвідомого, по одній стороні, а его, свідомості та реальності, по противній.

Лібідо, при втечі від репресії, звертається до фіксацій, що виникли в наслідок інфантильних сексуальних переживань, і отже тому значення дитинства є подвійне-як конгенітальної диспозиції інстинкту в часі дитинства, та як інстинкту розбудженого зовнішніми впливами та випадковими переживаннями.

Причини виникнення неврози

Фройд (1943, ст. 316) говорить, що невроза походить від предиспозиції в наслідок фіксації лібідо і що вона також зумовлена сексуальною конституцією та інфантильними переживаннями, коли людина натрапляє на життєві

конфлікти або на травми. Він спостеріг також існування неврози у дитячому та в інфантильному віці.

Фройд визнає, що спостереження неврози в інфантильному віці, сильно вдарило б по його теорії лібідо, по його інфантильних сексуальних переживаннях та по їх ролі у формуванні неврози. Він, з того приводу навіть ставить питання про доцільність таких профіляктичних прийомів як строгий нагляд при процесі виховання, але він зразу відповідає, що профіляктичні середники являються безсильними в обличчі генетичних чинників та, що строга супервізія принесла б більше шкоди чим користі, бо у висліді всякої супервізії наступила б надмірна сексуальна репресія, а крім того людина не була б належно випосажена для того щоб стрінути сексуальні вимоги зі статевим дозріванням.

Фройд теж визнає, що багато з тих так званих сексуальних переживань, це чисті фантазії та в більшості без найменших фактичних підвалин, бо матеріал одержаний у висліді аналізу це, у найкращому випадку, мішанина правди, реальності та фантазії, що Фройд, як і пацієнт оцінюють їх однаково, бо в неврозі домінує психічна, а не матеріальна реальність, і ця реальність являється рішачим чинником. Дитячу конкокцію таких сексуальних фантазій як копуляцію батьків, кастрацію, седукацію, Фройд пояснює страхом в обличчі забороненого сексу та вказує при тому, що такі фантазії являються мішаниною деяких інформацій та уявлень.

Фройд теж запитує звідки походить необхідність таких фантазій та звідкіль походить ними поданий матеріал та відповідає, що той матеріал походить від інстинктивних джерел. В пошукуванні відповіді чому такий матеріал має все однаковий-наскрізь сексуальний зміст, він відповідає-“ Я вірю, як і інші (тут він на думці мабуть має Юнга), що це фильогенетичні властивості”, де індивід, коли його переживання невістарчаючі, сягає по переживання до попередніх поколінь і всі ті фантазії сексуального змісту, кастрації і тим подібно “...були реальністю в доісторичному періоді в людській сім’ї” та, що дитина заповнює недостатки та прогалини в своїй пам’яті “...правдивими передісторичними переживаннями”.

Фройд висловив також думку, що невроза являється глибоким джерелом для досліджування “... споконвічних форм людського розвитку” (Фройд 1943, ст. 324).

Фантазія-це механізм який дозволяє людині насолоджуватися, відходячи від принципу реальності, коли індивід повертається назад до пунктів фіксації і такий процес Фройд назвав *інтроверсією*.

Коли такий процес досягає належного рівня енергії, він тоді посідає властивості формувати симптоми. При чому не можна забувати, що “его” це сила, яка не толерує присутности “несвідомого”, і воно нерідко змушує людину до втечі в недугу, яка в тому випадку, стається його захистом в конфлікті з лібідо, бо там де існує нормальне сексуальне життя, там немає неврози.

Невроза говорить Фройд репрезентує соматичні консеквенції сексуальних недотягнень, а може і внаслідок сексуальних токсин продукованих

невиладованим організмом, але це вже питання яке є поза обсягом аналізу, бо аналіза намагається відкрити несвідоме в психічному житті.

При опрацюванні теорії лібідо, неврози та нарцисизму, Фройд підкреслює, що існує різниця між сексуальним інстинктом та інстинктом “его”; що вони собі опонують і себе взаємно поборюють та, що вони мають відмінні відношення до своїх завдань.

Сексуальний інстинкт завжди пов’язаний з почуваннями з любов’ю, він шукає насолоди та ігнорує реальність. “Его” інстинкт натомість, додержується законів реальності, і тому часто витворює ситуації в яких бракує задоволення лібідо. Сексуальний інстинкт та його функція сягають глибоко корінням у цілий людський рід, але його насолода часто веде до небезпеки, а навіть і до смерти.

Точніше окреслення чи дефініція сексуального інстинкту та відмежування його від інших інстинктів, це дуже важливе завдання, говорить Фройд бо сексуальний інстинкт існує тільки в людини, і дає її суперіорність над “іншими тваринами”.

Фройд (1943, ст.359) вказує, що надмірний розвиток лібідо в людини та широка розгалуженість його психічного життя (яка правдоподібно є безпосередньо ним уможливлена) витворює умови конфлікту, а вже у всякому випадку, лібідо уможлиблює такий великий прогрес людини понад спосібності тварин та рівночасно дає людині потенціал до розвитку неврози, яка являється зворотньою здатністю людини в її культуральному розвитку.

Динамічні властивості лібідо та його можливості до самотрансформації і інвестиції в “его” та в інших об’єктах, дають нам вгляд у рушійні сили психічного життя, а трансференсна невроза подає нам найкращий матеріал для дослідів.

Так ,наприклад, делюзії грандіозности та деменція прекокс постають в наслідок інфляції “его” при помочі звороту на себе лібіда, говорить Фройд.

Нарцисизм, каже Фройд, це первинний та універсальний стан лібідо, який, маючи можливості розвиватися у власному тілі, розвивається повільно.

Він відмічає, що зрозумівши подані вище концепції, “...можна зрозуміти і цілу серію психічних станів” бо, висловлюючись мовою теорії лібідо, ясні стануть умови, що належать до нормального життя, як наприклад до стану любови, стану органічної недуги чи до стану снання.

Снання-це відтягнення лібідо від об’єктів в “его”, що відображає інтраутеринне життя, але воно не являється патологічним станом, як це є в стані нарцисизму, бо тут лібідо самовільно йде на відпочинок, а не під насильством чи під пресією. Але, як на це вказує явище снів, що існує певний опір лібідо до стану відпочинку і тому, через брак цензури “его”, формуються заборонені бажання у формі снів.

Органічна недуга розвивається в наслідок відтягнення лібідо від зовнішніх об’єктів і прикріплення їх до патологічних зон тіла.

Патологічний стан "...не приходить в наслідок мобільности лібідо, але він приходить в наслідок сильного процесу, який примушує відтягнення лібідо від об'єктів, бо воно через насилля не може відшукати належних шляхів до об'єктів, а слабкість лібідо походить в наслідок фіксації та від браку належного розвитку" (Фройд, 1943 ст.364).

Силу яка припиняє розвиток лібідо, Фройд віднайшов при аналізі пацієнтів, які страждали манією переслідування та він назвав цю силу *ідеальним егом, або его-цензурою та совістю, але в дальшому етапі формування його теорії особистости, він це назвав суперего*. Він також вказав, що суперего постає та розвивається під впливом батьків, під впливом соціального оточення, та від тих хто має вплив на виховання дитини, через процес ідентифікування з особами на яких така дитина взувалася.

Психоаналіза та роля трансференсії

Опрокидуючи закиди йому в односторонньому підході в формуванні теорії особистоти, Фройд говорить, що при конструкції теорії він бере під увагу генетичні предиспозиції, переживання в ранньому дитинстві, розлади реальності, родинні, соціальні та економічні умови і він вірить, що здоров'я можна досягнути стилем “більш свobodного життя”, але докладніших порад він не подає.

Завданням психоаналізу є відшукування та усунення репресованого психічного процесу. Отже терапія відшукує причини захворювання, вглиблюється в умови які сприяли розвиткові конфліктних або травматичних подій; пацієнт при тому досягає відповідний вгляд в генезу недуги та у висліді належного вгляду почуває себе краще.

Знання терапевта, що являється несвідомим в пацієнта не є рівнозначне з таким самим знанням самого пацієнта та все, що терапевт пацієнтові розкаже, то пацієнт не сприймає на місце несвідомого, але тільки поруч несвідомого.

Під час терапії репресія мусить бути усунена, резистенція мусить бути поборена, при допомозі належної уваги терапевта до пацієнта, але така комунікація з пацієнтом, нічого позитивного не принесе, якщо вона буде вестися тільки на інтелектуальному рівні, виключаючи емоційний стан пацієнта.

Терапевтові, справді, на допомозі стоїть бажання пацієнта почуватися краще, як також і його інтелігентність, і тому терапевт інтерпретує та помагає пацієнтові в ідентифікації несвідомого. Він теж вказує пацієнтові, що умови, в яких прийшло оригінальне конфліктне рішення або травма, змінилися, а сталося тому, що колись “его” було інфантильне, а лібідо було надто страшне для нього.

Але рішачу ролю в терапії відіграє “трансференсія”, яка появляється в прямій та в сублімальній формі, і яка може бути позитивна, а також і негативна. Трансференсія, говорить Фройд, це тільки “нове видання старої недуги”, і коли хворий її поборе, він тоді стається здоровий і вільний від впливів репресованих інстинктивних тенденцій. Трансференсія має лібідинний характер і це є доказом,

що симптом заступає лібідо, а отже і тому інтелектуальне розуміння є невистарчаюче.

Для виздоровіння необхідною сильна позитивна трансференсія, бо недуга, говорить Фройд "...виникає в наслідок любови і в любові кінчається".

Фройд, розуміючи, що "сугестивність базується на лібідо", замінив гіпнозу на трансференсію, чого Бернгайм, у свій час, не міг зрозуміти.

Фройд також звертає увагу, що пацієнти страждаючі нарцистичною формою неврози, не посідають спосібностей необхідних для трансференсії, бо "...вони себе трансформували в об'єкт лібідо"; саме і тому невротики не здатні на будь-які досягнення та на вдоволення в житті, бо:

1. Їхнє лібідо не прикріплене до жодного реального об'єкта.
2. Пацієнт витрачає аж занадто багато енергії на репресію лібідо.

"Пацієнт буде здоровий тільки, коли закінчиться конфлікт між його "ego" та його лібідо та коли його "ego" знову візьме лібідо до свого розпорядження" (Фройд, 1943, 395).

Завданням аналізу є відділити лібідо від попередніх прикріплень, проблема яка видається недосяжним для "ego" в його патологічному стані, і віддати його знову до послуг "ego". Лібідо у невротика прикріплене до симптомів, отже терапевт, для того щоб досягнути успішних результатів, мусить роздробити та неутралізувати симптоми. Для того необхідно звернутися до пункту де таке прикріплення почалося, тобто до конфлікту який таке прикріплення випередив, та з поміччю рушійних сил, яких попередньо не було, торувати їм дорогу до нової розв'язки.

Ревізія процесу репресії тільки частинно піддається розумінню на інтелектуальному рівні, а децидуюча частина праці проводиться при допомозі трансференсії, бо "Трансференсія це поле бою на якому всі взаємопоборюючі сили мусять зустрітися"(Фройд, 1943, ст. 395).

Лібідо пацієнта під час аналізу в повній силі концентрується на аналістові, а тому симптоми залишаються без лібідо і у висліді, на місце оригінальної недуги приходить штучно викликаний трансференс який аналіст, при допомозі сугестії, виводить на поверхню, де трансференс ров'язується як звичайний ментальний конфлікт.

При відсутності репресії, опозиція між "ego" та лібідо зникає.

Терапія проводиться в двох стадіях:

1. Лібідо відтягується від симптомів за допомогою трансференсії.
2. Лібідо відлучається від трансференсії, але у відповідний спосіб, так, щоб не викликати репресії, бо в іншому випадку лібідо піде у несвідоме.

В наслідок відповідних сугестій "ego" робиться більш об'ємисте, в некористь несвідомого та через освідомлення, воно стається більш склонне дати автономію лібідо.

Сни невротика та похибки у мові, уможливають терапевтові розшифрувати значення симптомів, відкрити диспозиції лібідо, а при тому довідатись, де бажані імпульси перейшли в репресію та, що являється об'єктом, до якого прикріплюється лібідо, після його відходу від "єго". Сни, говорить Фройд, це важливий інструмент у праці психоаналізи. Здорова людина теж невротик, а її симптомом являється сон.

Різниця між здоровою та між хворою людиною вирішується прагматичним способом, тобто при допомозі покажчика, наскільки дана людина спосібна на досягнення та на вдовolenня в житті, скільки осталося нерепресованої енергії. Отже різниця є квантитативна а не квалітативна.

Сни відкривають лібідо та об'єкти, які оперують тепер, і тому вони не є архаїчного походження.

Підсумки

Співпрацюючи з Бруером, Фройд помітив, що переживання, в гіпнотичному трансі, травматичних подій пацієнтки, допомогло їй цілковито вилікуватися від гістерії, про це Фройд разом з Бруером, в 1885 році описали в книзі "Студії про гістерію". Висновком тих студій було ствердження, що гістеричні симптоми з'являються в результаті надто болючих психотравматичних переживань та, що такі травматичні переживання входять у несвідоме.

Фройд пізніше помітив, що подібний психотерапевтичний результат можна досягнути при допомозі процесу знаного як "свобідна асоціація", тобто при допомозі процесу у якому пацієнт повинен би висловлювати, спонтанно та безкритично все, що йому приходить на думку.

Через інтроспективну аналізу своїх снів, Фройд дійшов до висновку, що сни є висловом несвідомих бажань і несвідомого страху, доведеного до такого ступеня, що бажання стаються репресованими і тому вони появляються в символічній формі. У висліді повищих спостережень, він спрецизував техніку при допомозі якої він відшукував травматичний матеріал в пацієнтів, інтерпретуючи сни, які в них появлялися.

Фройд теж помітив, що пацієнт під час "свобідної асоціації", демонстрував ірраціональну поведінку у відношенні до психотерапевта, бо він проявляв абнормально велику любов, або перебільшений страх, гостру ненависть, розчарування та інші інтенсивні почування, неоправдані реальною ситуацією.

Він звернув увагу і на те, що пацієнт ідентифікував психотерапевта з промінентними людьми зі своєї минувшини, а особливо зі своїми батьками, і цьому явищу Фройд дав назву "трансференс"(перенесення).

Матеріали, які Фройд відкрив при студії хворих, вживаючи свобідної асоціації, інтерпретуючи їхні сни та аналізуючи їхню трансференсію, вказували на динамічну силу частини психіки пов'язаної з емоційними забуреннями, і він назвав цю сторінку психіки "несвідомим".

Таким чином Фройд сконструював типографію психіки та поділив її на три зони:

1. Несвідоме.
2. Передсвідоме, часом назване як підсвідоме.
3. Свідоме.

Передсвідоме включало в себе думки та переживання, які можна було привести до свідомості, у протизага до несвідомого, яке було забарикадоване від свідомості непереможною силою. Студіюючи символи несвідомого, Фройд дійшов до висновку, що ті символи переважно відносяться до сексуального матеріалу і тому він вважав, що несвідоме постає в наслідок сильного тиску сексуального бажання, а рівночасно і страху.

Тому Фройд уважав, що найбільш важливі травматичні моменти, які сталися репресованими, це були моменти сексуального характеру, і на такому матеріалі він побудував свою теорію *інстинктів та теорію лібідо*.

Підставовий інстинкт це *ерос*, який являється сексуальним інстинктом життя, та який проявляє себе в енергії лібідо.

Лібідо-це рушійна сила психо-сексуального апарату, яка проявляється вже на самому початку життя і яка частинно переходить на анальну зону та проявляє себе в задержуванні та у виділенні калу.

Тому, що зосередження інтересів є на власному тілі індивіда, Фройд назвав це явище *нарцисизмом або авто-еротицизмом*.

Коли дитина має 2-3 роки її лібідо починає концентруватися на пенісі або на клітерісі, а природне еротичне тяготіння є скероване на батьків, фундаментально воно буває амбівалентне, бо проявляє себе в любові як також і в ненависті.

В той сам час починається едіпальний період, який характерний тим, що дитина мужеської статі, розвиває сексуальні інтереси до матері, а дівчинка проявляє такі самі заінтересування до батька.

Фройд вважає це явище ключовим у формуванні характеру людини, а особливо при розвитку неврози.

Заборона батьками дітям, в їхніх сексуальних намірах, бажаннях та намаганнях є основною причиною в формуванні *суперета*.

Нормальний психосексуальний розвиток може зупинитися на таких стадіях:

- Оральній, а це вже особливо тоді коли дитина кормлена грудьми матері.
- Анальній, де строге туалетне тренування прискішує та підсилює такий процес, та
- Генітальній, особливо тоді коли дитина нетактовно або неправильно трактована, в час коли вона бажає мати когось із батьків за сексуального партнера.

В наслідок зупинення розвитку в повище згаданих стадіях, зріла людина, знайшовшись під тиском життєвих ситуацій, часто повертається до дитячої стадії життя.

Крім теорії лібідо, Фройд надає великої ваги інстинктові, який являється промотором психо-сексуального апарату та який проявляє себе в *інстинктах життя та смерті, а також у симптомах садизму та масочизму*.

Психічний апарат Фройд вважає замкненою системою енергії, підвищення якої спричиняє напругу та біль, а пониження якої дає вдовolenня.

Крім топографічної теорії, Фройд створив *структурну теорію психіки*, яка являється резервуаром інстинктовної енергії.

“Суперего”-це Частина психіки, яка виконує роль цензурного апарату та яка також виконує санкціональну функцію і імплементує моральний стандарт даної спільноти.

“Его”- це синтетизуючий чинник та арбітрактор у боротьбі іда з суперегом; це частина психіки, яка раціонально володіє діяльністю людини.

“Ід”-це безконтрольна частина психіки, яка є джерелом інстинктивних гонів

Фройд ділить тривогу на три типи;

1. Тривога реальна або об'єктивна, яка з'являється в наслідок страху від зовнішніх чинників.
2. Тривога невротична, яка появляється в наслідок вибуху внутрішніх імпульсів.
3. Тривога моральна, що появляється в наслідок сподівань кари зі сторони суперего.

“Его” розвинуло цілий ряд самооборонних механізмів, а саме:

- Репресію, яка служить для неутралізації акумульованої енергії “ід”, у випадку, коли “его” ставить барикади перед функціями “ід”.
- Проекцію, тобто процес перенесення відповідальності за свої імпульси на інших.
- Інтроєкцію, що являється узурпуванням чужих відповідальних поступувань для себе.
- Раціоналізацію, а це пошуки пояснень та випрадувань якихось бажань, дій або чинів при допомозі винахідних мотивів.
- Ізоляцію, яку досягається при допомозі шматування емоцій і асоціації думок, які відтягують людину від тривожних споминів, думок, фантазій, імпульсів та переживань.
- Редирекцію-це є процес звернення агресії на себе, в час коли така агресія спрямована на небезпечний об'єкт.

- Формування реакцій, що являється неутралізацією гонів, при допомозі свідомого раціонального протилежного акту.
- Анулювання реальностей, при допомозі спотворення та при перекручуванні фактів, заради підпори внутрішніх бажань.

Гармонія функцій між его, ід і суперего, в своєму висліді принесе здорову особистість, а брак гармонії, баянсу та співдії між ними, у висліді дасть психо-патологічну особистість.

Фройд акцентував увагу на тому, що для успішности психоаналізи, аналіст мусить увійти в “союз з егом пацієнта”, щоб перемогти “ід” та щоб втягнути його до співпраці з “егом”, що і скріпить його спосібність охоронюватися від нападів на нього різних чинників із зовнішнього світу.

Зужиття енергії, у боротьбі его, ід і суперего, дуже виснажує людину і за це вона платить високу ціну в формі психічної недуги.

Екзистенціалізм

Французький філософ Сартр висловився, що "...слово екзистенціалізм тепер вживається так нестисло, що воно не означає нічого"(Jean-Paul Sartre, 1956, ст. 289). В екзистенціалізмі завжди бувають вільні кінці, бо наші переживання та наше знання завжди неповне та фрагментальне. Бо адже тільки Бог має абсолютне знання світу.

Деякі екзистенціалісти задумуються над онтологічними та метафізичними питаннями. Однак в екзистенціалізмі немає центральної доктрини, як наприклад в ідеалізмі, і тому про екзистенціалізм говориться не як про філософію, але як про *стиль філософування*.

Основні характерні риси стилю філософії екзистенціалізму:

1. Філософування починається від *людини*, а не від природи і воно є *суб'єктивним*, а не об'єктивним філософуванням.
2. Суб'єкт екзистує в цілому ланцуху його існування, бо він є не тільки *думаючий суб'єкт*, але він теж являється ініціатором актів та ядром почуттів. Це ціла гама екзистенції людини, яку екзистенціалісти стараються висловити.
3. Екзистенціаліст думає емоційно. Згідно з Унамуно, "Філософія це продукт гуманности кожного філософа, а кожний філософ...це людина з крові і костей... і тому вона не філософує тільки розумом, але і почуваннями, бо це філософує *людина*" (Унамуно, 1954, ст. 28).

Екзистенціальна філософія починається від людини, як екзистента, тобто цілісної живої людини, а не лише такої, що думає.

Людина не має сутті людини, від чого можна б починати дедуктивним способом. Згідно з Сартром, *екзистування людини випереджує її суттєвість, бо людина, в першу чергу зустрічається зі собою, піднімається в світі, і дефініює себе щойно пізніше*. А коли людина остається нездефініювана, то це тільки тому, що вона є нічим, а вона станеться кимось лише тоді, коли вона себе *цим зробиць*.

Теми, які повторюються в екзистенціальній літературі, це не логіка, епістимологія чи гносеологія, але це теми про конкретне людське існування,

радше чим про абстрактне, спекулятивне, що колись не було в обсягу тем філософії.

Головні теми екзистенціалізму це свобідна воля, рішучість, відповідальність, тобто теми які стоять в основі особистого життя.

Використовування свобідної волі та відповідальности за формування майбутности характеризує людину і робить її автентичною.

Власне “я” цілісної живої людини являється центральною темою екзистенціалізму, а не тільки *думаючого суб'єкта*, як в Декарта.

В основному екзистенціалісти зосереджують увагу на *індивіді* а не на спільноті, хоч Мартін Бубер і Габріель Марсель звертають увагу і на інтерперсональні відношення, проте екзистенціалісти завжди шукають *автентичности* людини в світі.

Інші теми екзистенціального філософування відносяться до почувань людини, це обмеженість, винуватість, відчуженість, страх, паніка, жах, смертність, що не були ніколи об'єктом студій традиційної філософії.

Екзистенціалісти свідомі присутности трагічного елементу в житті людини, і тому вони присвячують такому психічному станові багато уваги, бо запримітили, що коли людина стоїть “над прірвою”, вона тоді спосібна на найкращі та на найбільш шляхетні рішення, дії та акти.

Свобода й прямування до автентичности завжди натрапляють на опір та на пригнобленність, а сама екзистенція кінчиться смертю. Людина завжди натрапляє на трагічний конфлікт, тому для екзистенціалістів важливим *емоційне життя людини*, бо тільки через почування, через емоції *людина включається у всесвіт* та вчиться щось про нього, чого не можна пізнати об'єктивним розумом.

Крім того екзистенціалізм интересується мовою, історією, суспільством, буттям, тривогою, нудьгою та усім, що фундаментально відноситься до живої людини.

В екзистенціалістів немає однородних підставових поглядів про природу людини, що являється основною темою їх філософування, і тому вони так яскраво поділяються своїм підходом на християн та атеїстів, хоч це теж є спрощенням, бо поняття віри є суто емоційне.

Бубер та Гайдеггер не кваліфікують себе ані як віруючі ані як атеїсти, а Кіркегаард уважається ревним християнином, хоч не можна нехтувати його упередженням до організованого християнства в дев'ятнадцяти сторічній Данії та його атаками на церкву.

В Ніцше теж була амбівалентність, але віра та релігія були об'єктом його сильних емоційних переживань протягом його цілого життя.

Ясперс говорить, що опозиція Ніцше до християнства була нерозривно пов'язана з його прив'язанням до церкви та, що це являлось дуже важливим елементом в його філософії.

Католики ставились з упередженням до екзистенціалізму, а особливо після появи “*Humani Generis*” папи Пія Дванадцятого у 1950 році.

Персоналізм теж ідентифікувався католицькою церквою з екзистенціалізмом, помимо того, що Карль Ясперс та Мартін Гайдеггер є зовсім далекі від атеїзму.

Сартр і Камю відкидають релігію та голосно деклярують себе атеїстами. Екзистенціалізм не дає відповіді на метафізичні та на онтологічні питання, але філософія Габрієля Марселя є стисло християнською.

Феноменологія-це метода дослідження розвинута Едмундом Гузерльом в його творі “Введення в феноменологію”, в якому він пропонує детальний опис властивостей явищ так, як вони представляються у свідомості. Для точності опису необхідно позбутися всяких упереджень та висновків і заключень. Його методологія має великий вплив на екзистенціалістів, а Гайдеггер був його учнем в Фрайбургу і він присвятив йому свою працю “Буття і Час”.

Феноменологія пропонує *доглибинний опис*, який відкриває суттєві властивості, а не випадкові, доривочні чи поверховні характеристики.

Екзистенціалізм та інші подібні системи філософії

Границі між прагматистами, емпірицистами, гуманістами, ідеалістами та між нігелістами є дуже гнучкі:

1. Емпірицизм та екзистенціалізм є собі близькі, бо вони виступають проти спекулятивного раціоналізму. Вони проти філософії “апріорі” та проти акумуляції великої системи, але вони за доступними, ясними, доглибинними та за вичерпуючими даними. Екзистенціаліст звертається *внутро* людини по свої дані, а радикальний емпірецист, звертається на зверх, до сприймання та відчуттів. Це дві інші методи пізнавання, бо екзистенціаліст пізнає *через співучасть*, а емпірицист пізнає через обсервування; емпірицист йде в пошукуванні за об’єктивністю та за універсальністю. Екзистенціаліст інтересується індивідом як окремою та цілісною одиницею, а не як загубленою та маловажною складовою частиною колосальної групи людей.
2. Гуманізм треба бачити під двома окремими аспектами, з яких перший можна б назвати як *відкритим*, тобто таким, який є в погоні за людськими вартостями. Гайдеггер гідно його репрезентує, коли він говорить, що людське життя, знаходиться в широкому контексті буття, бо людина *життя не творить, а досягає своє життя від Буття і тому вона являється відповідальною за буття перед Буттям.* (Über den Humanismus, ст.10, Frankfurt, 1949). Другий гуманізм, репрезентантом якого являється Сартр, цілковито *відкидає абсолютні вартості і говорить*, що людина є творцем та мірилом вартостей. Отже, що вартості походять від кожної людини зокрема та, що вона повноправна такі вартості оцінювати. Це є атеїстичний гуманізм.
3. Тільки людина екзистує, тобто вона проявляє свою присутність, а камінь, дерево, будинок, трава, кінь та все інше є, але вони не екзистують. Слово екзистенція має особливе значення, це щось в

Принципи Психотерапії і Гіпнотерапії

смислі приявності, це щось таке, що дає відчутти свою присутність особливими досягненнями, вкладами, поведінкою, і що кожночасно дає про себе знати в позитивному смислі, а не в смислі саморекламації, чи через екстравагантну поведінку. Людина екзистує при допомозі власних чинів, а не лише тому, що вона існує. Ідеаліст дивиться на людину, як на думуючу істоту, де цінується присутність ідеалів та здорового глузду, де основну роллю відіграє розум та воля, а екзистенціаліст бачить людину, як *тотальне буття в світі*. Ідеаліст починає від ідеї, а екзистенціаліст починає від реальності в світі.

4. Есей Вілліама Джеймса-Бажання вірити, “The Will to Believe”, вказує на зближеність екзистенціалізму та прагматизму, бо обі філософські системи виступають проти абстрактного інтелектуалізму, вони підкреслюють важливість віри при виборі рішень та загрозу рішенню базованого тільки на вірі, яка могла б себе оправдати тільки її користністю для людства. А різняться вони тим, що прагматизм є уталітарний, та є біологічно орієнтований та, найважливіше, що він легковажить внутрішніми почуваннями і все є оптимістичним, без огляду на трагічність ситуації. Екзистенціалізм, навпаки, звертає багато уваги на людські почування, нерідко та доглибинно інтересується трагічною сторінкою в людському житті, а вже особливо інтересується людиною психічно стоячою “над прірвою”. Для екзистенціаліста, людина це завжди неподільна цілість.
5. Екзистенціалісти звичайно виступають проти “естаблішменту” в теології, в політиці, в праві, в літературі, в моралі та на загал виступають проти інших “авторитетних” правил, а Ніцше, Гайдеггер, Сартр, та Камю нерідко проявляли глибокий нігілізм.

Історія екзистенціалізму має своє коріння в глибокій давнині. Вже в античній мітології де шукали вислову правди про людське життя та про його смисл, бо, як вчив Арістотель “Властиве всім людям, це бажання знати,... а тому і постійне самоквестійонування та свідомість власної смерті-ешатологія”.

Десь близько п'ятсот літ до Христа процвітало пророцтво та вчення Конфуція, Лао-тсе, Заратустри, Будди і у цій добі людина стається свідомою самої себе та свідомо своїх бажань. Людина теж переживала жахи світу та своє безсилля в обличчі стихійних дій природи, а тому і ставила радикальні питання. В обличчі тиску, переживаючи почування порожнечі, людина старається освободитися, і помімо того, що вона свідомо своїх обмежень, то все одно вона вибирає найвищу ціль і переживає абсолютність у власній глибині та розуміння вартости в досягненні самовивершення. Людина безперестанно прагне зрозуміти саму себе.

Тут з'являються заклики: покайтеся, переродіться, приверніться до Бога!

Пророки закликали людей покинути порожні культи, а повернутися обличчям до власної екзистенції. Вони закликали до відповідальності, до визнання реальності, до обов'язків перед голосом совісті чи винуватості та взивали щоб надолужити за втрачені можливості.

Сократ займає особливе місце в історії екзистенціалізму, бо в центрі його уваги було самопізнання, самодопит, самозрозуміння та відданість і послідовність до прийнятих ним принципів, аж до смерті.

Тема пророків значно поглибилася з приходом Ісуса Христа.

Як каже Лука (17:33) “Бо хто хоче зберегти своє життя то він його погубить, а хто життя згубить, то він його збереже”. Це теми негайної необхідності, це час поклику до негайного покаяння, це визов до християнської автентичності, що згодом в мільйонів віруючих, сталося дивізою життя, а з тим, в термінології появилися слова-гріх, тіло, дух, життя, розум, совість, серце, свобідна воля, віра, надія, любов.

Мова релігії-це мова екзистенціалізму. Гностицизм був суперником Християнства, бо він офірував розуміння людини, як також і шлях до її спасіння.

Святий Августин (354-430), закликав людей, пробудилися в свідомості себе та своєї цілі, бо “...в людині є щось *глибоке* тому, що їй самій є тяжко себе збагнути “. Правда знаходиться в самій глибині людини, і тільки через самопереживання, через повновартісне життя, можна пізнати себе.

“Не заспокоюйся, не живи в собі, а перевишуй себе, злучившись з твоїм Творцем. Він нас сотворив для себе і ми не знайдемо спокою, аж поки не спочинемо в Ньому”.

Святий Тома Аквінський (1225-1274) говорив, що ніхто не впізнає Бога, якщо він не знатиме себе самого, бо шлях до самопізнання, це одинокий шлях до пізнання Бога. Бог сотворив людину собі подібною.

Мартін Лютер (1483-1546) був типічний екзистенціаліст. Він бажав християнства *в чистій формі*, без організаційної корупції та без еклезіястичних канонів.

Він виступав за відповідальне життя християнина прямо перед Богом та перед всім своїм середовищем, бо найважливішим для нього була віра і сполука з Христом, а не догма, бо “...Бог є для мене і я є з Богом “, а пізнавати Христа, це значить визнавати Його благодать.

Карль Ясперс глибоко інтересується свобідною волею людини, її достоїнстю та розумом.

Екзистенціалізм дев'ятнадцятого та двадцятого століть

Сорен Кіркегаард автор-Ненаукового останнього слова; Страх і тремтіння; Хворіння аж до смерті; Так-або ні; Освіта в християнізмі; Твори в любові та інших праць, уважається батьком модерного екзистенціалізму. (Sören Kierkegaard, автор-Concluding Unscientific Postscript; Fear and Trembling; The Sickness unto Death; Either/Or; The Concept of Dread; Training in Christianity; The works of Love). Він почав писати філософські твори вже на 23-му році життя.

Його тривожило співвідношення між життєвою практикою та логічним мисленням і висновками та послідовністю. Він одержав стисле релігійне виховання і тому почував себе винуватим за нещасливу любов з Регіною Ольсен, а вже особливо за те, що його батько, в ранньому віці, проклинав Бога.

Його сучасники уважали його за мелянхолика та за інтроспекта. Кіркегаард був переконаний, що сильна та інтенсивна віра і суб'єктивність являються виявом та критеріями в досягненні правди. Він критикував Гегеля, бо уважав, що життя не сміє бути зредуковане до системи ідей, а повинна, натомість, існувати повага до реального стану. Він уважав, що людина страждає “заворотами голови”, коли вона серйозно вглиблюється в можливості вибору рішень та свободу, і тому в нього панував патос та серйозність в обличчі вічності.

Він, протягом цілого життя, роздумував як стати християнином. Для нього християнство вимагало сильної віри, а не церемоній та доктрин, і тому він агресивно атакував церковні інституції, бо християнство має до діла з волею людини та вимагає щоб вона перемінилася, щоб відірватися від світу та від себе. Кіркегаард безнастанно зиває до любови Бога.

В праці “Або-Або”, він звертав увагу, що кожна людина мусить вибирати між Христом і світом, бо хоч при виборі не можна користуватися здоровим глуздом, але ті, що вибиратимуть світ, несвідомо страждатимуть від розпачу, та в недугі аж до смерти, бо згублять все і остануться з порожніми ілюзіями. Він закликав приймати Бога вірою, а не раціональним обґрунтуванням та вважав, що логічні обґрунтування віри є нерелігійні, і такі погляди Кіркегаарда привели його у сильний конфлікт з церквою та з філософією Гегеля.

Фрідріх Ніцше (Friedrich Nietzsche 1844-1900), наслідник Кіркегаарда, народився в патріотичній сім'ї лютеранського пастиря та одержав сильне релігійне виховання. Він в молодості приятелював з композитором Вагнером в Байройті.

Від 1869 р. він був професором класичної філології в Базельському Університеті, з якого він зрезигнував 1879 р. та повністю віддався творчій філософії. В 1889 р. Ніцше захворів психічно та фізично, і десять літ пізніше помер.

Головні твори Ніцше це: Роздумування в невідповідну пору; Так говорив Зараттурста; Бажання сили; Антихрист та інші. (Unzeitgemäße Betrachtungen; Also sprach Zarathustra; Der Wille zur Macht; Der Antichrist). В Зараттурсті він висловлює думку, що промотором людської дії являється бажання сили та потяг до самовивершення, бо людина хоче себе творити, а не бути створеною, і коли вона не встигає такого досягу, вона тоді вживає вульгарної сили.

Таку вищу стадію досягнення людиною Ніцше називає “надлюдина” (Übermensch). Так він окреслює людину яка перемагає сама себе, свої емоції, свій розум, а яка всьо скеровує на досягнення чогось в позитивній творчості. В “Антихристі” Ніцше доводить, що стан “юберменшенства”, хоч досягається надто рідко, але все-таки досягається людською волею та великими зусиллями. Він дуже гостро засуджує лінивий конформізм, а вже особливо критикує гедонізм та суспільство яке в той час існувало.

Виступаючи проти Бога, він писав: “Будьте вірні землі, а не понадземним силам”, вчив, що існує циклічність природи в світі та відкидав біблійну науку про створення світу. Християнство, він говорив, сторонить з усім, що являється слабим та з усім, що воює та поборює потенціал людини та руйнує її розум, як це, наприклад, сталося з Паскалем.

Самовдоволення для людини-це життєва необхідність, а хто такого самовдоволення не може досягнути своєчасно, тоді він мстить на інших людях.

Ніцше закликав до самодисципліни, додержування принципів людських чеснот, до творення мистецьких вартостей, до скріплення розуму та до сильної духовності.

Він старався позбутися християнства, бо християнство це “постійне вбивство розуму” та воно приносить руїну сильній духовності, і воно відбирає право людини на свобідну волю. Християнізм, він писав, можна заступити “суперменшеством”, бо “Бога немає...ми його вбили” і томуто людина вільна щоб брати кермо над світом та над собою, хоч світ без Бога остається абсурдним, а це доводить до порожнечі та до нігілізму. Філософія Ніцше-це парадокс, який довів його до самознищення.

Карль Ясперс автор праць-Універсальна психопатологія; Духовна ситуація нашого часу; Ніцше та християнізм; Від джерел та мети історії; Філософська віра; Філософська віра в обличчі відкритості. (Karl Jaspers, автор; Allgemeine Psychopathologie; Der geistige Situation der Zeit; Nietzsche und das Christentum; Vom Ursprung und der Ziel der Geschichte; Der philosophische Glaube; Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarungю.), особливо інтересувався крайніми ситуаціями, тобто ситуаціями, не тільки невідрадними, але й такими, де людина себе почуває, що вона вже більше не може видержати, що для неї вже приходиться кінець та, що наступає нігілізм.

Як психіатр, він запримітив та спостерігав на протязі цілого життя, що людина замість того щоб ламатися під пресією ситуації, то вона стає вповноті своєї величі, і взноситься до належної їй висот. Тоді її відкривається нова реальність, показуються нові можливості, в неї появляється нова сила та шляхетність і вона відчуває наснагу до життя та до творчості, людина тоді вповні на шляху до трансценденції.

Мартін Гайдеггер (Martin Heidegger), автор; Буття і час; Холоднокрівність; Введення в метафізику; Кант і проблема метафізики; Питання відносно буття; Про гуманізм; Вчення Платона про привидивість; Що таке метафізика та інших. (Sein und Zeit; Gelassenheit; Einführung in die Metaphysik; Kant und das Problem der Metaphysik; Über die Seins Frage; Über den Humanismus; Platos Lehre von der Wahrheit; Was ist Metaphysik?). Гайдеггер, на противагу Ніцше, не мав нігілістичних тенденцій та він різко відмежовувався від гуманістичного екзистенціалізму Сартра.

Гайдеггер особливо присв'ячував багато уваги тому фактові, що людині притаманні тенденції піклуватись іншими людьми, опікуватись тваринами,

дбати про оточення, тривожитись долею своїх рідних, своїх знайомих, як також і долею простірно та часово віддалених від неї явищами подіями та стихійними руїнами, з чим людина пов'язується емоційно.

Гайдеггер підкреслював, що людина постійно відчувається зобов'язана до чогось та, що людина, самотня з поміж усіх в світі знаних істот, свідомо своєї обмеженості та смертності.

Мартін Бубер (Martin Buber) автор; Ти і я; Знання людини; Вказ шляху; Пророча доля (Ich und Du; The Knowledge of Man; Pointing the Way; The Prophetic Faith), систематично досліджує співвідношення людини до людини.

Альберт Камю (Albert Camus) автор творів-Чума; Бунтар, (The Plague; The Rebel) він проповідує філософію абсурдності, де героєм являється Сізифус, який двигає камінь вгору, тільки для того, щоб той камінь знову скотився вниз.

Жан П'єр Сартр (Jean Pierre Sartre), автор творів-Буття і порожнеча; Емоції; Нудота (Being and Nothingness; The emotions; Nausea) та інших творів, являється найблищій ідеям Ніцше та є найкраще знаний з його ствердження, що "...людина є засуджена бути вільною та, що вона несе відповідальність за долю світу та за свою власну долю."

Габріель Марсель (Gabriel Marcel) автор: Бути і мати; Введення в метафізику надії; Містерія буття (Being and Having; Introduction to a Metaphysics of Hope; The Mystery of Being) та інших, підносить метафізику надії, над чим я пізніше зупинюся дещо довше.

Відмежування "екзистенції від есенції" в філософії-це дуже давня проблема. Питання "що це є", відноситься до суттєвості, до есенції, яка притаманна абстрактності та універсальності, і якою можна оперувати раціональним мисленням; можна порівнювати, аналізувати та синтезувати, і така метода домінувала в філософії вже від часів Платона, тому ж і знамі платонівські "форми та ідеї".

Етимологія слова "ex-sistere" вказує на те, що тут мова йде про щось особливе, щось що визначається, щось, що дає знати про свою присутність. Але це не пасивна присутність, але то особистий та особливий прояв в певному місці та в часі, це щось таке, яке стисло відноситься тільки до людини. Це особливе та конкретне буття індивідуальної людини, яке не включається автоматично в раціонально сконструйоване поняття людини, але яке кожна людина спроможна творити сама.

В екзистенціалізмі існує унікальність та парадоксицизм, бо екзистуючий завжди відмовляється бути конформістом. Бути свідомим екзистенції, це індивідуальна присутність; це суміш дочасного з вічним в людині, що є дуже тяжко окреслити словом.

Екзистенція це не ідея ані суть, які піддаються інтелектуальній маніпуляції. Людина, згідно з екзистенціальним поняттям, стається меншевартисною, якщо вона дасть себе всмокнути в якусь органічну схему буття, або у якусь раціональну систему думання, виключаючи емоційні елементи. Людина

проявить свою присутність тільки тоді, коли вона чітко визначиться, або радше вивершиться в якійсь системі.

Для окреслення поняття екзистенціалізму Гайдеггер (Heidegger) вживає слово "Dasein", яке означає присутність та виключно присутність людини. "Дазайн" це онтологічна фраза, бо вона визначає відношення людини до себе, до її буття, а суть буття знаходиться в екзистенції, в "присутності", тобто коли людина проявляє свої найкращі вартості. Бо есенція людини не є в її властивостях, а *в її можливостях*.

Для Сартра буття-це свобода вибору. А свобода та буття себе взаємно виключають.

Для Ясперса екзистенція-це буття, але потенціально буття, де *відбувається* зближення до самого себе, де відбувається усвідомлення та імплементація присутності. Це-свобода, якою людина обдарована для самовивершення, для трансценденції, в якому основним індивідуальне "я", яке ніколи незмінне та незаступиме.

Екзистенціалізм це означає бути присутнім, це-визначатися присутністю зі свідомістю своєї потенціальності.

Це динамізм людини вперед, це ріст, це стало бути "в поході до..."; це є екстаза, трансценденція та похід до самовивершуванняся. Основним та найважливішим це-постійний ріст, *це кидання себе в можливості росту*.

Генетик та біолог Теодосій Добржанский (до речі наш земляк) в своїй праці під заголовком-Біологія остаточної турботи, (Biology of Ultimate Concern, ст.52) говорить, що "тільки одинока людина, з усіх істот, є самосвідомою, є спроможна себе оцінити та визнати чого вона хоче та чим хоче бути."

Людина відрізняється від іншого живого світу тим, що вона не міняється "згідно із засадами природи", але вона міняється згідно зі самоуявою та згідно з власною мрією та бажаннями, якою вона хоче бути, що вона хоче робити та чим вона бажає статися.

Людина не має незмінної природи крім людської, яка є відкритою та яка завжди знаходиться в процесі удосконалювання. Людська природа не є статична та не є тваринна, а особливістю для людини, це-стала присутність її духовості, для чого необхідною самодисциплінованість та енергія до походу вперед до самовдосконалення.

В більшості екзистенціалістів, за виїмком Габрієля Марселя, людина все знаходиться в постійному та незакінченому формуванні, а для нього, для віруючого християнина, людина оформлюється через поєднання з Богом, що є доступне і на життєвому шляху, але, очевидна річ, при допомозі Божої благодаті, беззастережної віри та при допомозі сильної волі.

Гайдеггер також говорить, що людина дозріває тільки відповідаючи на клич Буття.

Ясперс пише, що "Без трасценденції немає екзистенції." Побожні вірять, що людина ушляхотнюється зближуючись до Бога але, що людина цілком свободна

для того щоб вибрати собі вартості, вибрати свої норми поведінки та вибрати і рішати чим вона буде.

Сартр повищих тверджень не приймає, бо для нього немає Творця, і людина змушена сама творити та вибрати вартості, які вона уважає за добрі для всіх.

Другою важливою характеристикою екзистенціалізму, це віра в *унікальність* кожної людини. Для екзистенціаліста індивід завжди є незаступимий, незмінимий та невичерпний. “Я” кожної людини залишається вічним, навіть тоді коли вона фізично відійшла.

Лише одинока людина тому, що має відношення до себе, вміє себе оцінити та зревідувати свої відношення до вартостей, до збереження зобов'язуючих її норм і законів, може зберегти свою автентичність.

При тому треба відмітити, що сам факт, що людина завжди знаходиться в стані формування, вже не виключає можливостей опису її способностей, радше чим властивостей, чи пак її якостей.

Сам факт, що кожна людина є унікальна також не означає, що вона вповні сформована, бо існує обмеженість унікальності, і томуто існують структури характерні та помітні в усіх людей. Хоч людина в житті проявляє себе дуже многогранно, то все ж таки зауважуються певні внутрішні норми, які визначають напрям автентичного самопрояву.

Відношення людини до світу, вимагає окреслення, що таке світ?

І коли ми під словом “світ”, розуміємо все чого людина свідомо та що, до певного ступня вона розуміє, тоді слово “світ” включає погляд людини на оточення яке уможлиблює її життя.

Отже, світ без людини не існує, бо людина організує свій світ; грецьке слово “космос” означає порядок; людина впорядковує явища в своєму світі але тому, що деякі явища вже є впорядковані, згідно з потребами людини отже тоді вона їх тільки адоптує. Треба теж не забувати, що світ впливає на екзистенцію людини.

Крім світу універсального, важливим також і світ щоденний, який проаналізував Гайдеггер, а це і є світ в якому людина проводить найбільшу частину свого життя. Це світ рутинних звичок, який вдоволяє людські потреби в щоденному житті. Це фундаментальна форма екзистенції від якої походять інші. Це життя домашнє, яке людина вживає для забезпечення потреб власного життя, коли вона усуває життєві бар'єри, коли вона нищить загрози і коли вона спілкується зі світом та коли вона використовує його для своєї обслуги; коли поширює, комплікує та коли винаходить нові приладдя, бо все, що в світі це інструменти людини.

Людина пробуджується до світу лише тоді, коли їй його бракує; тобто тоді, коли немає повітря, води, їжі та інших життєвих необхідностей. Світ людини поширюється і до морських глибин та поза планету. Світ у свою чергу реагує на людину та не дозволяє їй бути нічим іншим, як його співучасником. Світ формує людину, а людина формує світ.

Людина може бути в'язнем своїх творів та може привести себе до самознищення, але вона теж може бути і погложена світом. Людина не обмежується до співжиття з кожноденним світом, і тому почуває себе краще, коли має до діла з творенням та досліджуванням; бо наука та творчість збуджують постійне заінтересування та дають винагороду за досягнення; бо інтелектуальний елемент являється невід'ємною рисою людини.

Світ мистця, на противагу до світу науковця, це світ уяви та мрій, де мистець відривається від рутинного світу і відкриває нову глибину та нові розміри та безмежну красу життя.

Світ релігії дає можливість вірою людині пізнати все те, чого не можна пізнати при допомозі органів відчущань. Релігія-це віра, це беззастережна відданість та змагання людини на підставі віри змагатися до висот.

Віра сягає поза знаним і вона підноситься понад пізнане. Бог створив світ та Він ним управляє! Присутність в світі вимагає втілення, через яке "я"сприймає речі та людей в світі та спілкується зі своїм оточенням.

Деякі екзистенціалісти (Кіркегаард та Гайдеггер), тілу присв'ячують дуже мало уваги. Натомість Марсель, Сартр, та Марлев-Понті інтересуються ним доволі часто, бо втілення є необхідне для екзистенції в світі, для спілкування з оточенням та, врешті умертвлення тіла приносить кінець екзистентові.

Екзистенціалісти виступають проти шматування людини, тобто поділом її на душу і на тіло, а заступають психосоматичну єдність; бо не уста, а людина має спрагу.

Екзистенціалізм відкидає монадологію Ляйбніца, та *rex-cogitas* і *rex-extensa* Декарта. Екзистенціалізм не зачинає від окремих організованих одиниць, які пізніше координуються, а він зачинає від людини в світі, що не має границь.

Світ та людина існують в часі та в просторі. Кант говорить, що простір це-форма відчуття, бо ми бачимо речі під впливом простору, а не відокремленні та самими по собі.

Гайдеггер говорить, що простір є в світі, а не світ в просторі, хоч простір об'єктивно не існує.

Екзистенція, без інших екзистентів вважається неможливою, бо в безлюдді немає екзистенції та людині потрібне персональне оточення з можливостями постійної взаємодії.

Закрадається питання, чи самотність часом, не буває необхідністю і чи вона не більш характерна для людини чим комунальність? Чи комунальний лад є тільки додатком до індивідуальної екзистенції та чи індивідуальність є похідною, чи може первинною?

При розсуджуванні такого питання, потрібно враховувати чи мало обставин, бо відомим є, що кожна людина робить рішення індивідуально, а вже особливо індивідуальною є смерть, хоч людина екзистує тільки разом з іншими людьми. Сексуальність та розвиток мови, свідчать про суспільність людини, отож жодна

людина не є повноцінною без інших людей, бо індивід має тільки половину репродуктивної системи та лише обопільні хромосоми характеризують людину.

Те саме можна говорити про мову, чи радше про співрозмову. Приватної мови немає та і мислення є суто пов'язане з мовою. Отже мова екстеріоризує думання, а мова це найбільша сила людини.

Гайдеггер говорить, що мова, яку людина створила, вона людину просякає, і одночасно робить її людиною. Ізольованість це не ядро з якого постають спільноти, і тому людину ізолювати не можна.

Люди не є інструменти, і не тільки вони формують світ. Співвідношення між людиною та світом-це застави людини про долю світу й співвідношення між двома екзистентами-це піклування та взаємовизнання, це взаємовідданість та взаємовідкритість; це форма присутності для когось, а присутність для когось, це спосібність виходу людини зі себе заради когось, це зангажовування людини для когось, це абсолютна шляхетність, довір'я, та лояльність.

Кіркегаард говорить, що людина може бути присутньою в Бога, але тільки при допомі власних чеснот.

Автентичність людини можна окреслити визначеністю, свобідною волею та відповідальністю, в противагу до товпи чи отари, в якій домінує бездумність, приглушеність та безвідповідальність.

Проблеми епістемології і онтології в філософії дуже пов'язані; епістемологія ставить питання "що є а що не є", отже таке питання шукає відповіді про реальність. Постає також питання, що є первинне-епістемологія чи онтологія?

Декарт, будучи по стороні раціоналістів і Лок, по стороні емпірицистів, дали новий поштовх підходу до розуміння людини.

Емануель Кант досліджував умови, які стверджують, що людина посідає обмеженість, якщо йдеться про спіймання про знання та про валідність знання, тобто, що може бути знане з певністю, що є реальне та що є доступне для людського пізнання .

Гайдеггер говорить, що знати , це означає "бути в світі".

Екзистенціалісти не мають терпіння з епістемологією та вони говорять, що епістемологія становить псевдопроблему, бо коли "я екзистую" то це поняття далеко ширше поняття від "я думаю"; "я є, отже я думаю", я є з іншими в світі, і цього не потрібно доказувати, бо я дію замість я думаю-це поняття яке рівночасно включає "я думаю".

Екзистенціалісти присвячують більше уваги до почувань, до бажань та до волі людини, а деякі навіть твердять, що емоційність відіграє велику ролу в процесі пізнання, і як Кант вважають, що знання має подвійну суть, бо досягає інформації при допомі органів відчувань та при допомі апіорних форм, які діють як активний елемент, що надає смисл інформаціям.

Людина себе постійно проєктує у своє довкілля, говор'ять Гайдеггер і Сартр; вона вкидає себе у можливості, маючи на приміті майбутність.

Інтелектуальні властивості людини розвинулись внаслідок її біологічних потреб, бо розуміти світ, це означає давати собі в ньому раду, це означає знайти свою дорогу, пізнати відношення речей та небезпеки, хоч при тому треба категоризувати явища, і це є практичне розуміння у відміну теоретичному, а теоретичне розуміння розвинулося з практичних потреб. Кожна практика має під собою теоретичні підвалини; від особливого до загального, від конкретного до загального, від актуального до припустимого.

Екзистенціалісти вважають практичне розуміння фундаментальним, бо у щоденному існуванні, уява мотивована практичними потребами.

Коли ми говоримо про знання, то ми маємо на думці, що ми досягли відповідну обізнаність з об'єктом досліджу. Але існує питання "як ми знаємо, що ми знаємо"? Існують різні форми знання-практичні й теоретичні; знання фактів, речей, людей, а також самознання та знання математичне, яке екзистенціалісти вважають тавтологією.

Для екзистенціалістів найважливішим це пізнання людини, та вони вважають, що цього можливо досягнути при допомозі суб'єктивної та інтроспективної методи, а найважніше це при допомозі спілкування, яке дасть нам певний ступень знання. Спілкування, екзистенціалісти твердять, дає найкращий ступень знання, бо це не тільки спостереження, але це процес який включає почування та волю.

Що таке правда? Чи вона знаходиться в об'єкті чи в суб'єкті, чи може у співвідношенні між ними, або може і ще де інше?

Традиційно правдою уважалось, тоді коли доходило до згоди між пропозиціями фактами та розсудком.

Екзистенціалісти відкидають цей критерій як недостатній, а вважають, що правда знаходиться в конкретності екзистенції, тобто *в глибині внутрішніх переживань та відкритості екзистенції.*

Гайдеггер говорить, що людина може відшукати правду тільки в умовах свободи, а людина є вільною настільки, наскільки вона відкрита до світу, а людина є настільки відкрита до світу, наскільки вона дозволяє комусь бути собою, без найменших застережень та без жодної маніпуляції-і тільки тоді відкривається правда.

Вже з давнини знаємо, що емоції пов'язані з тілом які в ньому виражаються. Відомо теж, що емоції пов'язані з психікою. Отже людина являється психосоматичною одиницею внутрішні переживання якої, часто доступні тільки людині яка їх переживає.

Але найважливішим те, що людина при допомозі емоцій має властивості єднатися зі світом, від якого відділяють її простори та час.

Раціоналісти, емпірицисти і позитивісти стараються приглушити емоції, як шкідливий аспект логіки.

Паскаль визнав, що серце має свою рацію та, що вона сильніша рації інтелектуальної. Людські емоції можуть бути шляхом до досягнення філософської правди. Емоції не являються антитезою логіки, бо емоційний

вгляд, або кут зору, може бути глибший та інтимніший. Інтелектуальний, емоційний та вольовий елементи не можуть бути розмежовувані в людині, бо вони стало присутні в живій особі.

Крім емоцій, які мають соматичні підвалини, як наприклад страх чи злість, існують також емоції які мають раціональні причини, на що вказав Кант, а також і естетичні та моральні. В загальному, емоції можна б поділити на первинні або примітивні та на ушляхотнені, а також на негативні та позитивні. Емоції звичайно не є легко викликати на побажання чи волево, а ще тяжче є зупинити емоції при допомозі сили волі.

Тривога являється невід'ємною частиною екзистенції і навіть вважається підставовим почуттям людини. Згідно з Кіркегаардом, тривога походить від первородного гріха, а у природньому житті, це пов'язане з переходом від невинності до гріха, який теж є побуджений тривогою сексуальної природи.

Друга причина яка викликає тривогу, це свободна воля, або неспокій перед важливим актом, або тривога в обличчі відкритих можливостей, коли людина мусить рішати "за чи проти".

Третя причина тривоги появляється в наслідок співвідношення в людині "тіла, душі та духа" та приведення їх до синтези, до єдності. Тривога це особливе людське явище, і притаманне тільки людині, бо появляється в наслідок гріха та при умовах необхідності Божої ласки.

Гайдеггер, як і Кіркегаард, пов'язує тривогу з "падінням людини" та з первородним гріхом, бо людина "відійшла від себе", відчувилася від своєї природи.

Тривога виникає також через обмеженість та через смертність людини. Вона будить людей від ілюзій та від фальшивих самовпевненостей, а також вона конфронтує людину з її відповідальністю та автентичністю.

Людські посідання-багатства та їх досягнення-не звільняють людину від тривоги. Отже ми і не знаємо що нас тривожить, але тривога є завжди і всюди, тривога є вічно присутньою в людині, бо людина завжди перебуває у постійному вирі можливостей та свободи і тому стоїть віч-на-віч власній автентичності та свободі вибору. Співучасть людини в світі, до якоїсь міри, відтягає її від жорстокости умов людської екзистенції, але тривога завжди появляється.

Онтологічна тривога завжди є першорядної ваги, бо тільки під її впливом та під її поштовхом людина зближається до своєї автентичності.

Тісно пов'язане з тривогою піклування; старанняся та турботи про себе, про сім'ю, про родину, про націю та світ. Людина теж кидає себе вперед в свої можливості та в обмеженості, в повній свідомості своєї падіння та тривоги в обличчі можливостей і в стаху перед ставаннямся "нічим".

Кіркегаард підкреслює важливість факту почувань людської свободи у виборі своєї майбутности та в обличчі тривоги, яка завжди супроводиться з увагою та

свідомістю людської обмеженості та смертності, а Гайдеггер підкреслює обмеженість та свобідність.

Сартр конфронтує свобідну волю з порожнечою. Свобода, він говорить, дає “завороти голови” через брак самовіри, а людина “є завжди вкинута у свободу щоб робити рішення в кожний момент”.

Тривога відкриває людині очі на реальність її умов, а тим самим і на необхідність Божої ласки, так думали Кіркегаард, Марсель, Сковорода та інші філософи екзистенціального стилю.

У Гайдеггера явище тривоги дає далекосяжні та первинні можливості для відкритості, але воно рівночасно тісно пов’язане з падінням людини та її втечі від самої себе й губленням своєї автентичности та зникненням в юрбі; воно наганяє в людині почуття страху, в обличчі самоконфронтації.

Втеча від падіння різниться від втечі перед страхом; бо страх має та віднаходить причину, а втеча від себе, від незнаного, де ми не можемо вказати на причину тривоги, бо вона не має ні місця ні речевости, а все є та все діє. Бо людина постійно повертається до свобідної волі та до своїх можливостей.

Соціальні взаємодії, до певної міри, полегшують тривогу, а найважливішою причиною тривоги, згідно з Гайдеггером, це обмеженість і смертність людини.

Тривога будить нас від ілюзій та від фалшивих надій і вона конфронтує людину з її відповідальністю й її автентичністю, і помимо втечі від себе яка притаманна падінню, онтологічна тривога є першоякісною пересторогою людині перед її падінням та перед втратою власної автентичности.

Кіркегаард говорить, що людина перебуває в постійнійшому стані тривоги перед порожнечою, бо вона є “вкинута на волю, щоб робити рішення”, а в її свідомість вічно вривається думка, що вона йде в напрямку прірви порожнечі та людина також турбується невикористаними як слід, у минулому, можливостями.

Можна уникати тривоги, вдаючись до прийнятих норм поведінки та в загально апробовані та практиковані вартості, але це також веде до падіння.

Тривога-це щось, чого не вільно уникати, але до чого потрібна відповідна настанова. Аналіза тривоги кидає світло на людину як на щось парадоксальне, а навіть як на щось абсурдне, бо в центрі екзистенції є вічно нерозв’язана напруга між свободою з її можливостями та з її обмеженостями, і вічний страх в обличчі порожнечі; а коли ми уникаємо визнання тих ірраціональних людських умов, то ми втікаємо від правди нашого буття.

Постає питання-чи справді тривога має таку ключову роллю, та; чи є якась альтернатива в людських почуваннях, замість тривоги; і чи це не дає нам неправильної та незаслуженої песимістичної картини людини?

Гайдеггер вказує на важливість ще кількох людських почувань, а саме на нудьгу, на розпуку та на...радість.

Кіркегаард розглядав нудьгу під естетичним кутом, який провадить людину до радикального квестійонування самого смислу та вартостей життя.

Гайдеггер ставить питання, чи щасливість може бути обмірковувана як онтологічне почування; бо коли щасливість дає нам вказівки для доброго співіснування, тобто відкриває нам закони Буття-тоді тривога перестає бути основним рушієм та чинником в житті людини. Але Гайдеггер, хоч і визнає почуття щасливості, то при остаточній аналізі, він все таки віддає пріоритет тривозі.

Ріке бачить, що почуття щастя та приналежності це первинні почування, але, якщо наше буття не є тим чим воно повинно б бути, тоді настає тривога.

Щастя-це атестат, що ми є зближені до Буття і тому ми відчуваємо духовний спокій, інтелектуальну любов і блаженство, про що говорили Декарт, Спіноза та Бергсон, а тривога це тільки зворотня та негативна частина, яка виникає в наслідок неавтентичної поведінки, а таки щастя це первинне та онтологічне почуття.

Насуваються далші питання: чи Буття та реальність має такий характер, який інспірує щастя, надію, спорідненність, тобто який викликає позитивні емоції, чи може позитивні емоції є чужі та рідкісні в людському житті, а такі як тривога, скука, нудьга є завжди присутні? Та наскільки людина є богоподібна зі своїми рисами?

Кіркегаард говорить, що байдужим було б, коли б людина найглибше розуміла християнство, але без належної і глибокої вартості цього для її власного життя та не робила б з того відповідних рішень; чи коли б навіть гола правда стояла перед людиною, але без належного заінтересування та без відповідного зворушення, або навіть коли б така правда збуджувала в людині страх, але не **беззастережну відданність та співмірний й консеквентний акт волі тобто чин.**

Людину не можна розглядати як склеяність думок, почувань та волі, бо це лиш абстракції єдиної цілості та не вільно бачити її статичною, бо вона є стало динамічною, активною; та в людському житті навіть немає стадій, а є прогресивність життя.

Але найважнішими-це акти, вчинки тобто дії згідні з глибокими почуваннями, вірою та естетикою. Екзистент настоєє на активності, яка дає йому конкретність та повноту, бо активність втягає всецілість людини, її думку та її пасію, бо без всесторонньої заангажованності, без емоційного та волевого рішення, акту немає. Екзистенціалізм-це не прагматизм, і акт це не зовнішня дія. Хоч людина є тим що вона робить, але того не вільно змішувати з функціональністю людини.

Динамічність підкреслює тільки життєвість, тобто зміну буття, але людина це щось більше від тих роль які вона виконує. Це є інтеграція персони, що себе проявляє, що себе структурує, і її акти це не тільки емпірично спостережувані дії, але в них людина проєктує та реалізує самообраз.

Акт тобто вчинок мусить бути зрозумілий як самовдосконалення, самовивершення та як вимагаючий зусиль усього ества людини.

Кожний акт є характерний свобідною волею, бо свобідна воля це синонім екзистенції; для християнина, свобода це постулат, і свободи не можна ані показати ані доказати, бо свобода випереджує феноменальний світ, та випереджує самого екзистента; свобода не є роджена ані не визначена; отже вона неспійнима й цілковито передвікова та ірраціональна; це є можливість а не актуальність; вона незловима думкою, але є визнавана почerez вживання свободи.

Святий Августин говорить, що свобода буває первинна й ірраціональна тобто та, яка знаходиться у виборі перед добром і злом та свобода остаточна, тобто після вибору добра і правди, яка являється початком, дорогою та кінцем мети.

Тривога породжується гріхом, диявольством та свобідною волею. Первинна свобода може перейти в анархію, а вторинна може перемінитися в компульсію правди і добра, і тоді християнізм може бути зловживаним, бо свобода має в собі зерно самознищення і тому може перемінитися в тиранію.

Без свободи немає гуманности. Свобода-це передумова для творчости. Отже людина є спосібна щоб творити і добро і зло. Освободитись це не означає тільки від чогось але і для чогось. Християнські екзистенціалісти вірять в перемогу добра і творчости. Рішення, вибір, зобов'язання, ангажування, це все явища в яких акт свобідної волі, дуже різко та дуже чітко виражається, бож людина це і є її рішення, бо тут включається не лише розум та досвід, але передусім патос та тотальність людини.

Рішучість-це самопрояв та самовідречення, бо щоб щось рішити, це рівночасно означає і щось відкинути, що нерідко може бути болучим, бо кожне рішення, рівночасно обмежує границі можливостей у майбутньому. Рішення приводить людину обличчам до себе, що і збуджує тривогу, бо це означає дедикацію власної майбутности.

Серйозність рішення-уважається найбільш підставовою в людському житті і тому рішення має доглибинний, трагічний, або світлий характер. Рішення мусить бути реафірмоване на протязі цілого людського життя. Тому рішення все пов'язане з тривоگوю, бо в обличчі незнаного, робиться щось зобов'язуюче.

Для Кіркегаарда, особисто, це було рішення шлюбу, приятельства, священничого стану, що мало б консеквенцію на ціле його життя.

Габріель Марсель вважає шляхетність найважнішою рисою характеру, бо вона уможливує існування суспільного життя. Остаточо все, що людина вибере воно відноситься до неї, бо тут є самопрояв; людина входить у відкритість можливостей, в самоцілевність, а тому сила показується тільки при послідовності.

Лояльність та шляхетність, і не тільки до інших людей, але й до себе самого, є дуже важливою в житті. Тому необхідно вистерігатися впертости та фанатизму, бо людина може, перевіривши речі, бачити їх іншими чим колись, бож всякі явища постійно відкриваються та збагачуються коли людина глибше ангажується.

Схильності до чогось, звичаї, традиції, критикуються екзистенціалістами, як конвенційні інституції, які відбирають людині можливості роблення рішень, помимо того, що людина, набираючись досвіду, бачить смисл та мудрість спільноти з її традиціями.

Обмеженність та почування виноватості це елементи які вічно вплетені в життя.

Тривога завжди товаришує свобідній волі, рішучості та творчості, а людська свобода все обмежена, бо людські аспірації завжди підлягають космічним законам, які далеко сильніші від людини.

Фактичність-це внутрішньо прийнята реальність, бо ніхто не вибирав свого буття, але він знайшовся в даному стані, в даному середовищі, в світі, і це є брутальний факт, якого, на жаль змінити не можна. (Тут мається на увазі расовий, соціальний, історичний, інтелектуальний стан та інші). Фактичність це протиположність можливостям; людина все знаходиться в ситуації, тобто у фактичній можливості, а це означає *вкинєність* кожної людини в дану ситуацію, і то для кожної людини в окрему, в іншу.

Екзистент ніколи не може втекти від напруги витвореної фактичністю та можливістю. Розуміння ситуації і мрія відкривають людські можливості.

Фактичність дуже часто демонструє свою радикальність, яка найбільше проявляється в формі обмежености.

Екзистенціалісти вглиблюються не тільки в страждання та слабості і силу людини, але також у її смертність, що не є великою приємністю, але є необхідністю, якої ігнорувати не можна. Людина це одинока живуча істота, яка на протязі цілого свого свідомого життя, свідома своєї смертности, і ця свідомість має особливі консеквенції в її житті, в її рішеннях, в її почуваннях та в її актах.

Смерть людина сприймає, не тільки як щось таке, що закінчує історію, але як щось, що входить до історії та, що сильно впливає на її творення. Смерть дає речинець екзистенції, хоч, як знане, ніхто не є свідомий цієї дати, і тому на смертність треба дивитися під декількома кутами, як наприклад у якому сенсі смерть приносить кінець?

Ми знаємо, що для Христа, для Сократа та для героїв чийось ідеалів, смерть це не є кінець, а навпаки смерть є радше кульмінаційна точка.

Знаємо теж, що смерть жорстко перериває нитку життя, і це породжує питання, яку вартість приносить смерть в обличчі екзистенції? Який вплив на людину має внутрішня свідомість про необхідну можливість смерти, а вже особливо в хвилинах великого емоційного збудження?

Гайдеггер пов'язує смертність з піклуванням, що є особливо складним явищем, бо походить воно від тривоги випереджуючої "вскок" у можливості та фактичною ситуацією і падінням. Екзистент є в постійній тривозі за долю людей йому близьких та дорогих та за долю його оточення; він безперервно мріє, бажає, планує, рішає; він кидає себе в омріяну, але незнану чи радше непевну

Йому ситуацію, ради піклування і тут приходять небажані падіння, а на кінець смерть.

Ієрархічно смерть, це найвища можливість та остаточна можливість, бо після неї вже іншої немає.

Передбачення смерті включається в ціле свідоме життя людини, і тому воно тим самим приносить певне обмеження цілості. Отже відношення людини свідомої своєї смертності до власного життя є дуже відмінною від людини, яка про смерть ніколи не думає та яка навіть смертність виключає.

Фактичність свідчить про постійне чергування минулого з майбутнім, та про остаточність-тобто про смерть.

Смерть, чесно сприйнята і передбачувана, може бути інтегруючим фактором *автентичності* екзистента та одночасно символом людської обмеженості.

Дочасність людини лише свідчить про те, що все, що приходить в життя, теж від життя відходить, а народження та смерть-це перша і остання точка, або це границі екзистенції, в яких піклування, бажання, турбота, проявляються в можливості, в фактичності, або в падінні, а послідовність- це сама по собі ознака обмеженості.

Послідовність завжди свідчить про обмеженість, бо людина насолоджується, або знає, або робить лише одну річ в певний час; це лінійна, горизонтальна поведінка, звичайно з пульсуванням, бо життя людини з її бажаннями та піклуванням, не завжди буває чисто ланцюговим, а частіше замикається в циклах, з яких найбільшим буває цикл життя.

Час минулий і час майбутній є притаманно пов'язаний з теперішнім, бо пам'ять пов'язує минуле з теперішнім, а передбачення з майбутнім. А екзистенція є неможливою без трансценденції часу.

Для тварини реальне-це лиш теперішнє.

Бути дбайливо наставленим це означає проєктування в майбутність.

Радикальна обмеженість в часі, переживається не тільки в послідовності, але і в часових рамках, коли існує тяготіння до негайних досягнень, які пов'язують теперішнє з минулим та з майбутнім, а в цьому є бажання вічності.

В типічному реальному житті такого цілковитого поєднання немає, а домінує брак рівноваги.

Типічні амбівалентності проявляються в таких ситуаціях:

1. Тоді коли існує засильне тяготіння до можливостей та майбутності; коли все зосереджується тільки на бажаннях та на майбутньому, яке переходить в ідеалізм, і навіть в утопізм. Ще гіршим буває втеча у світ фантазій, який завжди залишається тільки бажанням, бо цілковито ігнорує фактичність. Всі серйозні бажання мусять брати під увагу фактичність, тобто відкритість у певних ситуаціях, знаючи, що реальності не завжди є радикально відкриті але, що вони бувають дещо примкнуті і людина ніколи не знаходиться в обличчі явно

відкритих можливостей та, що необхідно також завжди враховувати і минувшину.

2. Коли прив'язання до минувшини веде до подібних ускладнень тоді воно може паралізувати бажання, через надмірну тривогу і через брак рішучості до досягнення радикальних змін та інновацій. Людина часто шукає захисту в ритуалах минувшини, а почуття винуватості може тоді вбити волю, і людина імпульсивно буде діяти під тиском інстинктів, компульсій і т. п. та не буде спроможна брати під належну увагу правдивих можливостей та їх використовувати.
3. Коли брак балансу між минулим, майбутнім і теперішнім, послаблює волю людини і робить її нерезолютною. Людина без віри, без системи, без опінії губиться в юрбі і стається залежною від обставин та від “авторитетів”.

Екзистувати це означає проєктувати себе у майбутність, де завжди існує розбіжність між бажаним та реальним, прірва між екзистенцією та есенцією, прірва між фактичністю та можливістю, прірва між самоідеальністю та між самореальністю, а крім того додається і “падіння”, тобто недосягання бажаного, бо людина завжди в стані “ставання”, і тому Ніцше передбачував “суперменша”.

Обмежена фактичністю людина, яка рівночасно є вільною робити рішення, при тому все підноситься та все падає, і стало відчуває винуватість.

Гріх в християнстві це-відчуження від Бога, а людина вічно змагає до свого правдивого життя-до автентичности.

Змагання до автентичности людини, ставить перед нею завдання на ціле її життя, ба що більше, людина все знаходиться перед питанням-“хто я, що я”, чим мені бути та, що мені чинити щоб статися правдивою, гідною та досконалою людиною?

Ці питання стаються ще більш тривожними з дозріванням людини, а вже особливо стаються пекучими, коли людина стоїть перед прірвою або перед кінцем життя.

Питання автентичности глибоко інтересує екзистенціалістів та, на жаль, їхня відповідь не особливо вдовольняє, бо більшість з них поділяє думку, що людина не має Творця і, що вона не має праобразу. Вони вірять, що людина сама творить себе та, що вона є рівночасно джерелом та мірилом вартостей, що ставить на людину ще більший тиск та більшу відповідальність, а тим самим і постійну тривогу, вагання, вимоги до себе та до свого середовища, страх за кожне рішення чи за вчинок, постійне самонедовір'я як також і недовір'я до власного оточення.

Екзистенціалісти говорять, що людина “будує себе” на протязі цілого життя та, що їй дуже рідко вдається досягнути себе, а ще частіше їй не вдається ніколи “себе” досягнути.

Філософи-ідеалісти говорили “стань тим чим ти є”, тобто увійди в свою суть.

Екзистенціалісти не бачать сутті в людині вони говорять, що людина не має “блюпрінту”, а мусить сама особисто рішати це питання, бо кожна людина є унікальна, а що більше це те, що людина стається собою лише до того ступеня, до якого вона вживає можливості свободи вибору.

Людина є автентичною лише до того ступня, до якого вона себе посідає та якою вона себе викарбовує згідно з її самоуювою, бо зовнішні чинники, моральні коди, закони та авторитети, у висліді, дають лише неавтентичність.

Найвизначніший представник таких поглядів-Сартр говорить: “ Ти є вільний і тому вибирай та винаходи; жоден моральний закон не вкаже тобі, що маєш робити, бож немає признаков гарантії в цьому світі, що вартості походять від Бога. Кожна людина мусить тому сама віднайти свої вартості і тоді вона буде автентичною, буде здатною себе контролювати та бути відповідальною за себе. Я роблю постанови для себе і я вірю, що вони є добрі для всього людства”.

Подані вище твердження можна окреслити як такі, що носять на собі пересякність зарозумілості, а крім того вони теж і небезпечні, бо що станеться тоді коли двоє людей захоче бути богами, та імплементувати знану фразу висказану Імануельом Кантом “..хочу щоб мої зобов’язання сталися універсальними.”

Камю, подібно як і Сартр, говорить слідує: “Я не вірю в ніщо бо все є абсурдне, але я не смію сумніватися у валідність моєї проклямації...бо сам протест у людини вказує на те, що вона не хоче бути трактована як об’єкт, але як достойна людина.”

Насуваються питання: чи повищі твердження не приводять до цілковитого індивідуалізму та релятивізму? Чи може бути допустима універсальна моральність? Чи така свобода не є надмірною та чи не внесла б вона повний хаос?

Мені видається, що в безбожному світі люди безвартісні, бо цінність людини є вартісна тільки в спілкуванні з іншими людьми, а для того необхідні соціальні регули без яких не можливо досягнути автентичности.

Тому я відкидаю твердження Сартра, що людина починає від нічого та, що і вона сама створює вартості, але вірю, що людина родиться з орієнтацією до вартостей та, що такий орієнтатор в людини це її совість.

Совість-це свідомість морального коду спільноти та почуття прикрости тоді коли людина його ламає; хоч часом голос це і є імператив ламати стандарти спільноти.

Прикладом тут може послужити біблійна історія Авраама та Ісаака, у якій Авраам, на поклик голосу Бога, як індивід був готовий переступити етичні норми. А робив він це в обов’язоку виконання Божої волі, під тиском внутрішнього голосу. У цій ситуації конфлікт рівня свідомости вказує на те, що універсальну етику може перемогти Господня команда і власна глибока свідомість.

Ніцше писав, що “ Ніхто крім Творця не знає що таке добро а що є зло. Бог сотворив людину та дав її ціль, сенс життя та майбутність, а тим Він і вказав на добро і на зло”, а далі, “...але тому, що Бог мертвий то людина мусить найти *супермена* та йому коритися”.

Гайдеггер говорить, що громадська свідомість це голос спільноти; це загальне прийняття і добра і зла, а свідомість кличе людину загублену в юрбі, бути чутливою до голосу власної совісти. Він також запитує звідкіля той клич появляється, і тут же відповідає, що він появляється із глибин власних почувань, тобто від автентичного “я”.

А до кого такий голос адресований? Гайдеггер відповідає, що такий голос спрямований до упавшого, до неавтентичного “я”, тобто до такого “я”, яке доміноване юрбою.

А який зміст цього голосу, Гайдеггер відповідає, що тут змісту немає, але тут є виклик “будь собою!”, який кличе кожную людину реалізувати свою потенціальність.

Без глибокого голосу совісти, немає етичної творчости, а тому мусимо слухати Бога, а не людину, бо совість може бути маніпульована та не все бути чиста, а тому і треба вистерігатися моралі “суперменша.”

Карл Ясперс вказує на те, що організований християнізм такий який більше интересується силою та долею власної організації, чим голосом Творця, не тільки підкосив власний авторитет, але він і розійшовся зі своїм первісним завданням.

Характерним в житті людини це-постійний динамізм, постійна напруга, постійна боротьба, намагання щось досягнути.

Це-вживання волі, свободи, рішень, творчости; це змагання до цілей, і на перший погляд виглядало б, що людина необмежена в її діях та в її можливостях. Показується однак, що існує всестороння обмеженість, включно зі смертністю. Ми бачимо людину разом з іншими в соціальной гармонії та в інтеграції, але бачимо також, що людина може бути проглочена суспільністю; ми бачимо її свідому власної цілі, але ми бачимо також людину відчужену від себе та в почутті винуватості.

Життя теж часто показується абсурдним, але динамічно поєднаним.

Підхід до життя атеїстів та християн відрізняється; християни вірять у ласку Божу та вірять в перехід життя зі смертю у вічність і тому часто нехтують волею людини, а чинять волю Божу. Цим і відкидають основну прикмету екзистенціалізму.

Мушу відразу додати, що рішення та воля виконувати Заповіді Божі, залежить від *індивідуального зусилля та від свобідного рішення самої людини*.

Гайдеггер вказує, що автентичність людини, тобто самодосягнення стається при помочі Божої ласки, і це саме підтверджує Ясперс, а акт волі, який являється головним чинником в характеризації людини як екзистента, являється теж головним чинником в християнській поведінці.

Християнство має дуже багато до діла з волею людини, бо воно вимагає від людини резолютності; відкинь себе, вмири щоб досягнути життя.

Кіркегаард здавався на ласку Божу, а оставалось в нього питання як її досягнути, і він не знаходив раціональних підвалин для розв'язки тої екзистенціальної ділеми, тобто особистої грішності, слабостей, обмежености.

Вірив він, що все залежить від інкарнації Бога, тобто від приходу Ісуса Христа на землю, а що це може бути спіймане тільки актом віри і волі. Для Кіркегаарда це був момент “в обличчі Бога” та він говорив, що щасливі ті люди для яких ці моменти є продовжувані та повторювані.

В Гайдеггера подібний момент, це момент “перед смертю”, який є рішаючий та пов'язаний з вимогою покори та покаяння, бо людина, передбачаючи смерть, визнає свою обмеженість та свою слабкість і індивідуально виконує свій останній акт.

Обидва повищі вислови мають ешатологічний тон, а саме безсмертність душі в Кіркегаарда, а в Гайдеггера це інтегральність теперішнього з минулим та з майбутнім, що теж підкреслює безсмертність душі.

Екзистенціалізм має до діла з інтенсивністю та з якістю життя, радше ніж з його змістом, і згідно з Полом Тіліхом, це остаточна ціль, остаточна застанова, яка єднає та інтегрує екзистенцію, зміст якої може мінятися від людини до людини.

Екзистенціалізм, в першу чергу, интересується людиною як індивідом та навіть виступає проти дегуманізованого колективізму, але він теж і не переочує соціальних чинників, які мусять бути узгляднені та належно зрозумілі, бо “людина живе з іншими в світі”, у всесвітній спільноті, тобто в театрі в якому виконуються всі індивідуальні ролі.

Радикальна дочасність людини є для неї притаманною, і тим самим людське життя має історичний, радше чим дочасний характер; людина спіймана лише у спільному руслі.

Історичний характер людини був представлений Вільгельмом Дітлейом, який говорить, що історія це чисте людське явище, бо там є сталий процес та факти. І хоч процес та ставання це природні явища і вони можуть бути пояснювані природньою кавзальністю, то історичні факти є відмінні, бо вони творені людським фактором, таким як амбітністю, агресивністю, голодом, страхом, цілеунаправленим рішенням і т. д.

Треба відмітити, що і природні явища також попадають до історії, такі як гурагани, потопа, пожежі, вулкани, але вони історичні тільки тому, що вони заторкають людські почування. Тільки з появою людини з'явився історичний характер природньої еволюції, при помочі якої формується світ, хоч цілковита контроля людини над природою не передбачається.

Сама людина теж стається об'єктом природничих дослідів, але її можна пізнавати лише при помочі співпереживання, в якому важливу ролю відіграють також почуття.

Кіркегаард говорить, що найважливіший момент в історії людства-це інкарнація Бога, і що це-повсякчасна правда.

Ніцше говорить, що історія це-декаденція, що це падіння включно до нігілізму та, що велику роллю в цьому падінні відіграв християнізм, а тому лиш “суперменш” врятує людство.

Ніцше також цитує Гете, де говориться: “Я ненавиджу все, що мене вчить, але не збагачує та не прискорює темпа мого прогресу”, бо ми вчимося історії не для того щоб акумулювати інформації, але для того щоб покращати рівень життя та для того щоб ушляхетнити людські вчинки.

Людина може мати до історії потрійне ставлення:

1. Монументальне.
2. Антикварне.
3. Критичне.

Монументальне відношення-це свідоцтво того, що “величне існувало, а тому воно є можливим”. Воно служить стимулом до розвитку концепції людини в найсвітлішому сенсі, який всесторонньо поширює її можливості; монументальне-це щось рідке, щось неповторне, щось понад пересічне, щось, що дає поштовх до творчості та до великих досягнень.

Антикварний підхід, це такий, що викликає пошану до минувшини, бож пошана необхідна хочби тому що воно є минуле, давнє та, що воно представляє собою стабільність. При антикварнім підході не рішається долі теперішнього, але з відтілю можна лише вчитися як зберегти життя, а не як треба щось творити. Антикварний підхід, очевидна річ, може також зводитися до нагромадження порохов припавших споминів.

При критичному підході людина мусить мати силу ламати минуле, ставити його перед судом, квестійонувати, допитувати та оцінювати.

Такий потрійний підхід до історії Ніцше рекомендує завжди, бо минуле може бути оцінюване тільки з вершин теперішнього, бо ж тільки людина яка переживає щось велике в собі, може вглибитися у величне минуле.

Ніцше теж підкреслює, що історія характерна своєю циклічністю, бо вона склонна до періодичного повторюванняся.

Гайдеггер говорить, що людина (екзистент) завжди є темою історії та, що вона все в світі та в природі, а смерть являється об'єднуючим чинником минулого з майбутнім та теперішнім.

Резолютність-це лояльність до власного “я” і рівночасно це і його автентичність. Екзистенція, як піклування та догляд, має потрійну темпоральну структуру, яка проявляється в фактичності, в можливості та в теперішніх змаганнях, а у висліді дається автентичність, яка приходить почерез рішення в обличчі смерті, бо резолютність походить від лояльності до власного буття.

Безрезолютна людина-це людина без віри, бо віруюча людина завжди в процесі творення своєї майбутності, вона кує свою власну долю, за яку сама відповідає.

Майбутність кожної людини та нації є узалежнена від фактичності, від обумовленості; кожна генерація має свою долю та свою мету, а разом із суспільством і кожна одиниця.

Автентичність спільноти та одиниці залежить від резолютності, від рішучості.

Неавтентичність це рух за течією, як криги по воді, а рішучість вимагає дії, рішення, праці, актів.

Важливо щоб людина була співучасником творення історії та щоб вона не осталася пасивним глядачем. Історія цікава не фактами, а можливостями які вона відкриває; та не важливе минуле, але важне майбутнє, тобто усвідомлення невикористаних можливостей для досягнення цілі.

Між Гайдеггером та Ніцше існують подібності щодо аналізу історії: вони обидва твердять, що початок людського життя завжди могутній, хоч в ході життя, людина своєю нерезолютністю зменшує свій потенціал, бо цілеунапрявленість тут відіграє велику роль.

Ясперс, аналізуючи добу знану як добу осі, десь около 500 літ до Христа, зауважив, що вже тоді філософи почали роздумувати над людським існуванням. Під тиском смерті людина переживає свою історію, хоч без того щоб остаточно пізнати свій зміст, бо оба кінці тобто початок та кінець, остаються назавжди незваними, але їм надається якийсь характер, який дає людині ґрунт, стимул та шлях до життя, але історія найкраще пізнається почерез співучасть.

В наслідок повищих міркувань виринають питання:

1. Чи історія в основному твориться людиною, або може силами такими як наприклад “доля” формує історію, і всьо стається помимо людських зусиль?
2. Чи історія прямує до певної цілі-до мети, або чи може вона прямо кружляє в орбіті якоїсь осі?
3. Чи історія офірує певний смисл та певну надію, або чи вдійсності все є фундаментальною абсурдністю?

Відповіді на повищі питання мабуть треба шукати в метафізиці. Ми бачимо що історія-це роздумування над майбутнім, це встановлювання мети на майбутнє та пошукування шляхів і засобів до їх здійснювання, а остаточно це проєктування самотрансценденції.

Категорія індивідуалізму в екзистенціалізмі є дуже сильна і тому майже недоречно виглядає, коли береться під увагу такі поняття як нації, корпорації, робітничі спілки, світові монетарні фундації, але показується, що Унамуно, Бердяєв, Сартр та Камю дуже інтересувалися спільнотами, і вони припускають, що ідеальна спільнота повинна б уможливлювати найдосконаліший розвиток індивіда, а тим самим і кріпити спільноту; тісніше та досконаліше організувати соціальну структуру, увести потрібну та відповідну інфра-структуру, завжди беручи під увагу індивіда. Зберегти людину від недуг, від голоду, від бідноти, від економічного визиску, від неналежної експлуатації природніх багатств та від

загрози деперсоналізації та дегуманізації. Маючи такі цілі на приміті, треба все пам'ятати про фактичність, щоб уминати загрозу утопізму.

Політичні погляди екзистенціалістів були різні: Гайдеггер був нацистом; Ясперс був опонентом Гітлера; Сартр та Камю були комуністами; Бердяєв антикомуністом, але в загальному всі вони були, до певного ступеня анархістами.

Статус метафізики міняється разом з історичними періодами, але найсильніші зміни приходять тоді, коли існує сильне заінтересування абсолютною реальністю. Існує спекулятивна метафізика яка намагається, при допомозі логічного мислення “схопити явища в світі”, яких не можна досліджувати емпіричним способом, а це були методи якими користувалися Гюм та Кант.

Крім спекулятивної методи існує ще описова, яка займається описом загальних категорій, при допомозі яких людина старається зрозуміти світ та пояснити явища.

Екзистенціалісти, в загальному, не мають довіря до спекулятивної форми метафізики та вважають, що людина не посідає компетентности для того щоб схопити конкретні реальності екзистента та щоб вложити їх в універсальну й раціональну систему.

Кіркегаард гостро засуджував систему Гегеля.

Екзистенціалісти не є позитивістами та не відкидають метафізики, бож і сама екзистенція не являється об'єктивним емпіричним явищем. Екзистенціалісти згідні зі Св'ятим Августином, який говорить, що людина це “неспіймима глибина” та, що людина не може бути ізольована від власного оточення, від світу, від часу та від історії.

Більшість екзистенціалістів, покликаючись на Канта, який вказав на обмеженість раціонального підходу до метафізики, вважає, що метафізика буває досяжною лише “духовністю-духовності-через духовність”, бо жодний раціональний емпіричний опис не вичерпує доглибинно людського феномена.

Гайдеггер займався проблемою буття, яку він виловив у своїй праці “Що таке метафізика”(Was ist Metaphysic)?

Шлях до пізнання людини, це не так інтелект чи органи відчуття як її екзистенція в найкращому розумінні того слова, а особливо це людина яка знаходиться в критичній ситуації, де вона себе найбільш чітко, щиро й відкрито проявляє та коли вона найкраще вглиблюється у візію свого життя. Питання остається: чи така візія носить когнітивний характер, а якщо так то наскільки?

Онтологічна мова побуджує та викликає розуміння, але вона його не пояснює і тому носить емоційне забарвлення та є схожою до об'явлення, до містичної візії чи до поезії.

Чи в таких випадках можна говорити про правду та про розуміння, про знання, чи навіть про метафізику чи про онтологію, коли людина керується внутрішнім вглядом та коли вона признає, що це стається під впливом внутрішніх емоцій та при співучасті її в пізнанні правди?

Ясперс говорить, що людина, коли знаходиться в граничних або у критичних ситуаціях, вона тоді інтенсивно та дуже широко і чесно шукає відповіді на питання чи існує та який є сенс життя.

Вона старається відшукати ціль життя та віднайти шляхи до досягнення тієї цілі, і щойно тоді вона різко відчуває дар та благодать самого життя в обличчі смерті.

(Я мав щастя, перебуваючи в ізольованому бункері очекати виконання присудженого мені вироку смерті, тому можу власним досвідом підтвердити, що людина саме в таких умовах найбільш чесно веде “сама зі собою діалог” в пошукуванні правди, але про це я напишу деінде. Є. Г.)

Отже зустріч зі смертю це потрясаюча, а рівночасно і визволяюча ситуація, яка творить чоловіка правдивою людиною. При тому треба завжди пам'ятати про необхідність тут свободної волі, яка тісно пов'язана зі совістю та зі смертністю людини.

В свідомості власної трансценденції, людина перевершує свою смертність і вона змагає до свого “начала”, яке не зрозуміле науці.

Чи трансцендентність Ясперса це Бог? Виглядає що так, хоч може і ці два поняття не ідентичні, але в нього це щось вічне, незнищиме, незміниме джерело всіх і всеобнімаюче. Його не можна збагнути ні думкою, ні уявою, і коли ми це називаємо такими категоріями як буття, причина, початок, вічність, незнищимість, то ми не вживаємо властивої назви, яка повністю вичерпувала б це поняття.

Ясперс говорить, що трансценденція це-не метафор, але це щось, що має до людини глибоке відношення, і сильний потяг. Це щось незбагненне, але й рівночасно це щось, що ми прагнемо збагнути. Чи тут йдеться про розуміння чи про знання? Все залежатиме від нашого окреслення, що таке “знання”, бо тут немає ані концепцій, ані доказів, а тільки “філософська віра”, яка має зміст, і яка визнає трансценденцію як моральний імператив.

Гайдеггер говорить, що “я” стається свідомим власної порожнечі та обмеженості через онтологічну тривогу перед лицем смерті і тут приходиться сильне внутрішнє змагання та зустріч з вічним буттям.

У пошуках остаточної реальності стара метафізика вважалася раціональною та об'єктивною. Екзистент оголошує, що існує якийсь вгляд в остаточно реальність, якої словами описати не можна. Досліджування бувають раціональними, критичними та аналітичними.

При цьому уникається фанатизм, вузький інтелектуалізм, раціоналізм та імперіцизм.

Природничі науки не дають знання про буття, але вони можуть лише дати опис дочасних об'єктів. Природничі науки теж не цікавляться питанням відносно сенсу життя, життєвої мети, вартостей та напрямних, хоч на шляху наукових міркувань, людина стається свідомо своєї обмеженості, і знаходить джерело,

яке дає ціль та життєвий сенс, але воно знаходиться поза межами наукових дослідів.

Кант писав, що метафізика-це природня диспозиція розуму і, що людина буде вглиблюватися в явища невлімовим розумом та, що це стається не тільки в наслідок інтелектуальної наснаги, але і в наслідок екзистенціального гону.

Онтологічні питання завжди хвилюють людину, бо це питання які стосуються мети життя та життєвих вартостей. Ризико завжди буває, що вибираючи щось реальне можна вибрати щось уявне та нереальне.

Інтелектуальні бажання пізнати, переплітаються з бажанням “бути” і то цілим людським єством. Появляються нерідко навіть особисті бажання пізнати речі, силою факту, вже знані і цей особистий персональний фактор, стається ще більш сильним, коли людина зближується до метафізичного пізнання, а це стається тому, що мається до діла з остаточними переконаннями, які формують людське життя.

Метафізика має релігійний характер і тому вона впливає та формує людину.

Всі люди прагнуть пізнати щось, що існує поза звичайними фактами, що є поза наглядним світом, і своїми інтелектуальними намаганнями пізнати Бога. Метафізика порушується течією історії, остаточною точкою поглядів та особистістю метафізика і його чуттєвістю.

Треба ще додати, що хоч жодна онтологія не є вичерпною, але все-таки онтологічний вгляд можна назвати найбільш цінним знанням яке людина посідає, помимо того, що правдивість онтологічного знання, об’єктивно не можна доказати; но все таки він дає інтерпретацію екзистенції даного індивіда; він дає базу для поширення структури інтелектуальності і розуміння, а разом із тим підтверджується онтологія. Метафізика-це пошук остаточної реальности, а в релігії це-пошукування Бога.

Екзистенціалісти говорять про Бога не на основі раціонального аргументу, але на основі сенсу людського життя, так як воно представляється в гідному пошукуванні в найширших границях. Екзистент знаходиться в напрузі між вірою та сумнівами.

Бог, в метафізиці екзистенціаліста ідентифікується з *джерелом ласки та правосуддя в глибині людського єства*. Бажання пізнати остаточну реальність Бога-це найважливіше метафізичне завдання, а друге важливе питання це-остаточна ціль людського життя, що і торкається невмирущости або вічности людської душі.

Ці два питання тісно пов’язані між собою і, звичайно позитивна відповідь на перше питання, являється позитивною відповіддю і на друге питання; бо незаступимий індивід не може бути згублений разом зі смертю. Важливою є інтенсивність людського життя, яке переходить якісну трансформацію разом з бажанням вічности, а вже особливо в тих інтенсивних та критичних моментах.

Екзистенціальна аналіза вказує на суть людини, якої не можна досягнути в ранньому житті, але існує певна можливість досягнення аж після смерті;

феноменологія надії вказує на властивість людини “бажати поза смертю”, бо бути свідомим власної смерти, це означає “бажати чогось після смерти”, а вже особливо при відкритості людини до можливостей та трансценденції.

Якщо всесвіт є безбожний і абсурдний тоді і немає остаточної мети для індивіда. Але оскільки вселенна є повна змислу в якому є Бог, є буття, і трансцендентність реалізує творчі можливості людини, так тоді є логічно думати, що досягнені вартості не можуть бути згублені.

Екзистенціальний філософ, а вже особливо психолог, відчуває обов'язок вказувати на все, що суперечить автентичності людини; він також хоче мати вплив на психологію, на освіту, на літературу, на мистецтво на етику й теологію і він покладає надію на краще розуміння природи та риси особовости здорової та недужої людини.

Екзистенціалізм виступає проти легалізації, бо це щось накинута людині ззовні щось, що придушує автентичність людини, а що удобрює ситуаційну етику, тобто етику, яку людина приймає від когось в даній ситуації, будучи чесною зі собою та зі своїми обов'язками по відношенню до спільноти.

Така етика, очевидна річ, страждає індивідуалізмом і суб'єктивізмом, але вона підтримує вибір розуму та чеснот та вона не визнає першенства закону.

Етика яка піддержує правовість повертається назад до традицій та до звичаїв; вона дає стабільність, але рівночасно вона дає і загрозу стагнації, а етика яка акцентує ситуацію, є орієнтована на майбутність. Існує, однак, загроза беззаконня через часту мінливість ситуації, а тому і потрібні закони, які б людина приймала та дотримувалася усім своїм еством.

Теологія базується на вірі та на об'явленні, а релігія представляє доктрину людини. А завданням християнської психології не є спекуляція про Бога, але про розуміння людини та про її відношення до Бога; про її надію, про любов, бажання, про гріховність, обмеженість, про віру, яка глибше відкриває нові горизонти божественности в людині. “Порох” біблійний- це екзистенціальна фактичність, а “дух життя”-це відкритість до можливостей.

Гуманістична етика мабуть, що ніколи не заступить сили віри в Бога, яка особливо проявляється в людині, коли вона перебуває в скрайніх та в критичних ситуаціях та відкрита до правди. А про Бога можна говорити тільки в моментах віри.

Екзистенціальна психотерапія Тілліха

Пол Тілліх (Paul Tillich), в статті-Екзистенціалізм і психотерапія (Existentialism and Psychotherapy), вказує на факт, що всі системи психотерапії базуються на концепціях, які спонукують досліджування та примінювання їх в психотерапії, однак дуже багатьом із тих систем бракує філософських підвалин, а в результаті, бракує підставових та пов'язуючих принципів.

Тож спробуймо обміркувати філософські підвалини психотерапії, включаючи екзистенціальні елементи.

Філософські ідеї, вже через необхідність, виникають в наслідок протиріч, отже в нашому випадку це-екзистенціалізм в протиставленні до есенціалізму. Ми віримо, каже Тілліх, що існує можливість описати есенціальну природу та структурне становище людини, попри те, що Сартр твердить, що людина не посідає жодних властивостей та, що вона є лише тим чим вона себе створює.

Але вже із повище сказаного Сартром виглядає, що людина таки посідає властивості *себе творити*, тож вона посідає властивості і *свобідної волі*, а це вже і є два основні елементи есенціальних доктрин. Екзистенціальний спосіб філософування виключає можливість негативного опису людини тому, що людина немає пробразу, немає властивостей порядної чи досконалої людини.

На питання чи існує можливість чистого есенціалізму у людини, відповідь може бути “так”, але тільки тоді, коли людина що є в пошукуванні есенції, виключить себе.

Отже людина має в собі есенціальні та екзистенціальні елементи в реальному житті. *Тому психодинамічна практика повинна б брати під увагу погляди есенціалістів та екзистенціалістів.*

Психічна недуга-це одна із ключових тем екзистенціалізму, і тому для успішної терапії необхідним застосовувати обопільний підхід, в конструктивній філософській матриці.

Бо, щоб зрозуміти гріх то необхідно мати концепцію добра. Щоб зрозуміти відчуження, то треба зрозуміти та знати властивість людини. Психотерапія завжди мусить орієнтуватися на доктринах про людину, на доктринах про життя та Буття.

Терапевт мусить дуже часто звертатися до філософського куту зору. Він не мусить себе ідентифікувати з якоюсь певною філософською течією, але *без філософського міркування терапевт успішно працювати не зможе.*

Філософські проблеми, які найчастіше виринають в психотерапевтичній практиці, це ідеалізм та натуралізм, тобто дві головні та протилежні течії характерні Європі в дев'ятнадцятому та двадцятому століттях.

Детермінізм Фрейда має своє коріння в натуралізмі, а його моралізм походить від ідеалізму. В ході терапії Фрейд знову передвідкрив плятонівське несвідоме, яке ставить безконечні перепони моральній людині в її самодосягання, а тим самим він і знищив пробраз людини як людини доброї волі та представив її як таку, що є спроможна творити і добро і зло, що є дуже важливим в екзистенціальному способі філософування.

Друге, що дуже притаманне людині, це її схильність до трансценденції, яку Фрейд назвав “сублімаційним процесом”, якого людина дуже часто вживає та у висліді чого постають мистецькі та культурні цінності; мова йде про позитивну творчу працю з добрими та благородними намірами, зі свобідною волею та цілеунапрямлюванням. Для того щоб людина змагалася досягнути щось цінне та благородне то вона мусить робити глибоко йдучі рішення і така риса є притаманна людині.

Чи існує різниця між екзистенціальною і невротичною тривогою, та почуттями порожнечі і винуватості?

Чи при допомозі психоаналізу можна теж усунути і екзистенціальну тривогу?

Виглядало б що так, бо між ними немає квалітативної різниці. Але чи справді можна переконати людину, щоб вона повірила у своє вічне туземне життя і не бачила своєї смертності, не відчувала своєї винуватості, або теж і часом не відчувала брак сенсу життя? А підставова тривога, особливо згідно з Сартром, базується на його твердженні, що людина приходить та твориться з нічого і, що вона в ніщо відходить.

Психотерапевт має не тільки право, але і обов'язок, намагатися допомогти людині в її недугах, які постали в наслідок її різниці між її властивостями та між її поведінкою.

Питанням остається-яку роллю в процесі лікування відіграє думання та дія?

Чи деструктивність є теж властива риса людини?

Чи коли людина живе згідно із властивими її нормами, то вона в наслідок цього відчуває вдовolenня та насолоду?

Психотерапевтичні спостереження вказують на те, що норми та принципи людської поведінки мусять відповідати людським прикметам, а не екзистенціальним спотворенням.

Релігійні заповіді демонструють конкретне розуміння властивостей людини, бо людина без окреслених цілей, норм та напрямків, завжди почуває себе тривожно, а це особливо виражається в дитинстві, тобто тоді, коли людські властивості бувають ще найменше змодифіковані та неспотворені оточенням.

Отже релігійні вчення виражають основні властивості людини.

Про це варто б подумати та завжди пам'ятати церковним ієрархам та душпастирям, бо на них у великій мірі, лежить відповідальність за збереження автентичности, сутті, тобто есенції людини.

Життя показує різницю між суттєвістю та екзистенціальністю людини.

Важливим фактором в терапії-це саме *відношення терапевта до пацієнта*; бо тут пацієнт відроджується в процесі спілкування з іншою людиною. Співвідношення, а не що-небудь інше тут першочергової ваги. Всі духовні функції людини базуються на її моральній самореалізації, а моральність це не лояльність чи послух законам; лояльність-це *послух власному центральному "я"*, яке людина досягає тільки при співучасті з іншою людиною.

Природа стається відкритою для контролювання та для оволодіння, але людина ніколи; людина не може статися об'єктом контролю та оволодіння, без того щоб згубити власну гуманність, або суть людини.

Пацієнт в терапії, не сміє бути бачений як об'єкт терапевта, бо тоді постане змагання між ними, а терапія це повинно бути місце в якому людина відкриває свої властивості та в них впевнюється.

Знову ще інша властивість людини це-*присутність в світі*, а не тільки у власному оточенні, як це відноситься до інших живих речей в природі, бо світ людини не є обмежений ані часом ані простором тому, що людина єднається зі світом при допомозі своїх почувань, як також і відчущань, хоч такі властивості та свободність ними користуватися не завжди є легкими, бо людина буває часто схильна робити себе в'язнем власного оточення та обраного нею авторитету.

Без доктрини людини; без концепцій без розуміння властивості людини, її природи, її суттєво-позитивний процес психотерапії, є хіба лише випадковий.

Швейцарський психіатр Людвіг Бінсвангер (Ludwig Binswanger), покликаючись на Гайдеггера, говорить, що людину не можна збагнути за допомогою теорії біологічної, механічної чи психологічної, а що вона може бути лише феноменологічно висвітлена як “буття в світі”; тобто як індивід у своєму світі який рівночасно співзвучний з іншими людьми та речами.

Екзистенціальна психологія завжди має на увазі потенціальність людини до трансценденції, а психоза та невроза вважає Бінсвангер, що вони постають в наслідок відхилення людини від самодосягання від самовдосконалювання.

Екзистенціальна аналіза, як і інші системи психотерапії, починається від ознайомлювання з життєвою історією пацієнта. Терапевт при тому не пояснює історії висказаної пацієнтом, але вона сприймається терапевтом як намагання модифікації тотальної структури пацієнта в його світі.

Психотерапія намагається включити людину в переживання її “втечі від себе”, а терапевт тут приймає ролю провідника людини, яка застрягла в дорозі “намаючись досягнути вершин”, але яка боїться йти далі вгору, як також і повертатися назад.

Терапевт вірить, що коли пацієнт належно зосередиться над своїми можливостями, тоді він завжди відшукає належну дорогу для дальшої життєвої мандрівки.

Психотерапевт мусить бути “присутнім з пацієнтом”; він мусить бути з ним у тій самій площині і мусить так само інтенсивно працювати над проблемою пацієнта, як і сам пацієнт, тобто шукаючи себе, кидаючись із минулого у майбутнє та навпаки, але терапевт ніколи не сміє засуджувати пацієнта чи давати йому поради або вказувати напрямні.

Сни в екзистенціальній аналізі сприймаються як “особливе буття в світі”; вони не пояснюються так, як це практикується в клясичній психоаналізі, але вони мають важливу терапевтичну валідність, бо вони дають пацієнтові додатковий модель буття в світі; вони дають йому нову відкритість до світу. Отже, людина може приміняти свої мрії та свої сни у реальному житті.

Слід завжди пам'ятати, що екзистенціальна структура людини-це не щось стале, щось непорушне, але це процес, це хід це є рух.

А психотерапія-це процес відкривання нових структурних можливостей, для чого необхідно приймати людину в її тотальності, а особливо включно з її

емоціями, бо вони являються вісью присутності та притягають людину в центр явищ.

Екзистенціальна аналіза вишукує та аналізує найбільш критичні внутрішні реальності, такі як страх, тривога, смерть, безсмертність, порожнеча, і вона присвячує більше уваги теперішності, а минувшині та майбутності лише настільки, наскільки вони проявляються в теперішньому. Бо терерішність-це місце зустрічі минулого з майбутнім і саме тому тут проявляються всі можливості вибору та рішень, і тут вирішується доля майбутності, бо людина завжди буває вільною робити рішення.

Основними рисами екзистенціальної аналізи це є вглиблювання в переживання людини, а вже особливо вглиблювання в критичні аспекти її переживань в теперішньому часі, що і приводить до визнання важливості ролі рішення та вибору в житті.

Коли екзистенціальна філософія застрягне в догмі, тоді вже зникне екзистенціалізм та його ціль-людина-екзистент. Екзистенціалісти йдуть глибше самих настроїв та сенсаций, а концентруються на бутті, в противагу до порожнечі. Бо людина все перебуває в центрі між буттям та між порожнеччю і тому в екзистенціальній терапії розгортається боротьба за “бути чи не бути”.

Габріель Марсель оприділює себе по стороні буття, а Сартр та Камю-по стороні порожнечі; Марсель бачить “світло та життя”; він все оптиміст та він дорожить буттям і Божою ласкою, а Сартр відкидає релігію і бачить прірву та порожнечу.

Екзистенціальна аналіза є характерна тим, що вона не має твердих догм та не має штивної аналітичної практики, але в ній домінує гуманність в поведінці та відсутність критики й директив.

Тактично рекомендується концентруватися на суб'єктивних переживаннях, а особливу увагу присвячується критичним ситуаціям, в яких почування набирають тривожних форм.

Не відкидаючи екскурсій у минуле, терапія концентрується на теперішньому. В терапії *тільки пацієнт вибирає собі ціль та робить рішення.*

Терапевт зосереджується на переживаннях, так як це їх описує пацієнт, а ніколи не концентрується на категоріях та на діагностиці. Терапевт звертає увагу на те, що впливає на формування симптомів та на те, що творить бар'єри в людській свободі.

Минуле та майбутнє відіграють ролю в теперішньому і тому не вільно їх ігнорувати, а вже особливо тоді, коли вони сильно впливають на динаміку людини. Все береться до уваги, і тому терапевт не сміє дати себе спровокувати та вживати свої спосібності при виборі мети та рішень, бо такий вибір в терапії, належить виключно пацієнтові.

В екзистенціалізмі немає несвідомого, але існує безмежний потенціал та свобода рішень і вибору.

Терапевт уважно стежить за способом поведінки пацієнта.

Ціллю екзистенціальної терапії є *самопізнання та вживання пацієнтом власного потенціалу.*

Християнський екзистенціалізм є дуже свідомий Божої присутності та необхідності Божої ласки.

Англійський філософ Лінг (R.D.Laing), в праці під назвою; Роздвоєна людина: екзистенціальне дослідження нормальної та божевільної людини, (The Divided self; An existential Study in Sanity and Madness, London 1960) , доказує, що людина може реально відчувати свою присутність в світі, та з ним нарівні спілкуватися лише тоді, якщо вона є онтологічно самовпевнена; вона тоді є спосібна належно стрінути всі життєві перепони (соціальні, етичні, духовні, біологічні) та задержати свою ідентичність.

Первинна онтологічна впевненість бере свій початок з народженням людини; немовля почуває себе реальним в усіх своїх діях та етапах, і воно приймає своє оточення як життєву реальність. Людина диференціюється в своєму оточенні аж до ступня коли вона чітко відчуває свою ідентичність, свою вартість, свою спосібність фізичну, інтелектуальну, відчуває належне їй місце в просторі та в часі, а також стається свідомо свого дозрівання, нидіння та своєї смерти.

Вищенаведений стан первинної онтологічної впевненості не завжди ідеальний, але й тому тоді людина почуває себе менш реальною, слабше диференційованою у світі, має нечітку ідентичність та послаблену автономність, характерну браком послідовності. Така людина не має довіря до себе та до власного оточення і її негативна настанова буде мати від'ємний вплив на неї, на її здоров'я, та на її оточення. Замість того щоб жити повним ентузіазму життям, така людина нереально та безуспішно бореться за самозбереження та вона через невдачі, бо завжди змагається з нереальністю, може розвинути повну психозу.

Коли людина не може сприймати своєї реальної індивідуальності, своєї ідентичності, своєї життєвості, та своєї відокремленості, тоді вона входить у світ ілюзій, і тоді починає нереально боротися за збереження своєї ідентичності, вона від усіх людей ізолюється та "зашкаралюється у власному світі", а при тому ще більше губить контакт з реальністю.

Зовнішні чинники на таку людину не мають більше відповідних впливів і вона тоді не спосібна спілкуватися з іншими людьми, а також часто і зі своїм природнім оточенням.

Тривогу, яка охоплює і яка контролює онтологічно невпевнену людину, можна б поділити на *погортаючу, вибухаючу та на заморожуючу.*

1. Погортаюча тривога буває тоді коли людина бореться за власну екзистенцію з великим страхом щоб уникнути "поглочення", або щоб не "потонути". Брак самовпевненості в такої людини, буває настільки шкідливою, що спілкування з іншими людьми є майже неможливе. Вона все боїться, що вона "потоне", спілкуючись з іншими людьми, або, що вона буде погловлена в якійсь ситуації. Вона не має стабільності своєї автономії і тому боїться всякого зближення, а вже найбільше така людина боїться любови.

2. Вибухаюча тривога буває тоді, коли людина, наводячи контакт з реальністю, попадає в жах, що дана ситуація є небезпечна, що така ситуація її знищить, або розірве. Така людина не тільки відчуває порожнечу життя але вона і боїться її заповнити, бо спроба контакту з реальністю наводить на неї жах. Вона часто страждає манією переслідування, вона нікому не довіряє та боїться навіть самої себе.
3. В замороженій ситуації людина почуває себе тоді коли вона стається кататоніком. Вона тоді не спроможна на жодні емоційні прояви та веде себе абсолютно пасивно, наче “корок на хвилях бурхливого океану.”

В психотерапевтичній ситуації пацієнт не сміє бути бачений як приклад чи носій особливих недуг, але він мусить бути прийнятий як достойна людина зі своєрідними життєсприйманнями, з особливими відношеннями на зовнішні стимули, а що найважливіше-він мусить бути прийнятим як людина з власним відгуком на поклик внутрішнього голосу, який часто вимагає реалізації власного потенціалу в даному та обмеженому часі. Терапевт мусить пам'ятити про людські властивості дати знати про свою “присутність” та при допомозі почуття любови, об'єднатись з іншими присутніми, а в терапевтичній ситуації це відношення до пацієнта так щоб він міг себе реалізувати.

Для успішного та для здорового життя, необхідним є респектування власної біологічної природи; бо щоб людина могла жити вона мусить мати необхідний для неї приплив та належний відплив повітря, бо всякі спроби маніпуляції дихального процесу, включно із задержуванням нормального вільного віддиху, не тільки що приведуть до ущерблення здоров'я, але можуть теж і принести загрозу самому життю.

Подібно, як цього вимагає біологічна природа людини, людина також мусить респектувати свій інтелект, своє соціальне та економічне оточення, свої культурні надбання та свою духовність, яка являється властивістю та власністю тільки конкретної людини.

При цьому не потрібно доказувати, що людина має до діла та що вона є часто конфронтована з таємницею Буття. А це означає, що психотерапія часто відбувається на тій самій території та у тій самій площині, що і релігія.

Але треба завжди пам'ятати, що існує різниця між наукою і релігійними переживаннями. Релігійні почуття уможливають трансценденцію людини, і не можна забувати, що людина страждає коли її суть не гармоніює з її реальністю.

Головною характеристикою терапевтичного процесу це є “перебування разом з пацієнтом”; тобто вглиблювання в його переживання; розуміння та безкритичне сприймання його так, як він кожночасно себе представляє.

Апробування пацієнта, яке часто висловлюється фразою “будь собою”, ніколи не сміє бути інтерпретоване як “мені на цьому не залежить, чи мені є байдуже що пацієнт рішить”, але ця фраза повинна бути інтерпретована як умова яка дає можливість пацієнтові проявити свою суттєвість.

Бо правда може себе об'явити лише в умовах беззастережної свободи. Суть правди показується через свободу.

Властивість або есенція людини це- її потенціал.

Таке беззастережне прийняття пацієнта означає визнання права за людиною на самовизначення, що уможливорює творчий ріст та розвиток потенціальності людини.

Беззастережне прийняття означає та свідчить про високу етичну якість, бо людину сприймається не як об'єкт маніпуляції або як об'єкт досліджування, а маніфестується підтвердження її права на буття собою та бути любленою і шанованою і в такий спосіб, тобто при допомозі спільних переживань, доглибинно себе пізнати.

Завдання терапевта це не "лікування пацієнта" але це "збагнення його моди буття в світі" та мобілізування його свідомости й його почувань, які уможливають йому йти в напрямку вибраної ним мети.

Психодинаміка людини міняється разом із глибшим пізнанням своєї сутті.

Онтологічно психопатологія виступає як комплекс реакцій викликаних внутрішнім голосом сумління який говорить людині, що вона відійшла від свого автентичного буття та, що вона узурпувала за собою право жити в опозиції до світу й що вона профанує свою свідомість та свій інтелект в протигаву до космічних законів.

Страждання пригадує людині, що вона не відповідно поважає силу, ласкою якої вона екзистує, наприклад такої як час та чи людина його належло використовує, чи може вона ним злепотребляє або прогавлює.

Людина завжди буває конфронтована з важливими рішеннями, і вислід з таких конфронтацій не все буває правильно передбачений та не все відомий, але людина все є конфронтована та змушена рішення робити.

Все, що репресоване, воно є тільки скрите від свідомости, і воно спричинює внутрішню боротьбу в людині, а боротьба зі собою тільки ускладнює ситуацію.

Життя пливе як ріка і людина має природне право плисти з течією, або плисти проти течії.

Але людина буде щасливою лише тоді, коли вибере течію яка гармонізує з її онтологічними властивостями.

Необхідно ще раз підкреслити, що завданням психотерапевта це сприймання пацієнта з вирозумінням, що і є властивим у здоровому міжособистому співвідношенні.

Це зустріч та завдання природніх людей в життєвому змаганні, а для того потрібне належне розуміння, співучасть та автентичність, а щойно тоді розкривається можливість до діалогу.

Екзистенціальна тривога жене людину до самозахисту, звичайно відкидаючи при тому її автентичність, а з тим приносить дезорганізацію особистости, яка

проявляється як психічна недуга, яка грабує сили людини від свободи та від творчої чинності.

Габріель Марсель

Габріель Марсель (Gabriel Marcel, 1889-1973), французький філософ та драматург, автор около 30-ти праць з філософії та подібного числа з драматургії, в брошурі під назвою “Філософія екзистенціалізму”, з датою 1973 р., вияснює підставові позиції та головні риси його філософії. Тут він критично аналізує філософію Сартра і уточнює свою екзистенціальну доктрину, включаючи його власну духовну та релігійну орієнтацію.

Замість дефініювати термін “онтологічна містерія”, який слушно підлягає суворій критиці, він тут рішив подати гльобальну та інтуїтивну характеристику людини, в якій відсутня онтологічність, або в якій згублений сенс буття, що і є характерне “модерній” людині, тобто людині яка дуже рідко, непослідовно та імпульсивно зустрічається з цим питанням.

Марсель тут висловлює здивування, якщо більш вдосконалена психоаналіза людини не відкриє патологічного ефекту витвореного репресією людини своєї необхідности бути свідомою власного буття.

Характерною рисою модерної людини, вважає Марсель, являється її життєва та соціальна *функціональність*, при якій людина вважається конгломерацією функцій, у якій буває розподілений час на працю, на розвагу, на відпочинок, на спання і т. д.

Часом, в таку рутину вкрадається і недуга, поранення та інші випадки, які стаються нагодою до реперування. Але смерть, об’єктивно та функціонально, являється кінцем функції.

Картина жахлива, він стверджує, бо сама людина потонула в своїй функціональності і остається лише порожнеча.

Немає місця для містерії, помимо того, що містерія унааявлюється вже зі самим народженням, з почуванням любови, ненависти та почуванням жаху, а вже особливо зі смертністю.

Але помимо всего, функціоністи ефективно зводять все це до чисто природнього та псевдонаукового явища-до деградованого раціоналізму.

Повний проблем світ, на жаль, остається рішенням не залишати місця для “містерії” і у висліді такої постанови людини в світі, стається брак серйозної застанови та брак визнання Буття, а тому і деградується та ламається особистість людини.

Визнання Буття, підкреслює Марсель-є та завжди повинно бути необхідністю.

Інтелігентна людина не сміє прийняти за правильну пропозицію, яка годиться що все у світі можна зредувати до повторних явищ, які часто бувають між собою неспівмірні, нестійкі а також і суперечливі.

Не сміємо також бути песимістами і прийняти що Буття немає, а враз із тим, що і власне “я” являється нічим.

Атеїсти та агностики, в постійних намаганнях “верифікувати” реальність, ігнорують присутність, яка є внутрішньою реальністю, виявленою в любові, і яка перевищує всі “верифікації”, бо любов кожночасно присутня.

А тому я вірю, говорить Габріель Марсель, що онтологічна необхідність не сміє бути придушена арбітрарним актом, який калічить саме життя людини, *яке є духовне в самих його основах.*

Марсель також піднімає питиння, чи людина своїм розумом спосібна обняти та зрозуміти поняття про Бога, про Буття, і тому він закликає ставити питання чи є Буття та, що це таке Буття?

Відповідає на це питанням; “але ж відразу відкривається глибина, бо я, що ставлю ці питання не можу бути певний що я присутній. Адже я, що формулюю що проблему є зобов’язаний остатися поза нею.”

Твердження Декарта, *що я є бо я думаю*, тут багато не допомагають, бо достаточного того, що я є. А на питання, “хто я є”, може допомогти інше питання-що я думаю.

Марсель настоює, що єдиним правильним підходом до онтологічного питання це підхід тотальний, тобто підхід цілісної людини, бо пізнання приходить через співучасть в бутті.

Відмежувати містерію від проблеми неможливо; містичне або метапроблематичне-це щось реальне, але не вловимиме, бо воно не піддається аналітичному думанню.

Людина щось пригадує лише тоді, коли вона здатна відмежувати власне “я” від своїх переживань. Онтологічна необхідність, або необхідність Буття, може бути відкинутою.

Буття не завжди супроводиться життям і життя може показати себе негідним та викликати розпач і вести до самогубства, але звичайно в драматичних ситуаціях людина звертається до метафізичного, до містерії.

Надія-це припущення, що в центрі Буття, без огляду на дані, на роздумування та на калькуляції, таки існує містеричний принцип подаючий мовчазливу згоду моїм всецілим бажанням. Це і є надія, яка існує поза реальністю та помимо непригожих логічних міркувань.

Розпач та надію є тяжко розмежувати.

Надія завжди базується на покірності, а не на гордості, бо надія гордої людини спочиває, чи радше знаходиться, у самій гордій людині.

Григорій Савич Сковорода

Григорій Савич Сковорода народився 3-го грудня 1722 року в селі Чорнухи Лубенського полку на Полтавщині, в селянсько-козацькій родині.

Маючи 12 років він поступив до Києво-Могилянської Академії, де навчався з 1734 по 1753, але з двома великими перервами; в 1742-1744 він був покликаний до придворної царської капелі в Петербурзі та 1745-1750, він перебував закордоном як член російської закордонної торговельної місії. Він теж короткий час працював викладачем поетики в Переяславському Колегіюмі, та з первами, у 1759-1769 роках був викладачем у Харківському Колегіюмі.

З 1769 р. Сковорода обрав життя “мандрівного філософа” і протягом 25 років подорожував по селах Лівобережної України, навчав людей та писав. Помер Григорій Сковорода 9-го листопада 1794 р. в селі Пан-Іванівці.

Творчість Григорія Сковороди згадую лише дуже коротко, та не з ціл्लю належної аналізи його творчості, для чого необхідно багато праці та місця, а лише тому, щоб коротенько, та без належного обґрунтування, висловити думку, що *стиль філософування Сковороди є екзистенціальний.*

Ба що більше, взявши під увагу добу, в якій Сковорода писав свої твори, його сміло можна назвати *предвісником екзистенціалізму.*

Твори Сковороди вже були досліджувані під різними кутами відповідними фахівцями українськими та чужинцями та вони висловлюють різні, часто суперечливі погляди про його філософські ідеї. І, як звичайно, глибокі думки будуть досліджуватися ще й майбутніми поколіннями, але в цій монографії я обмежуся лише тим що, але також дуже побіжно, вкажу чому стиль його філософування вважаю екзистенціальним.

Шинкарук вважає, що наука проголошувана Сковородою “..була справді народньою філософією” (1975, ст. 43). Він тут же цитує Бонч—Бруевича, який покликаючись на слова Леніна картає “...наших гореінтелігентів, ...вчених приват-доцентів, професорів, що вони захоплюються кожною філософською брошуркою, нікчемною статейкою, написану якимось горезвісним інтелігентом, а правдиву народню творчість...ігнорують і про неї нічого не пишуть...хоч ця багатовікова творчість мас відображає їх світогляд в різні епохи”, та що—“Культура розвивається як ріка; прямуючи до моря-вона залишається завжди пов’язаною зі своїми джерелами.” (Константинов, 1975, ст.65)

Не входячи в докірливий тон Шинкарука та поетичний зворот Константинова, їхні твердження, що творчість Сковороди походить із глибини *народньої мудрості та його серця*, є відповідні та правдиві.

Сковорода не тільки доглибинно та інтимно знав культуру українського народу, з яким він нерозлучно ідентифікувався, як він писав:“И совершенно человек видит тот, кто видит і сердце его, и любит, кто любит мысли его; любить, и вмьсть быть, и в единствъ жить-все то одно.”(Сковорода, 1973, т. 2, ст. 391), що само вказує на основну рису екзистенціального філософування, тобто на те, що жива людина всеціло філософує, розумом, серцем та своєю присутністю.

Крім глибокого знання культури українського народу, з яким він нерозлучно ідентифікувався, Сковорода “досконало знав Платона, Епікура, Джордоно Бруно, Коперніка, Ньютона, Лейбніца, Спінозу, Гассенді, Бойля. Читав і

перекладав Демосфена, Арістотеля, Люкреція, Плутарха, Ціцерона та інших” (Константинов, 1975, ст. 66).

На своїй могилі Григорій Сковорода велів написати-“Світ Ловив Мене та не Впіймав”.

Шинкарук у цьому вислові бачить “..перед усім *бунтарський дух, неприйняття і рішучий осуд існуючої соціальної дійсності, та світ згубних соціальних відносин, морального розтління, втрати людського в людині*” (там же 1975, ст. 43).

Шинкарук в тій же цитаті вказує на негативне відношення Сковороди до пануючої верхівки-“до кубла обманів і злочинів” та до московського царизму і вірить, що “Вихрь розвѣет сей прах”(Сковорода, 1973, том 1, ст. 77-78), бо він вірив в тріумф української правди та волі.

Коренем усього зла Сковорода вважає “сріблολюбство” (т. 2, ст. 402), а Шинкарук уточнює, що це є “...мироїди, зрадники, панство і царизм”(1975, ст. 44).

Взявши під увагу вже і сам життєвий шлях Сковороди, у якому він сміло з відповідальністю та послідовністю відкидає вимоги до нього всесильного існуючого “естаблішменту”, не тяжко передбачити екзистенціальний стиль його філософування.

Для нього менш важливими виступають абстрактні міркування, а основною ціллю його філософії являється *гуманний підхід до життєвих проблем*, а вже особливо до проблем простолюддя та до всіх прошарків українського суспільства, в якому “...широкого розповсюдження набув дух протесту, морального осуду, кріпосницьких і буржуазних порядків, які походили від царської Московії та від її носіїв. Подібно як Сократ та інші екзистенціалісти, Сковорода не тільки писав та проповідував свою віру та міркування, але він жив своєю філософією

Відомо також, що Сковорода відкинув пропозицію цариці Катерини Другої стати її придворним філософом, ба навіть і тоді, коли вона “пишалась покровительською філософією”, бо подарувала на потреби Колегії 1000 карбованців. Вона теж держала зв’язки з тогочасними філософами та листувалася з Вольтером, з Дідро та з іншими філософами Західньої Європи.

Сковорода тільки два роки, за наказом цариці Єлизавети Петровни, був придворним царським співаком, але він використав першу ж нагоду, щоб повернутись та остатися в улюблену Україну.

Він теж відкинув запрошення генерального губернатора Щербіна “зайняти місце відповідно до своїх здібностей”, а послідовно, протягом цілого свого життя, робив та творив все, що було *співзвучне його палкому серцю*, його всесторонній освіті та глибокому розумові; він любив свій український народ, його землю, його творчість, його історію, культуру, природу та він докладав усіх зусиль, щоб *з ним та для нього жити*.

Життя для Григорія Сковороди, це "...непереривна боротьба" (т. 2, ст. 316), бо "Ні про що не турбуватися, ні за що не переживати, значить не жити, а бути мертвим, адже турбота-це рух душі, а життя-це рух" (т. 2, ст. 350).

"Його філософське вчення мало антифеодальне спрямування і об'єктивно служило інтересам утвердження буржуазного суспільства, що йшло на зміну феодалізму", і далі " В понятті світу зла, мислитель узагальнив і феодально-кріпосницькі, буржуазно-власницькі відносини, характеризуючи останні, як світ морального розтління, влади речей, своєкорисливих інтересів, розпусти, зажерливості, духовної спустошеності."

Його світогляд і його вчення відобразили і сильні і слабкі сторони соціальних устремлінь та умонастроїв тогочасного трудового селянства, з котрим, помимо його освіти та життєвого шляху, Сковорода ідентифікувався, бо це його коріння, які давали йому кріпку основу та життєвий корм-бо " мой жребій с голяками" (Шинкарук, 1975, ст. 45).

Він тому і жив в середовищі трудового селянства та козацтва, у якому "широкого розповсюдження набув дух протесту, морального осуду кріпосницьких і буржуазних порядків які походили від царської Московії, та їх носіїв.

Філософсько-етичні питання Сковороди, були центральними та були базовані на онтологічності, на Бутті , на духовості "з чітко вираженим пантеїстичним характером" (Шинкарук, 1975, ст. 46).

"Бог, природа Мінерва есть то же" (Сковорода, т.1, ст. 118).

Сковорода, як і Сорен Кіркегард та Габріель Марсель, в своїх чеснотах супроти власного інтелекту, визнав Бога як Творця та як абсолютну досконалість, до сповнення волі якого людина повинна змагатися на протязі цілого свого життя, бо"...Бог як справжня людина в людині, став предметом не віри і поклоніння, а пізнання і слідування її природі"(Шинкарук, 1975, ст. 47). А дальше, "Пантеїзм Сковороди утворює теоретичну основу його концепції людини...в людині..., в її сутності Сковорода бачив істинного Бога"(там же).

Сковорода вірить, що суть людини, походить від її Творця-від Бога, і тому він говорить; " Чем кто согласіе с Богом, тім мирніе и щасливіе. Сіе-то значит жить по натурь...если кто смьшав рабскую и господстенную натуру в одно тождество, вмьсто прозорливой или божественной избирает себь путеводительницею скотскую и сльпую натуру." (Сковорода, т. 1, ст. 416).

Щастя, він говорить, не походить "...ні от наук, ни от чинов, ни от богатства, но единственно зависит оттуду, чтоб охотно отдатся на волю Божію", а хто не живе згідно зі своєю природою, або коли хто змішав природу "рабскую з господственною", або ті, які замість світлої, приймають сліпу-тваринну, ті прийняли "родное нечестіе, невьдніе о Богь, непознаніе пути мирнаго, шествіе путем нещастія, ведушим в царство тмы, в жилище духов безпокойных"(Сковорода, т. 1, ст. 416).

Звідси походить нещастя, бо людина пішла за "...руководством сліпої натури, ухватилса за хвост, минув голову или тую высочайшую часть." Бо Біблія подає

нам "...в уха величнее ество, яке називає началом, оком, отцем, сильным господарем...", та вона кличе "Внійдите в храмину вашу...Возвратися в дом твой... Дух Божій живет в вас" (там же).

Твердження Скворода, що людина має суть, до осягнення якої вона повинна змагатися протягом цілого життя, не є однозгідною з поглядами Сартра, який говорить, що людина сутті не посідає та і, що вона останеться "нічим", аж поки вона себе чимось "не створить". Такі погляди не поділяються всіма філософами екзистенціального стилю, бо по стороні Сартра, Камю та атеїстів, мало хто погоджується з поглядами, що людина немає жодного "праобразу", але *всі екзистенціалісти* (включно із Сартром), як на це влучно вказує Пол Тілліх, *визнають*, що основною властивістю, *характерною кожній людині, це "свобідна воля"*. Отже основна риса сутті людини таки існує, а крім того, не можна переочувати факту, що погляди Скворода про те, що людина знаходить свій праобраз в своєму Творцеві, поділяє чимало екзистенціальних філософів, а між ними Марсель, Бердяєв, Кіркегаард, Ван Каам, Тілліх та інші.

На протязі цілого життя Скворода невтомно доводить, що для досягнення особистого щастя, людина мусить *пізнати себе, мусить себе зрозуміти* "... или свою природу, взятся за свою долю и пребывать с частию, себь сродною, от всеобщей должности. Сии должности участия есть благодъеняе и услуга". "Гдъж возмеш охоту без природы?" (Скворода, т. 1, ст.417).

Він закликає людину, щоб вона була *консеквентною та послідовною* та щоб зрозумівши себе, не сприймала самопізнання пасивно, а щоб вона виконувала свої обов'язки, для яких вона народилась, бо вона тоді "...вмісто услуг, обижаєт друзей и родственников, ближних и дальних, однородних и чужостранных", а тим самим така людина приносить "вред обществу" та собі. Така людина розходиться зі своєю природою, зі своїми покликаннями служити та піклуватися потребуючими, а даліше він говорить, що навіть "Сама добрая душа тьм безпокойнъе и нещасливъе живет, чим важнѣйшую должность несет, если к ней не рождена" (Скворода, том 1, ст. 417).

"Щастіє твое и мир твой, и рай твой и Бог твой внутрь тебе есть", а Бог буде з тобою, "...если ты с ним будеш", "А ты смотри чтоб Бог твой был всегде с тобою"(там же, ст. 421).

Скворода, як і всі екзистенціалісти, *підкреслює важливість вибору* людиною згідно з її *свобідною волею*, що і являється одною з основних властивостей людини та він перестерігає, що *послух внутрішньому голосові та чинність згідно з тим голосом, який в людині знаходиться*, принесе йому щастя, бо людина буде робити те"...что прежде всѣх для самого тебе ест полезное, разумѣй честное и благородное".

(Скворода, т. 1, ст. 421)

Скворода закликає людину, щоб вона уникала:

А. Входить в несродную статью.

Б. Нестъ должность природѣ противну.

В. Обучаться к чему не рожден.

Г. Дружить с тьми к коим не рожден.”

(Сковорода, т. 1, ст. 417)

Він, як і Кіркегаард пізніше, говорить, що людина-це твір Бога, і що як такий, він має потенціал доблизитися своєї сутті, якщо він буде уникати нівечення власної природи; буде уникати противних для своєї природи діл; як він буде призвичаюватися та буде вчитися того для чого він родився та як він не буде удобрювати діл які противляться його природі (там же, ст. 417).

Мотивацію Сковорода описує притаманною йому й іншим екзистенціалістам поетичною мовою:

“Природа есть первоначальная всему причина и самодвижущаяся пружина. Она есть мать охоты. Охота есть ражженіе, склонность и движение. Охота сильная неволи, по пословице. Она стремится к труду и радуется им, как сином своим.

Труд есть живой и неусыпный всей машины ход, потоль, поколь породит совершенное дьло, сопльтающее творцу своему вьнец радости. Кратко сказать, природа запалает к дьлу и укръпляет в труді, дьлае труд сладким”(Сковорода, т. 1, ст. 417-18).

Мотивація, згідно зі Сковородою, походить від Бога, тобто від природи людини, бо “Без мене не можете творити ничегоже”, але він тут же підкреслює свобідну волю людини, кажучи “И сіе-то есть с Богом щастливо вступитъ в званніе, когда человек не по своим прихотям, и не по чужим совѣтам, но, вникнув в самого себе, и вняв живущему внутрь и зовущому его святому духу, послѣдую тайному його мановенію, принимается и придержитя той должности, для которой он в міръ родился, самым вышним к тому предопредѣлен”(там же, ст. 418).

Повищими словами, Сковорода теж підкреслює важливість *автентичности індивіда*, що є і одною із важливих рис екзистенціального філософування.

Не йдіть за чужими порадами, не наслідуйте нікого, а про вашу ціль та про вашу дорогу до неї, звертайтеся у ваше “нутро” та йдіть за голосом Творця, який знаходиться у вас, та який є “...у всяком человекі. Есть в тебе и с тобою” і “Оно не ошибается и лучшим путем поведет тебе, разумый, к тому к чему ты рожден , да будеш для себе и для братии твоей полезным”.

(Сковорода, т. 1, ст.418)

А далі, він перестерігає перед загрозою *фальшивих рішень*, які приходять в наслідок браку самосвідомости, і кличе “Узнай себе”, слухай Господнього голосу, бо “Он один знает что тебя сродное сіесть полезное”(там же, ст. 418).

Людина повинна бути автентичною, *та як окремих, гідний індивід* йти за своїм внутрішнім голосом, а не покликатися на людські правила, бо “И кто может человека наставитъ к тому, к чему сам Бог преградил ему путь?”

Свобідну волю людини, Сковорода підкреслює як щось могутнє і властиве людині та питає “ Но можно ль изльчить больного почитающего себе в

здорових?», та відповідає, що « Ніт трудньє как впиреть истину в глупое но гордое сердце»(там же, ст. 427).

Про щастя Сковорода говорить: «Ніт его нигдъ, но вездъ оно есть» та він закликає народ не розставатися з душевним спокоєм, бо *щастя людина творить сама, коли живе автентичним життям*, а вибір великий, бо «Сколько должностей, столько сродностей. Сии разныя к различным должностям божественныя побужденія означались у них разными разных челоушков именами, своими сродностями прославившихся », або"...как в челоуческом тілі один ум, однак разнo по разсужденію разных частей дѣйствует"(Сковорода, т. 1, ст. 424).

Сковорода як і екзистенціалісти бере також під увагу *умови людини* в яких вона найшлася без власної волі та говорить: «Не думай никто, будьто от нашей воли зависит избрать стать или должность»(там же, ст. 419) а дальше говорить, що"... и во сто раз блаженніе пастух авци или свиньи с природою пасущий, нежели священник, брань противу Бога имущий"(там же).

Найважнішим для Сковороди-це вибір "сродного" діла, що він доводить на прикладі бджоли, яка трудиться тільки заради щастя, яке вона досягає збираючи мед: "Сколько услаждается трудом пчела в собираніи меда! За мед ея умертвляють, но она трудиться не престанет, покаль жива. Сладок ей как мед, и слаже сота труд. К нему она родилась (там же, ст. 420). Самое изрядное дѣло, без сродности дѣлаемое, теряет свою честь и цѣну так, как хорошая пища дѣлается гадкою, пріемлемая из урынала"(Сковорода, т. 1, ст. 422).

"Релігійність є в певному сенсі живим джерелом філософії Сковороди", говорить Дмитро Чижевський (Нариси з Історії Філософії на Україні, Прага, 1931, ст. 61), та "Ми майже не знайдемо нічого, що не було б загальним майном християнської теології" (там же ст. 87).

В основі теорії пізнання Сковороди, стоїть передусім переживання, радше ніж мислення, він як і всі екзистенціалісти, більше цінує досвід, бо "Опыт есть отец искусству вѣднью и привычкъ. Отсюда родилися весь науки и книги і хитрости. Сія главная и единственная учительница вѣрно выучивает птицу лѣтать, а рыбу-плавать " (Сковорода, 1973, т. 1, ст. 117), або "Нелзя построит словом если тое же самое розорять ділом"(там же, ст. 440)

Підставовим філософським заінтересуванням Григорія Сковороди була, в першу чергу людина та її щастя, яке він бачив як "веселие душевное, а не як "плотскі насолоди (там же).

Осягнення справжнього людського щастя уможлиблювала "сродна праця", *тобто вільний вибір і рішення акту та дії*, уважав Сковорода, а це є безумовною прерогативою кожної людини. Інакше кажучи, без свобідної волі, без права та без можливостей рішати про себе, людське щастя немислиме, а це є один із найважніших постулатів екзистенціального філософування.

Шинкарук влучно (1975, ст. 48) вказує на те, що повище вказана ідея "...червоною ниткою проходить крізь усі його "Байки Харківські" і філософські діялоги і, що найвищу насолоду та справжнє щастя, на його думку, приносить

людині праця за покликанням, відповідно до вроджених нахилів”, бо як говорить Сковорода (т.1, ст. 430) “Изобилієм снабджується одно точію тѣло, а душу веселит сродное дѣланіє”, а труд в людини є покладений на неї самою природою.

Але найглибше щастя “сродна” праця приносить тоді, коли вона виступає частиною загально-суспільної праці: “Щаслив хто спряг сродною собѣ частную должность с общею. Сія есть истинная жизнь.” (т. 1, ст. 120), а праця до якої змушують-це джерело нещастя.

Сковорода повторював за Епікуром: “Дяка блаженній натурі, що потрібне зробила неважким, а важке зробила непотрібним”(там же).

Сковорода, подібно до екзистенціалістів, не *фракціонує* людини, як це роблять Юнг, Фройд та інші, а для нього людина це цілість, якій притаманна духовність, інтелект, почування тобто “серце”, совість та тіло, яке Сковорода називає храмом господнім.

Крім глибини думки, в творах Сковороди, могутно проявляється *емоційна сила* з якою він висловлює та боронить свої погляди, і можна твердити, що як і в екзистенціалістів, ступінь емоційної напруги, свідчить про його *впевненість у правдивості його поглядів*.

Наприклад про *скупання та нудьгу*, яка є невід’ємною темою філософування екзистенціалістів, Сковорода говорить:

“Если же отнять от нея сродное дѣйствіе, тогда-то ей смертная мука. Грустит и мятется, будто пчела, заперта в горницы, а солнечный свѣтлѣйшій луч, окошка пронзающій, зовет ее на цвѣтоносные луга. Сія мука лишает душу здравія, разумъ, мира, отнимает кураж и приводит в расслабленіе. Тогда вона ничем не довольна, мерзит и состояніем и селеніем, гдѣ находится. Грусны кажутся сосѣди, невкусны забавы, постылые разговоры, неприятны горничныя стѣны, немилы всѣ домашніе; ночь скупна, а день досадный; лѣтом зиму, а зимою хвалит лѣто; нравятся прошедшіе Авраамскіе вѣка или Сатурнови; хотѣлося бы возвратится из старости в младость, из младости в отрочество, из отрочества в мужество; хулит народ свой и своєю стороны обычаи, порочит натуру, ропщет на Бога и сама на себе гнѣвается. Тое одно сладкое, что невозможное; вождельнное, что минувшее, завидное что отдаленное. Там только хорошо, гдѣ ея и тогда, когда ея нѣт. Больному всякая пища горка, услуга противна, а постель жостка. Жить не может и умрѣть не хочет” (Сковорода, том 1, ст. 430).

Повищий цитат нехай також послужить взірцем *феноменологічного способу* досліджень Сковороди, який дуже характерний екзистенціальному філософуванню.

Сковорода нічого не вважав маловажним і тому його досліді доглибинні, бо “Не думай что не видное и безсильное есть тоже.”, бо “Бомба не чугуном опасна, но порохом или утаенним в порохъ огнем”. І далі: “Все невидное сельные есть своего виднаго и от невиднаго зависит видное”. “...мисль движит и правит тілом... і вона є самая пружина и существо. ”Мисль есть невидная глава языка, сѣмя делу, корень тѣлу”

“ Видиш ли друг мой Афанасій, что невидное сильняе есть своего виднаго и от невиднаго зависит видное” (Сковорода, т. 1, ст. 432).

Сковорода вважав, що Бог щедро наділив кожду людину талантами та, що людині остається лише *звернутися до себе*, віднайти свій талант, розвинути його та насолоджуватися успіхами своїх досягнень.

“Бог богатому подобен фонтану, наполняющему различные сосуды по их вместности”. Над фонтаном надпись сия: *Неравное всъм равенство*”, так жодна людина не скривджена Творцем, а їй потрібно лише відшукати себе та *розвинути свій талант* , бо “Сложившому крила трудно лететь і самому орлу”, тож не вільно в лінивстві очікувати плодів, хоч “сродная праця”є завжди легкою та милою: “Нельзя никак чтоб натура нужное зділала трудним”. Треба звертати увагу на нахил до праці, бо ліпше є бути “...натуральним котом, нежели с ослиною природою львом”(Сковорода, том 1, ст. 435).

Сковорода теж звертає увагу на *виховання дітей*, і пише:”Когда трильтній отрок самовольно наслышкою перенимає божественныя пьсни, любит заглядать в священныя книги, перекидать листы, смотреть то на таинственных образов картинки, то на буквы-не сіе ли обличает тайную искру природы родившія и зовущія его в упражненіе богословское?”

Він також звертає увагу на дітей які зраджують нахил до хліборобства, до військового чину, до інших фахів та ремісництва, але перестерігає щоб люди не вибирали фах ради “срібллюбства” (там же, ст. 435).

В своїй дослідницькій праці Сковорода надає перевагу досвідів та особистим переживанням понад теоретичну обізнаність (яку він теж дуже цінує). Але він пише: “Опыт есть отец искуству, відінію и привычки. Отсюду родилися всі науки і книги и хитрості” (Сковорода, т. 2, ст. 122), або “Нельзя постронть словом , если тоеж самое разорать ділом”.

Творчість Григорія Сковороди-це глибоке та дорогоцінне джерело з якого повинні б черпати прекрасні міркування та вказівки про суть та шлях до щастя людини, не тільки філософи та літератори, але психологи, а вже особливо психотерапевти. А тому першим завданням перед українськими науковцями є подати творчість Сковороди живою-цьогочасною Українською мовою, а тим уможливити ширшим колам спільноти вглибитися в його думки та їх використовувати.

Гіпноза

Джеймс Брейд (James Braid 1795-1860)

Для окреслення явища про яке говоримо, Джеймс Брейд вперше вжив слова “гіпноза”, у своїй праці під назвою-Невропнологія: або раціональне підложка сну. (Neurypnology; or, the Rationale of Nervous Sleep, London, 1843.)

Тут він заявляє, що його інтенцією-це “...вчити інших всього, що я сам знаю про способи індукції того явища та його застосовування в лікуванні недуг, а також заохотити моїх побратимів включитися в дослідження того явища, будучи впевненим, що наука та людство буде мати з цього користь” (Брейд, 1970, ст. 269).

В листопаді 1841 року, будучи скептично настроєним до гіпнози, Брейд зайнявся досліджуванням “мезмеризму” і в ході проведення дослідів, він “...зробив певні відкриття, які пояснили б деякі явища та які рівнож показали цікавими, спекулятивними та практичними” (там же ст. 270).

Він тут же і висловив надію, що при співпраці з професійними колегами, йому пощастить вияснити певні пункти, які поки що є дуже “містичні” для нього та які породжують “знамениті явища”.

Брейд відразу визнає, що він не розуміє “modus operandi”, при допомозі якої він викликає деякі явища, а особливо його дивує швидкість з якою він визиває “спання та побудження, стан каталепсії, стан штивности та інші.”

На підставі власних спостережень, Брейд гостро відмежовує “...Гіпнотизм від Тваринного Магнетизму”, а уважав він, що лікування відбувається при допомозі “...прямого, скорого та особливого способу вкинення нервової системи в нові умови...я вірю (пише Брейд), що ми досягнули в цьому процесі цінний додаток до способу лікування, але я відкидаю погляди, що гіпноза являється універсальним середником лікування”(там же, ст. 271).

Брейд заявив, що він не певний які недуги піддаються лікуванню при допомозі гіпнози, але він дуже вірив, що “...час та досвід дадуть відповідь на це питання”(ст. 272).

Він висловлював захоплення швидкістю з якою можна розбудити або припинити чутливість нервової системи, бо це “відбувається майже зі швидкістю думки”, і те саме можна робити з циркуляцією крові та з деякими іншими функціями організму.

Стараючись знайти відповідь на це питання, Брейд висловив гіпотезу чи це часом не стається “*під впливом уяви, яка є під контролею терапевта*”?

Він також апелював до заінтересованих лікарів, щоб вони завжди брали під увагу успішність лікування ним демонстровані й документовані та щоб вони перестали переслідувати гіпнозу та його особисто.

“При допомозі впливу гіпнози на нервову систему, ми досягаємо спосібність швидко виліковувати функціональні недуги, які тяжко, або які взагалі не піддаються традиційному лікуванню...як теж і недуги знані як нервові”(там же, ст.279).

При тому Брейд відмічає, що лікування не є вислідом фізичного впливу гіпнотиста на пацієнта.

Брейд провів цілу серію експериментів з *фіксацією очей*, щоб тим самим впевнитися в правильності своєї гіпотези про те, що продовжена зорова фіксація паралізує нервові центри ока, а також і порушує еквілібріум нервової системи і в наслідок чого приходить каталепсія очей.

Він тому і запропонував власну теорію, згідно з якою гіпноза наступає “...в наслідок послаблення церебрально-спинних центрів, а також кровоносної, дихальної та мускулярної систем, через зорову фіксацію” яку він уважав “первинною та імперативною передумовою”.

Зорова фіксація та мобільність і косоокість ще й до сьогодні являються об'єктом дослідів та клінічних зацікавлень.

Герберт Шпігель, американський психіатр, навчив мене розпізнавати здатність людини входити в гіпнотичний транс при допомозі певної обсервації ока (метода знана як НІР-Нурпotic Induction Profile, профіль гіпнотичної індукції), яким я успішно користуюся, без того щоб витратити багато часу на інші існуючі тести (про що мова буде пізніше).

Брейд уважав, що пацієнт не може бути гіпнотизований *без його відома та без його кооперації* (там же, ст. 285), що і до досьогодні є об'єктом спірних поглядів.

Він теж спостеріг, що не всі люди, які висказують бажання бути гіпнотизовані, входять в однакову глибину трансу, коли вони бувають гіпнотизовані при допомозі зорової фіксації (там же, ст.287).

Його спостережливість при проведенні експериментів переконала Брейда, що можна успішно гіпнотизувати людей різного віку та статі, а також при денному світлі, при газовому та в темноті, як *рівнож і з закритими очима*. Він запримітив, що найтяжче доводиться гіпнотизувати людей з інтелектуальними проблемами хоч, досягнувши уваги та фіксації зору, можна гіпнотизувати і тварин.

У висліді експериментів, він поставив гіпотезу, що гіпноза постає при помочі “тваринної економіки”.

Брейд детально описує методу індукції трансу:

- “Візьми блискучий об’єкт трьома пальцями лівої руки, та держи його на віддалі яких 15 інчів від очей пацієнта, але так, щоб це викликало в нього максимум зорової напруги”.
- Пацієнт мусить зрозуміти, що він має фіксувати зір на даному об’єктові та і концентрація думки повинна бути прикріплена до даного об’єкту.
- Оператор запримітить, що зіниця ока спочатку звужиться, а пізніше розшириться.
- Тоді оператор підводить два розкриті пальці правої руки від блискучого об’єкта в сторону очей суб’єкта то це, правдоподібно, спричинить мимовільне замкнення очей.
- Якщо цього не станеться, або коли суб’єкт буде рухати очима-тоді належить повторити попередній крок та вказати йому, що він повинен дати очам закритися при наближенні до них пальців оператора. Очі повинні бути безперервно фіксовані на блискучому об’єкті, а думка суб’єкта мусить бути зосереджена на даному об’єкті.
- Оператор запримітить треморне, або спазматичне закривання очей.
- Після 10-15 секунд, коли оператор підніме руку або ногу суб’єкта, то нога або рука залишеться в тій самій позиції, але це станеться тільки тоді, коли суб’єкт буде вже під належним впливом гіпнози.
- Коли цього не станеться, тоді м’яким тоном голосу, треба закликати суб’єкта задержати кінцівки в підвищеній позиції.
- Це звичайно прискіпить пульс серця, а руки та ноги стануть штивними та мимовільно фіксованими.
- Можна буде помітити, що всі відчуттєві органи, за виїмком зорового, будуть надзвичайно загострені, так, як це стається під впливом опіюму, вина чи спирту.
- У відповідному моменті зауважується, що така екзальтація переходить в депресію, і то в значно сильнішу та в далеко більшу чим в апатію або в сон.
- Від стадії цілковитого заціплення відчуттєвих органів можливо раптово реставрувати протилежні умови повної мобільності всіх органів, а це при подуві повітря на орган чи на органи які ми хочемо збудити до активності, а які перед тим були в каталіптичній стані.
- Звичайним заспокоєнням, всі органи людського тіла можна знову привести до цілковитого відпочинку.
- Брейд пікреслював, що механізм при помочі якого викликаються всі ті повищі явища йому незрозумілий але, що вони стаються дуже нагло та

незалежно від того що є джерелом подуву уста, вітр'як чи якийнебудь інший об'єкт.

- Різкий подув, обо наглий тиск на напружені мускули, відразу відгіпнотизує їх цілковито, але дотик до носа не реставрує в людини нюху, як також дотик хустинкою до вуха не реставрує слух, і те саме відноситься до реставрування почуття дотику.
- “Що мене дивує та заскочує-повторяв Брейд-що подув повітр'я на гіпнотизовану людину відгіпнотизує її цілковито й нагло та реставрує всі її органи відчуття.”
- В ході експериментів та в клінічній практиці, Брейд переконався, що немає необхідности перевтомлювати очі, і він велів пацієнтам замикати очі відразу після звуження та пізніше після поширення зіниць, що відбирало можливості непотрібного подразнення ока.

Аналіза експериментів та клінічні спостереження привели Брейдера до слідуючого висновку:

“Згідно з закономірністю тваринної економії, коли при продовженій фіксації ментального та візуального механізму на об'єкт, який сам в собі не є інтересний, з цілковитим відпруженням тіла та при загальному спокою людина стається втомленою; і коли пацієнт переноситиме остовпіння, почуття яке на нього находитиме підчас такого експерименту, тоді на нього наступить сонливість та разом з відповідними умовами мозку та нервової системи у загальному, яке зробить пацієнта склонним й при умовах відповідної маніпуляції, буде маніфестувати гіпнотичний феномен.

Беручи до уваги, що подібний експеримент приведе до гіпнотичного стану і сліпу людину, тому я вважаю, що гіпноза настає не тільки в наслідок втоми оптичного нерва, але також чутливості, моторної та симпатичної нервової системи, але і мозку, через який проходять всі враження.

Я цілковито переконаний, що гіпноза постає у висліді тваринної економії, яка викликає такий стан психіки та тіла, і цей факт не може бути заперечений.

Коли йдеться про оперативний механізм, то нам мабуть не доведеться ніколи його вповні зрозуміти; але помимо того, що ми не розуміємо механізму гравітаційної сили, то ми мусимо визнати що вона діє. Отже тому наше незнання і нерозуміння усіх законів гіпнотичного стану не повинні перешкоджати нам в практичних студіях та в корисних застосуваннях гіпнози коли ми маємо спосібності це досягнути.

Я переконаний, що явище гіпнози відбувається виключно під впливом на нервову систему психічних та фізичних умов пацієнта, незалежно від якого середника дані умови виходять, а тому кожна людина,

користуючись моїми інструкціями, буває здатна сама себе гіпнотизувати “(ст.291-292).

Повертаючись до теорії Мезмера, Брейд говорить, що він при допомозі відповідного апарату випробовував кожного пацієнта та він стверджує, що жоден пацієнт не був електрично заряджений. Він також заставляв кількох пацієнтів, щоб вони себе взаємно гіпнотизували, тому припущення можливості електричного впливу на гіпнотизовання людини Брейд вважає виключеним.

Брейд теж звернув увагу на те, що людина *спонтанно* впадає в гіпнотичний транс під час недуги (ст. 292). Тому він говорив, що обов'язком лікаря-це запізнатися з тими явищами та використовувати їх в позитивному смислі.

Він також спостеріг, що коли людина фіксує зір на рівні очей, то вона поволіше входить в транс ніж та людина, яка *завертає очі вгору, а крім того скошує їх*.

Людина, яка вже колись була гіпнотизована, є більш схильна податися скоріше та в глибший транс та, що такий процес може статися цілковито при допомозі уяви людини гіпнотизованої але, що жоден гіпнотист не зможе мати впливу на суб'єкта, якщо суб'єкт цього не захоче.

Брейд уважав непотрібним детально входити в явища снання, сну та сомнамбулізму, але він уважав за відповідне вказати, що в нормальних умовах побудженого стану, людина перебуває в психічному, інтелектуальному та у фізичному контакті з довколишнім світом; вона приймає стимули відповідними органами чуття, вона згідно з власними бажаннями користується моторною системою та своїм інтелектом.

Стан глибокого снання (тут мова йде про сомнамбулістичний стан) являється цілковито протилежний станові побудження; це стан абсолютної несвідомости того що діється кругом та коли існує відсутність вольової моторної активності, як також інтелектуальної діяльності.

Якщо йдеться про органи особливого чуття та вольових рухів і інтелектуальних дій, то такий стан символізує смерть.

Між тими двома полярними точками десь і є перехідна фаза, а тому і існують різні умови починаючи від найвищого стану інтелектуальної та фізичної дії, аж до цілковитого оціпіння обоїх. Остаються однак два явища якими являються сні та сомнамбулізм.

В сннні (тими словами Брайда називає гіпнотичний транс) запримічується деякі часткові інтелектуальні та фізичні функції, але вони бувають дуже недосконалі по відношенні до зовнішніх стимулів та вони можуть бути неправильно інтерпретовані; ще гірше представляється справа з браком контролі над мисленням, бо тоді одна ідея може побуджувати слідуочу, що в результаті може викликати ситуацію божевілля.

Сомнамбулізм-це стан більш подібний до стану пробудження, чим до снання; ментальне функціонування являється більш активним, присутнім буває теж кращий контакт з оточенням та здатність волевої контролі є в дуже добрій

формі. Людина в стані сомнамбулізму спосібна приймати інструкції від оточення й формувати власну думку та активність.

Різниця між природними сомнамбулістами та між сомнамбулістами викликаними гіпнозою є та, що сомнамбулісти викликані через гіпнозу, мають тенденцію попадати в глибокий сон.

Природні сомнамбулісти керуються внутрішніми імпульсами, і вони не пам'ятають своїх снів та своєї діяльності, аж поки не попадуть в сомнамбулізм повторний раз.

Брейд вказує на симптоми які вказують на небезпеку в трансі, а саме: важкий та придушений віддих, почервоніння обличчя, надмірна напруженність тіла, нерегулярне биття серця. Терапевт тоді повинен збудити пацієнта плескаючи в долоні, потрясенням ramen або ніг, дотиком до очей або дмухаючи повітря в лице (Брейд, 1970, ст. 304).

Він не рекомендує гіпнози якщо є небезпека апоплексії, або коли бувають признаки аневризму чи коли підозрюється присутність серйозної недуги серця.

Брейд зазримітив слідувачі “феномени під час гіпнози:

- Зір поступово слабшає.
- Повіки поступово закриваються, але тремтять ще довший час.
- Органи чуттів-запаху, дотику, слуху, тепла і холоду та опору стають, найскоріше дуже піднесеними та сенсетивними, а пізніше поступово притуплюються та стаються заціпілими, навіть більше чим у природньому спанні.
- Очі стаються завернені вгору, а зіниці сильно поширені та дуже несенсетивні до світла. Після короткого часу зіниці звужуються, але очі і далі остаються несенсетивними до світла.
- Пульс та дихання, спочатку стають повільнішими чим в природньому стані, але так скоро як сугерується мускулярна активність, появляється штивність м'яз та катаlepsія, а пульс прискорюється, процес дихання приглушується, а ритм-приспішується.
- Органи тіла задержуються в штивності, відмінно як в стані спання, а найбільш замітним це те, що така штивність не викликає втоми чи невігоди мускулів як то буває в стані побудження.
- При переході в стан природнього спання, речі які людина тримала в руках, випадають, але в гіпнозі вони вдержуться все сильніше.
- Сомнамбулісти, природні чи в гіпнотичному трансі, ніколи не падають і коли їх залишити то вони будуть перебувати в такому стані довший час
- В танцях вони ведуть себе дуже елегантно та граціозно, і Брейд уважає, що грецькі скульптори мабуть вживали гіпнозу для своїх моделей.

Брейд приходить до висновку, що гіпноза “ відрізняється він природнього спання в багатьох відношеннях, бо спочатку приходить сильне збудження, як від

впливу опіюму чи вина або алкоголю, яке пізніше переходить у депресію та в заціпілість”(Брейд, 1970, ст. 305).

Він також вказує на різницю в поведінці людини, що перебуває під впливом хемічних речовин та під впливом гіпнози.

Цікавими є теж його спостереження про такі явища:

- Після індукції гіпнотичного трансу всі органи тіла, за винятком зору, стаються сильно стимульовані.
- Слух людини загострюється в 12 разів під гіпнозою; пацієнт, який не чув годинника в нормально побудженому стані на віддалі 3 стіп, в гіпнозі чув його з відстані 35 стіп та він міг йти прямо до годинника, орієнтуючись звуком.
- Запах теж дуже загострюється; один його пацієнт відчував аромат рож з віддалі 46 стіп.
- Почуття дотику теж буває дуже сильно загострине.
- Температуру, відмінну від тіла, деякі пацієнти могли відчути на відстані 50-90 стіп.
- Людина здатна також наближуватися до приємних та віддалятися від неприємних подразників; наприклад вона буде уникати атональних та голосних звуків, але буде зближуватися до приємних, навіть тоді коли вона не має музичної освіти, хоча в пробудженому стані така музика не буде мати для неї жодної різниці.
- Якщо залишити людину якийсь час в трансі то вона попаде в противний стан; всі органи сприймання стануться цілковито оціпілими; вона перестане чути навіть сильні звуки, не буде відчувати запаху, навіть не матиме реакції на сильний холод або на горяч; вона не відчує болів при уколах, при щипанні чи навіть при ударах.
- Але сильний подув вітру на який-небудь орган пацієнта відразу приводить в нього сильну чутливість.
- Цікавим також спостереження проте, що коли подути в одно око пацієнта, який перебуває в глибокому трансі, то в тому оці відразу реставрується зір, та відзискується мобільність тої самої половини тіла, а друга половина тіла надалі залишеться штивною та заціпілою; органи слуху та запаху, в тому випадку, не реставруються по жодній стороні. Брейд теж висловив здивування, що такий подув реставрує мобільність та зір, по *тій самій стороні тіла, бож відомо, що мобільність контролюється противною гемісферою мозку.*
- Коли пацієнт знаходиться в глибокому трансі та в стані штивности і заціпеніння, тоді навіть дуже сильний електричний удар в рамено не спричинить йому жодних болів, конвульсій чи прикростей, але коли піднести голову та шию пацієнта та дотикнутися його очей, або коли подути йому в

лице, то такий самий електричний “шок” викличе природню реакцію; пацієнт звичайно не пам’ятає подібних експериментів, вийшовши з трансу.

- Коли проводи, такої самої напруги, дотикаються голови, шиї чи обличчя пацієнта, тобто коли вони знаходяться близько очей, тоді він відчуває потрясення та біль, хоч і не в повній напрузі.
- Подібним до останнього є й інше явище: якщо мозок пацієнта заціпенілий, тіло штивне, шкіра нечутлива до щипання, до колення, до горячі чи до холоду, то після дотику пальцями лікаря до задньої частини руки пацієнта, штивність його зникає а приходить нормальна мобільність тіла, яка ще більше посилюється при дотику пальців голови, шиї або до лица. Дотикаючись двома пальцями голови, шиї або обличчя, можна той рух припинити; дотикання середнім та великим пальцем терапевта руки або ноги, а одночасно другою рукою шиї та обличчя пацієнта, не викличе жодної реакції. Дотики склом, або якимось інсулятором, дасть ідентичний ефект як дотик пальцями. Дотик долонею не має жодного ефекту. Тиск на дві руки викличе вивих рамен, і якщо голова є частинно дегіпнотизована, то пацієнт відчуватиме сенсацію в раменах наче б уколи шпильками, а вже особливо тоді коли один палець дотикається руки, а другий до обличчя або голови. Такі явища не появляються тоді коли шкіра має нормальну сенситивність.
- При каталептичній штивності, циркуляція крові сильно прискорюється, часто з подвійною шкороістю та це явище припиняється так скоро, як скоро відбирається каталепсію; циркуляція крові в напружених мускулах відбувається з меншим напором ніж у розслаблених тому її можна контролювати теж і при помочі певних дотиків до очей. Брейд уважав, що це може мати важливе застосовання в медицині (там же, ст. 312).

Різниця між гіпнозою а між природнім спанням виявляється тоді, коли ми бачимо майже чудотворну силу з якою гіпноза виликовує навіть хронічні недуги, які не піддавалися звичайному лікуванню.

Брейд тут же подає цілий ряд клінічних випадків де він успішно вживав гіпнозу в лікуванні.

Попередня його праця (Сатанічна агентура та перевірений мезмеризм 1842), присвячена полеміці з пастиром Макнілом, а також в ній Брейд подає клінічні випадки, в яких він з успіхом вживав гіпнозу при лікуванні різних недуг; тут він також, та мабуть вперше, вжив назви “гіпноза”.

Праці Брейда-Перевага мислі над тілом; Фізіологія зачарування (The Power of the Mind Over the Body; The Physiology of Fascination) та численні його виступи на публичних форумах та в професійних кругах, включно з демонструванням та навчанням як вживати гіпнозу, свідчать не тільки про те, що він був захоплений можливостями, які відкривалися перед медичною професією, пов’язані з удосконаленням вживання гіпнози при лікуванні різних недуг, але він також закликав фахівців до досліджування того явища без упереджень.

Фредрік Бйорнстром (Fredrick Bjornstrom, M.D. 1833-1889)

Професор психіатрії Стокгольмського університету в Швеції, в 1887 написав книжку під назвою: "Hypnotism, Its History and Present Development" - "Гіпнотизм, його історія та теперішній стан його розвитку", в передмові до якої він написав слідує:

" Я вирішив, подати докладний стан розвитку та теперішній статус гіпнози, і роблю це для користі лікарів, для правників та для заінтересованої публіки. Оскільки мій особистий досвід у цій ділянці є дуже обмежений, я використовую інформації від найкраще поінформованих та найновіші дані, надіючись, що вони є достовірні та корисні".

"Якщо моя праця причиниться до того щоб спонукати спеціалістів серйозно досліджувати це явище та вживати його як допоміжне в терапії та коли загальна публіка перестане бавитися з вогнем, в результаті якого хтось може бути пошкодженим, то моя місія буде виконана"

(Бйорнстром, 1887, ст. 409).

Він вказав, що гіпнотизм стикається з легально-медичними проблемами, і що найважливішими питаннями при тому є наступні:

1. Чи загіпнотизовану людину можна фізично або психічно пошкодити гіпнозою?
2. Чи загіпнотизована людина може статися жертвою злочину?
3. Чи загіпнотизована людина може бути вжита в злочинній акції, як знаряддя, без її волі?
4. Чи загіпнотизована людина є в стані бути відповідальною за свої вчинки?
5. Чи гіпнотизм повинен бути заборонений законом?

Відповіді Бйорнсторна є особливо цікаві, але столітня дослідницька праця у галузі гіпнози вказує на багато помилок в його постулятах.

- Відповідаючи на перше питання, він твердить, що гіпноза-це "патологічний стан" і, що в багатьох випадках він є "зближений до ментальної недуги". Він також вважав що гіпноза "обезсилює нервову систему"та, що тільки "люди слабої волі піддаються гіпнозі", що гіпноза "стається проти власної волі", що часто попередньо гіпнотизована людина "спонтанно попадає в сомнамбулістичний стан" та, що людина в гіпнозі "не контролює свого розуму та волі"(Бйорнстром, 1887, ст. 410).
- Відповідаючи на друге питання Бйорнстром говорить, що загіпнотизована людина "може бути зловжита для аморальних та кримінальних цілей" та подає ряд прикладів коли гіпноза зловживалася для кримінальних та для аморальних цілей. Він рекомендує, щоб вживання гіпнози контролювати

законом, та щоб гіпнозою користувались лише фахівці, які мають на серці добро людини.

- У відповідь на третє питання Бйорстром доводить, що загіпнотизована людина, в наслідок "... різnorodних сугестій, може стати небезпечною не тільки для себе, але й для інших людей та може безборонно, бути приневолена чинити злочин", але він, під кінець відповіді, кваліфікує дещо його попередні твердження, бо "...сугеровані злочини, дотепер, були обмежені тільки до експериментальних умов..." (там же ст. 420).
- У відповідь на четверте питання, Бйорстром говорить, що людина, яка дозволяє себе гіпнотизувати, ставить себе в аналогічну ситуацію до людини, яка свідомо та добровільно перебуває "... під впливом алкоголю, або інших наркотиків та снодійних речовин таких як опіум, як гашиш, хлорал чи хлороформ...", та вона тим самим абдикує право на свободну волю та на саморозсудок.

Відповідальність перед законом, у тому випадку, якщо-небудь трапиться, повинен нести гіпнотизер.

- Відповідь Бйорстона на п'яте питання, мабуть не викличе застережень в жодної людини, яка професійно вживає гіпнозу з ціллю лікування психічних та психосоматичних недуг; адже Бйорстром пропонує строгу правну контролю та виключне право вживання гіпнози "в послугі медичної науки" (там же ст. 424).

Ж. М. Шарко (J. M. Charcot)

Визначною постаттю в дослідженні гіпнози в другій половині дев'ятнадцятого століття був Шарко (J. M. Charcot), професор фізіології та психіатрії в Salpêtrière, який звернув увагу на "гістерично-епілептичний стан пацієнта в гіпнозі".

Помимо того, що його розуміння та погляди на гіпнозу є перестарілі, його авторитет в тодішньому інтелектуальному світі, а особливо в медичних кругах та навіть і сам факт, що він гіпнозою інтересувався, дуже причинилися до популяризації того явища.

Його теоретичні погляди на гіпнозу можна звести до слідуючих пунктів:

1. Гіпноза це-штучно створений хворобливий стан.
2. Невроза властива тільки гістеричним людям.
3. Жінок значно легше гіпнотизувати ніж мужчин.
4. Діти та люди старшого віку є неспосібні щоб увійти в гіпнотичний транс.
5. Гіпнотизувати можна при помочі фізичних засобів.
6. Людину можна загіпнотизувати без її відома та без її кооперації.

7. Людину можна загіпнотизувати при допомозі металів, при допомозі магнетів та при допомозі інших приладів, як також переводити гіпнозу з органу на орган, та виводити людину з трансу.

Досвід показує, що перших чотири пункти його поглядів є цілковито безпідставні, бо:

- (1) гіпноза не є штучно створений хворобливий стан, хоч він являється станом відмінним від стану повного побудження та від стану спання;
- (2) невроза є завжди доступною та навіть і невід'ємною частиною екзистенції людини;
- (3) жінки не є більше суццептибельні до гіпнози чим мужчини;
- (4) діти-це дуже добрі гіпнотичні суб'єкти, а старці, які є спосібні концентруватись, в залежності від їхніх природніх спосібностей, теж не відрізняються від людей середнього віку.
- (5) досвід доказує, що вживання фізичних середників не має жодного впливу на глибину та на швидкість індукції трансу;
- (6) можу погодитися, що людину можна загіпнотизувати без її відома, і що це навіть причиниться до більш успішної індукції, бо цікавість суб'єкта до своєї нової поведінки, часто заважає індукції трансу;
- (7) людину можна гіпнотизувати без металів та без магнетів, бо вони не мають нічого спільного з гіпнотизуванням, як теж можна їй сугерувати про стан окремих органів та і про її стан свідомости.

Гіполіт Бернгайм (Hippolyte Bernheim, 1837-1919)

Бернгайм перейняв погляди від професора Либо (Liebault 1823-1904), де він також був професором в School of Nancy і вони уважали, що гіпноза постає у висліді сугестії та, що і фізичні маніфестації при гіпнозі появляються в наслідок сугестії.

В своїй праці "Сугестивна Терапія", Бернгайм вказує, що якщо він вірить, що сугестивна терапія буде корисною пацієнтові та допоможе його вилікувати, то він йому об'яснює, що гіпноза не представляє собою жодної небезпеки та не є чимось дивним але, що це є звичайне спання, або заціпенілість, тобто стан, який можна викликати в кожній людині та який є корисним тому, що він викликає еквілібріум в нервовій системі.

Якщо виникає потреба, тоді Бернгайм гіпнотизував пацієнта в присутності кандидата, щоб відібрати в нього страх або упередження та щоб його переконати, що гіпноза буде корисним для нього.

Одержавши належну згоду пацієнта він дає йому інструкції;

"Дивися на мене і не думай про ніщо інше, а тільки про спання. Твої повіки стаються важкими, а твої очі стають втомленими. Очі кліпають, сльози котяться і тобі тяжко дивитися. Очі закрилися". А далі:"Твої повіки зклеїлися і ти не

можеш відчинити очей. Тобі все більше та більше хочеться спати і ти не можеш себе вдержати від снання”.

Пізніше терапевт впевненим голосом говорить “спи”. Така індукція, говорить Бернгайм, триває звичайно близько трьох хвилин; “Гіпноза це снання при допомозі сугестії-це метода снання інсинуована мною в мозок пацієнта.”

“Паси”, які вживав Мезмер, або концентрацію зору на пальцях чи на очах оператора, які вживав Брейд, Бернгайм уважав, за пожиточні тільки для вдержання уваги пацієнта. “Але вони не є необхідні” для того щоб загіпнотизувати людину, вважав він (там же, ст.440).

“Дітей які можуть все розуміти та концентрувати увагу, як правило, є дуже легко гіпнотизувати. Дуже часто вистарчає тільки щоб дитина закрила очі та держала їх закритими пару хвилин, а відтак сказати їй “спи”, так дитина знайдеться в глибокому трансі.

(Вказую на всі ті речі для того, щоб читач, порівнюючи погляди різних дослідників і теоретиків гіпнози та при допомозі власних спостережень робив свої висновки. Є. Г.)

Те саме дуже часто трапляється і з дорослими пацієнтами, що вони дуже скоро та без формальної індукції попадають в глибокий транс. Правда, інші чинять певний опір.

Деколи Бернгайм вводив пацієнтів у глибокий транс при допомозі “команди держати себе спокійно”, а відтак повторюючи слова;” Ти відчуваєш втому, твоє тіло стається щіпле; твої руки та ноги стаються непорушними. Твої повіки та очі стаються теплими; твої нерви сталися спокійні; ти не проявляєш власної волі; твої очі закриті і ти спиш”.

Таким способом він часто добивався “каталептичного сну”.

Бернгайм теж описує поведінку пацієнтів які дають спротив гіпнозі. Вони постійно зайняті собою, вони нікому не вірять; аналізують власні почуття, вони завжди є в тривозі та говорять, що вони не можуть спати.

Він “наказує” їм заспокоїтися та говорить їм про відпруженість та про снання, але він підкреслює, що такий стан, і без снання, може бути їм терапевтично корисним.

Бернгайм таких пацієнтів не конфронтує, бо вони часто можуть вийти з гіпнози, а оставляє їх в спокійному стані на довший час.

Такі пацієнти, дуже часто, після кількох сеансів, входять навіть в сомнамбулістичний транс.

Добрі терапевтичні результати, можна часто одержати, при допомозі спокійної терапевтичної сугестії, але не завжди, бо в декотрих випадках, краще буває коли до пацієнтів говорити *строго та авторитетно*.

Бернгайм також зазначив, що багато пацієнтів піддається гіпнозі після першого сеансу, але не завжди; тож треба гіпнотизувати декілька разів щоб досягнути належного терапевтичного результату.

Теж саме відноситься і до індукції гіпнози: часом вистарчає, пацієнтові, який вже був гіпнотизований декілька разів, щоб лікар тільки подивився на нього, поставив йому перед очі пальці та сказав “спи”, як він відразу ввійде в глибокий транс.

Він деколи гіпнотизував групи пацієнтів, але показувалося, що індукція при тому ускладнювалася, бо не всі пацієнти з однаковою швидкістю йшли в транс.

Бернгайм також випробовував індукцію “спанья” при допомозі листування, та вказав, що дехто попадав в “транс”, тільки прочитавши відповідного листа ним написаного.

Подібно він вводив людей в транс при допомозі телефонних розмов.

Його досліди з хлороформом вказували, що багато пацієнтів були анестезовані в наслідок сугестії ще далеко заки хлороформ міг мати на них фізіологічний вплив.

Бернгайм відмітив, що фалшиво є думати, що суб'єкти які легко попадають в транс, є з ослабленими нервами, зі слабим глуздом, що вони є гістеричними або, що це переважно жінки.

Він теж помітив, що впливовість міняється. Але пересічна людина лагідної вдачі, наприклад такі як бувші вояки, ремісники, люди приривчаяні до пасивного послуху, частіше те скоріше приймають сугестії, чим люди замислені чи такі, які підсвідомо мають тенденції щоб опонувати.

Божевільні пацієнти, меланхоліки, та гіпохондрики дуже тяжко, або і взагалі не піддаються сугестії.

Людина мусить розуміти та мусить прийняти ідею гіпнотизування; пацієнт мусить мати довіря, і мусить здатися на оператора та свідомо не вживати опору (Бернгайм, 1970, ст. 442).

Високо інтелігентні люди, якщо вони цього бажають, дуже легко та скоро входять в глибокий транс.

Люди, які “ставлять собі за честь” або гордяться тим, що вони не будуть гіпнотизовані, або які вважають, що вони є “краще балансовані чим інші”, звичайно не піддаються сугестіям.

Ступень впливу на пацієнта, *залежить від самого пацієнта* (там же, ст. 443).

Бернгайм, як і Либо, поділяє глибину трансу на шість ступенів; останній тобто сомнамбулістичний є характерний спонтанною амнезією, яку без допомозі оператора пацієнт не є спосібний привести до свідомости.

Пацієнт, в такому стані є цілковитий автомат та знаряддя в руках оператора.

Такий арбітарний поділ на шість ступенів, не завжди стабільний та він часто переплетений рисами вищого або нищого ступеня. Виконування відповідних реакцій на сугестії оператора не завжди відповідні глибині трансу.

Деякі пацієнти попадають в глибоке “спанья” відразу після індукції та не виконують жодних сугестій, і в них не можливо викликати каталепсію,

автоматичний рух чи позитивні або негативні галюцинації, але вони відразу позитивно реагують на лише одну команду-“пробудись”.

У багатьох випадках, пацієнти які є цілковито пасивні в трансі, як тут описано, дають дуже позитивні та негайні реакції на лікувальні сугестії.

Кожний суб'єкт, що перебуває в трансі має свою індивідуальність, і свою специфічну особистість. Він теж постійно підкреслював, що сугестивність пацієнта не завжди є позитивно пропорційна до глибини трансу (там же, ст.447).

Спостережливість при вивченні явищ як також і їх застосовування в терапії Бернгаймом, викликають у мене особливу повагу до його всестороннього підходу, до його пояснень та спроб збагнути суть гіпнози, і тому я більш докладно, як цього вимагала б історична інформація, зупинюся над його поглядами.

Як вже вище було підкреслено, що Бернгайм, разом з Либо, були свідомі того, що вплив на пацієнта в гіпнозі буває мінливий та, що він *залежить від пацієнта.*

Бернгайм у згаданій праці представляє ступенування трансу яке приготував Либо, до якого він не мав застереження та яке понише переповідаю:

1. Деякі суб'єкти в гіпнозі відчувають певного роду отупіння, важкість повік та сонливість, яке залишає пацієнта так скоро, як його залишає терапевт. У деяких випадках воно держиться пацієнта декілька хвилин, а часом і декілька годин; інші пацієнти бувають безпорушні, а ще інші міняють позиції, але є сонливі. В наступних сеансах їхній стан звичайно поглиблюється, хоч і є пацієнти які не переходять першого ступня. Інші пацієнти не досягають ступня сонливості, але вони не можуть відкрити очей; вони говорять та відповідають на питання їм поставлені, але вони переконують що вони не сплять. Але коли лікар їм говорить, що вони *очей відкрити не можуть*, то їхні намагання відчинити очі бувають безуспішні. Згідно з його спостереженням, в якому він не є особливо впевнений, таке частіше стрічається з жінками чим з мужчинами. Такий стан, він вважає, є першим ступнем гіпнотичного трансу.
2. На другій стадії трансу пацієнт має очі закриті, його тіло є відпружене; він все чує про що говорить до нього та, що діється кругом нього, але він відчуває сонливість та його мозок є “зачарований”. Пацієнт легко виконує сугестії каталепсії яка означає, що його кінцівки є розслаблені та коли піднести його руку то вона остається в тій позиції; це стається в наслідок психічного стану і воно замічається в різних пацієнтів та воно мабуть залежить і від глибини трансу. Спочатку каталіптичний феномен не так ясно показується; рука тримається піднесеною вгору всего пару секунд, дуже часто тільки до ліктя, пальці не держуться в стані каталепсії, тільки ціле рам'я; в деяких пацієнтів рука падає, якщо її відразу відпустити, але потримавши її декілька хвилин то вона залишеться в стані каталепсії, і

це стається мабуть тому, що ідея каталепсії зафіксується в мозку. В інших пацієнтів каталепсія досягається тільки при допомозі вербальної сугестії, а деякі пацієнти, коли їх залишити з каталепсією на довший час, то вони, при допомозі ослабленої волі та свідомості, опускають руку вниз, а при тому вони часто і пробуджуються. Це стосується пацієнтів які знаходяться в стані між першим а другим ступнем трансю, але в більшості випадків каталепсія домінує і вона теж причинюється до поглиблення сугестивності в пацієнта та каталепсія держиться, без вербалізованої сугестії на протязі цілого сеансу, який може тягнутися і навіть годину часу. Після побудження багато пацієнтів настоють на тому, що вони не “спали” бо пам’ятають та вони були свідомі всего, що з ними та, що кругом них діялося а, що робили вони все чого від них бажалося, то це сталося тільки з обов’язку бути ввічливими. Повторивши такий експеримент доказує, що пацієнт вдійсності не може перемогти сугерованої каталепсії і це свідчить про те, що пацієнт “спить” або, що він знаходиться в особливих психічних умовах, які послаблюють силу церебральної відпорности, а тим самим витворюють спосібність людини бути сприйнятною до сугестій.

3. На третьому ступні трансю сонливість стається очевидною; почуття дотику стається притупленим; крім сугерованої каталепсії, в нього появляється теж спосібність до автоматичного руху викликаного через урухомлення ротації рук, та словами-“ ви ротації рук не зможете зупинити”, і така ротація може тривати довший або коротший час, як нерідко також і дуже довго; пацієнт чує все, що до нього говориться, та все що діється кругом нього; така автоматична ротація рук може бути викликана вербалізованою сугестією, але може бути викликана також через належний рух рук, але без вербальної сугестії.
4. В додатку до явищ описаних в ступнях 1-3, четвертий ступінь відзначається відсутністю зв’язку пацієнта з його оточенням; пацієнт прекрасно чує що йому говорить лікар, але він не чує що говорять інші люди; його відчуттєві органи спілкуються тільки з лікарем, але лікар може скомунікувати їх з іншою людиною.
5. П’ятий ступінь відзначається відсутністю пам’яті про те що сталося в трансі, бо пацієнт пам’ятає дещо але не точно, хоч це пізніше може прийти до його пам’яті спонтанно; його чутливість є притуплена, він має сугеровану каталепсію, автоматичний рух, і може мати сугеровані галюцинації.
6. В шостому ступні пацієнт має цілковиту амнезію відносно його трансю; він не спосібний спонтанно привести до свідомості нічого, що сталося в трансі; він стається дуже послухним та виконуючим автоматом волі лікаря.

Бернгайм підкреслює, що таке ступенування є чисто теоретичне але воно відіграє свою ролу в практичному застосовуванні без того, щоб лікар кожночасно вдавався до довгого та докладного опису стану, хоч треба завжди

пам'ятати, що приходять часті зміни в поведінці того самого пацієнта, в залежності від багатьох чинників.

Треба також підкреслити, що послух до сугестій та зусилля з якими вони виконуються, не завжди бувають пропорційні до глибини трансу: деякі пацієнти входять у транс легко, відповідають на питання та після побудження все пам'ятають. Помимо всього, в них можна викликати різні явища, а особливо важне те, що вони приймають терапевтичні сугестії.

Інші навпаки, вони входять в глибокий транс та після побудження не пам'ятають нічого і зайвим пробувати спілкуватися з ними в трансі бо вони є цілковито інертні; стан каталепсії в них є тяжко ввести, як також і стан ілюзій та галюцинацій; вони не виконують жодних команд та жодних інструкцій, під час та після трансу; можна б легко припустити, що вони не мають жодного відношення до лікаря, але коли сказати до них слово "пробудись" то вони спонтанно пробуджуються, що і свідчить про те, що вони знаходяться у належному відношенні до лікаря.

Знову інші пацієнти відповідають на всі питання, плинно говорять, виглядають цілковито побуджені, за виїмком того, що вони мають закриті очі; вони не каталептичні; в них не можна викликати галюцинацій та ілюзій, але після побудження, в них помічається цілковита амнезія .

Бернгайм, беручи під увагу особисто обсервовані факти, прийшов до висновку, *що сугестія, а не "спання" являється фундаментальним каменем всіх гіпнотичних явищ.*

Досліди Бернгайма свідчать про наступне:

- Деякі пацієнти під впливом гіпнози мають тотальну амнезію до всього що сталося в гіпнотичному трансі.
- Інші пацієнти мають неясну та неповну пам'ять; деякі явища під час трансу для них остаються свідомими, а інші є притемнені; вони чують розмову, але не пам'ятають, що саме вони чули; або вони чують мову оператора а не чують, що говорять інші.
- А третя група пам'ятає все що сталося. Між ними бувають і такі які чуються отупілими, сплячими, запамороченими, але й такі які все чули та не могли рухатися ані не могли позбутися стану запаморочення; інші несвідомі свого стану, що вони остовпілі, говорять, що вони були свідомі всього, що кругом них діялося і настоюють на тому, що вони не "спали".
- Пацієнти, які мають тотальну амнезію, вийшовши з трансу, найкраще піддаються сугестії; вони легко досягають стану каталепсії, автоматичного руху, анелгезії, сенсорних ілюзій, гіпнотичних галюцинацій, а деколи мають і пост-гіпнотичні галюцинації. Всі ті явища, однак, не все є стабільні.
- Бернгайм згадує випадок коли пацієнт був у глибокому трансі такому, що нічого не пам'ятав після побудження, але помимо того, в нього не можна було викликати жодного явища такого як каталепсії, галюцинації чи анестезії; лиш одинока амнезія, після побудження свідчила про те, що той

пацієнт був в гіпнотичному трансі; деякі пацієнти в такому глибокому стані трансу є спосібні плинно говорити.

- Знову ж він говорив про пацієнта, в якого легко викликалась каталепсія, анестезія, галюцинації, але який все розумів та пам'ятав після виходу з трансу. Таких пацієнтів дуже мало, і як правило, сугестивність сприймається набагато краще тоді коли пацієнт має амнезію після виходу з трансу.
- Не всі пацієнти в гіпнозі сплять; в деяких випадках спання буває тільки частинне, або лише сумнівне. Він теж висловив погляд, що було б краще окреслити це явище більш правдивими словами, такими як *гіпнотичний вплив* а не гіпнотичне спання та, що такий вплив проявляється в різних пацієнтів відповідно до індивідуальних обставин на них при допомозі сугестії. Кожний пацієнт представляє собою особливу індивідуальність по відношенню його сугестивності, та його спосібності і ступінь глибини трансу міняється разом з різними умовами.

Помимо того, що Бернгайм не мав застереження до ступенування яким користувався Либо, та яке я повище представив, він також подав і своє ступенування в дев'ятьох розділах;

1. Пацієнт не може продемонструвати явищ каталепсії, анестезії, галюцинації, або спання; він заперечує сонливість, але в нього можна запримітити дрімливість. Коли йому сугерується спання то він тоді радо закриває очі. Пацієнта не можна провокувати щодо закривання очей, бо він їх тоді відкріє. Виглядало б, що на такого пацієнта не має жодного впливу, але таки треба мати на увазі, що певний вплив на пацієнта в такому стані таки існує, бо в нього можна викликати певну зміну температури, в деяких частинах тіла; можна припинити деякі болі та можна досягнути деякий терапевтичний ефект.
2. На другому ступні картина майже така сама, з виїмком, що коли пацієнтові сугерується спання то в нього закриваються очі, він відчуває сонливість, але він не спить. Різниця між першим а другим ступнем полягає в тому, що пацієнт без дозволу лікаря не зможе відкрити очей, а це вже доказ того, що пацієнт знаходиться в гіпнотичному трансі.
3. На третьому ступні пацієнт досягає каталіптичного стану, незалежно від того чи він має відкриті чи закриті очі та незалежно від того чи він є в бодрому, чи в сонливому стані. Інтенсивність каталепсії, як було вже раніше сказано, буває мінливою; без конфронтації пацієнт є досить інертний і задержить позицію в якій він знаходиться; коли ж він конфронтований, тоді він побудиться та силою власної волі змінить позу. Для непоінформованого глядача такий стан виглядатиме сумнівним (тобто не трансом), але дальше експериментування свідчатиме, що пацієнт залишається інертним аж до часу побудження.

4. На четвертому ступні сугерована каталепсія стається більш помітною та відпорною на конфронтацію; вплив сугестії тут вже очевидний. Крім каталепсії, в пацієнта легко викликати автоматичну ротацію рук, яка може продовжуватися довгий час, але в деяких випадках, коли пацієнт є конфронтований то він зможе здержати автоматичну ротацію.
5. На п'ятому ступні, крім каталептичного стану та ротаційних рухів, легко викликається штивність рамен, ніг, а також можна відібрати можливість в пацієнта довільно відкривати або закривати рот, відкривати або закривати руки та він, будучи конфронтований, не зможе цього робити при допомозі власної волі.
6. На шостому ступні пацієнт проявляє слухняність, й автоматично виконує інструкції лікаря; помимо інертного та пасивного стану пацієнт, на інструкції лікаря встає, ходить, стоятиме в даному пункті, або навіть стоятиме імобілізований та прикріплений до якогось особливого місця. Як і на попередніх ступнях, в пацієнта не можна викликати сенсорних ілюзій та галюцинацій. Пацієнти пам'ятають все, що з ними сталося під час гіпнози, але деякі впадають в сон та є того свідомі; вони бувають інертні, пасивні, без спонтанности та без ініціативи; в такому стані вони не можуть вийти зі стану заціпеніння, аж поки не досягнуть інтелектуальної ініціативи. Починаючи від третього ступня, можна досвідом переконати, що вони є під впливом сугестії. Існують перехідні чи периферійні стадії, які тяжко оприділити точно до якогось ступня. Пацієнт в стані гіпнози ніколи не втрачає свого інтелекту чи розсудливости. Більшість пацієнтів має тільки деякі симптоми трансу, тобто відсутність ініціативи, інертність, сонливість, закриті очі, контактуються та реагують тільки з лікарем, вони не піддаються впливові інших осіб яких, виглядало б вони не чують. Заглибитися в психіку гіпнотизованої людини, не легко і воно вимагає тонкощів та спритної аналізи. Деякі випадки з симуляцією гіпнози бувають теж дуже інтересні, і нерідко зустрічаються при гіпнотизуванні дітей, які часто, як показується, замість успішно симулювати гіпнозу, вдійсності входять в глибокий транс. Загіпнотизовані люди, в жодному випадку, не є "трупні, чи навіть тіла в стадії летаргії", бо помимо того, що вони інертні, то вони все чують та все слухають і вони є в повній свідомості.
7. На сьомому ступні пацієнт має амнезію після побудження, але в нього не можна викликати галюцинацій. Майже всі сомнамбулісти на цьому ступні бувають схильні до каталепсії, до мускулярної штивності, до автоматичних рухів та автоматичного послуху, очевидна річ, як все в людині буває, тут можуть бути виїмки.
8. На восьмому ступні, після трансу наступає амнезія та всі явища перечислені в попередніх пунктах; в пацієнта буває склонність до галюцинації підчас трансу, але в нього не можна викликати після-трансових галюцинацій.

9. На дев'ятому ступні після побудження настає повна амнезія до подій в трансі як також позитивні та негативні галюцинації під час трансу та можливості галюцинацій після трансу, які дуже часто бувають тотальними, тобто вони відносяться до всіх органів чуття. Деколи пацієнт, після трансу, має лише частинні галюцинації, як наприклад запаху чи слуху. Пацієнти, починаючи від шостого ступня, спосібні на анестезію та на анальгезію, при чому такі спосібності бувають сильніші в пацієнтів схлонних до галюцинацій.

Підсумовуючи власні спостереження, Бернгайм стверджує наступне:

- Гіпнотизм маніфестує себе в окремих людей іншими шляхами, а це може проявлятися звичайною дрімотою та іншими сугерованими сензаціями і воно являється мало впливовим.
- Більший вплив на пацієнта може проявитися тоді, коли він відчуває зміну в мобільності, коли в нього настає стан каталепсії, стан штивности, неможливості порушуватися, або коли в нього з'являється автоматичний рух.
- Ще більший вплив відчуває пацієнт, коли в нього послаблюється воля, і він автоматично виконує інструкції лікаря. Всі ті маніфестації моторні, вплив на волю та навіть на розсудок вказують, що буває можливість впливу на пацієнта навіть без індукції трансу і, що транс являється тільки дальшим кроком в ланцюху сугестивности, коли пацієнт входить в спання, або коли він має ілюзії спання. В загальному чим більше заавансований ступінь сугестивности, тим він сильніше впливає на органи відчуття, на пам'ять та уяву; ілюзії можуть творитися, а також вони можуть зникати, а уява може викликувати різного роду картини.
- Бернгайм настоює на тому, що всі, або майже всі явища які викликаються при допоміжі гіпнози, можна викликувати без неї, бо і сам стан гіпнози виникає в наслідок сугестивности та такий стан являється сугестивністю; каталепсія, параліч, анестезія та галюцинації можуть бути викликані без формальної індукції трансу; кожна людина, в стані повного побудження, є сприйнятлива до сугестій.
- Бернгайм уважав, що окреслення гіпнози як **викликане спання** не є властиве такому явищу, бо всі ті явища, які визивається при допоміжі "викликаного спання", можна викликати в людини і без "спання"; тому він дав власну дефініцію гіпнози як-*"індукцію особливого психічного стану, який підсилює сприйнятливність сугестій"*(Бернгайм, 1970, ст. 454).
- Правдою є, що "викликане спання" часто сприяє сугестивности, але воно не все є необхідним, бо сугестивність керує гіпнотизмом.
- Бернгайм вважав, що його дефініція дозволить включити в себе явища, які впливають на уяву людини а тим самим створюють психічний стан в людини, який поглиблює її сприйнятливність до сугестій в стані спання або і без нього. Він сюда включає і транси уведені при допоміжі захоплюючих блискучих об'єктів, світла, звуків і т. п., які мають спосібності захопити

всеціло увагу та уяву людини та викликати в неї психічний стан, який робить людину сприятливою до сугестій; він теж звертає увагу на те, що сугестивність не є результатом вжитої методи але, що вона появляється в наслідок якости вражень.

- Бернгайм також присвячував увагу виходу людини з гіпнотичного трансу: деякі пацієнти “будяться” відразу як тільки лікар їх опускає, а інші можуть остатися в трансі короткий або навіть і довгий час, та навіть без присутності лікаря, а один із його пацієнтів перебував у трансі 18 годин. Для побудження пацієнта він вживав короткої інструкції-“пробудись”, а коли цього не вистачало тоді він дув в очі пацієнта і не мав жодних комплікацій при побудженні.
- Бернгайм перестерігає, що необхідним обережно поводитися в гіпнозі з гістериками, бо гіпнотичний транс може перетворитися в “гістеричний транс”, і тоді лікар може втратити контроль над пацієнтом.
- Нерідко пацієнти залишаються в’ялими або сонливими після трансу, тому він сугерує щоб перед побудженням дати пацієнтові сугестії, що він, після побудження, буде почувати себе добре; деякі пацієнти мають спосібність точно вгадати час в трансі; а деякі ведуть себе так, як ведуть себе пацієнти після епілептичних випадків.

На сторінках 458-9 він подає цікаві статистичні дані про спосібність людей входити в гіпнотичний транс, при чому він бере під увагу людей всіх статей та всіх віків. Такі дані були зібрані в році 1880, в ході аналізу 1012 пацієнтів.

Зігмунд Фройд (Sigmund Freud)

Фройд (Sigmund Freud) опублікував (відомі мені) дві статті, які мають відношення до гіпнози; перша з них це-Гіпноза (Hypnose 1891), а друга це-Один випадок виздоровлення при допомозі гіпнози та заувага появи гістеричного симптома в висліді “противолі” (Ein Fall Von Hypnotischer Heilung Nebst Bemerkungen Über Die Entstehung Hysterischer Symptome Durch Den “Gegenwillen” (1892).

Нижче дуже схематично подам його думки висловлені в першій статті.

Він звертає увагу на те, що було б помилковим думати, що вживання гіпнози в терапії це легке завдання, бо воно вимагає досконалого вивчення техніки гіпнотизування від спеціаліста цього мистецтва та дуже багато практики в його імплементації.

Успішно практикувати гіпнотерапію можна лише тоді, коли лікар підходить до своїх завдань з належною серйозністю та переконанням, що він виконує щось важливе та нелегке.

Найменша доза скептицизму чи неповажного підходу до вживання гіпнотерапії, обов'язково принесе неуспіхи. В такому випадку краще реферувати даного пацієнта до більш кваліфікованого та відповідного терапевта.

З огляду на те, що існує негативне наставлення публічної opinio до гіпнози та існують сильні упередження до гіпнотерапії, тому не вільно нав'язувати пацієнтові цієї методи лікування без висловленого ним бажання бути гіпнотизованим.

Треба теж брати під увагу, що дуже часто надмірний ентузіазм пацієнта щоб бути гіпнотизованим, може бути перешкодою в успішному лікуванні. Тож треба перевірити припущення, що переконання пацієнта в тому, що гіпноза принесе йому успіх в лікуванні буває оправданою, бо це не є завжди правдивим, і навіть часто воно може бути перепоною в лікуванні.

Існує загальноприйняте припущення, що кожна людина може бути загіпнотизована, але практика однак доказує, що не кожному лікареві вдається гіпнотизувати кожну людину і, що він не буде свідомий причини свого неуспіху.

До сьогодні, на жаль, не вдалося знайти критерію, при помочі якого можна б з певністю стверджувати здатність людини входити в гіпнотичний транс. Але відомим тільки, що ментально хворі та дегенерати, взагалі не піддаються гіпнозі та, що неврастеніки піддаються тільки частково. Неправильною треба уважати opinio деяких лікарів, що гістерики це погані суб'єкти, бо досвід показує, що навпаки-гістерики є добрі для гіпнотерапії.

Лікар повинен добре збагнути психічний стан пацієнта, ще поки він зачне примінюватиме гіпнотерапію, але це не легке завдання і тому гіпноза не повинна бути першим кроком при медичній інтервенції; лікар мусить в першу чергу досягнути довір'я пацієнта, і тому-то лікарі з прекрасною репутацією мають тут перевагу.

Небажано вживати гіпнозу при недугах, які мають органічне походження, а краще примінювати її при функціональних недугах, при нервових розладах, при недугах психічного походження, а також при лікуванні тих хто зловживає алкоголем та іншими токсинними речовинами.

Фройд також був переконаний, що багато симптомів органічної недуги піддаються лікуванню при помочі гіпнози.

З огляду на погану репутацію яку гіпноза мала в його час, то її вживалося тільки як останній засіб в помочі, а це дуже допомогало впевнитися у властивій вартості гіпнози як лікувального середника. Він спостеріг, що гіпнозу можна вживати теж при встановленні діагнозу.

Фройд був теж свідомий, моральної та правної небезпеки, яку приносила ситуація гіпнотизування жінок, і тому він багато місця присвятив міркуванню можливостей присутності при гіпнотерапії третьої особи, але вислід його міркувань не дав йому задовільної розв'язки цього питання, бо стороння особа, навіть з медичною освітою, таки причиниться до гальмування ходу терапії.

Фройдіві теж було відомо, що Бернгайм, Либо та інші демонстрували пацієнтів перед кандидатами на гіпнотерапію, що, на його думку, мало позитивні та і негативні наслідки.

- Фройд докладно описав методу індукції гіпнози, та вказав, що для успіху необхідно:
- Мати вигідне крісло, притемнену та теплу кімнату, відсутність сторонніх звуків та інших перешкод;
- давати пацієнтові інструкції щоб той безперервно фіксував зір на його двох пальцях, а сам лікар пильно слідкував за всіма відчуттями які виникали під час індукції.

У відповідний час, Фройд вказував на признаки сонливості пацієнта, такі як відпруження, глибокі віддихи, тяжість повік, а тим самим приготував пацієнта, на признаках які він запримітив, щоб той приймав сугестії. При тому він підкреслював, що він користувався сенсаціями та рухами тіла, які вже самі появлялися.

Фройд теж описав методу Брейда, яку я вже згадував раніше та відмітив, що дуже поважне число людей надається до гіпнотерапії.

Він уважав, що при гіпнотизуванні, лікар повинен говорити якнайменше, щоб не перескаржати пацієнтові входити в транс, та щоб невідповідними сугестіями не входити в конфлікт з пацієнтами; але треба однак бути відповідно активним, а не очікувати щоб пацієнт спонтанно увійшов в транс та не допустити до того щоб він старався випробувати реальність.

На особливу увагу, мабуть, заслуговує аналіза Фройда психічного стану гіпнотизованого пацієнта, і тому я передам його детально;

Перед індукцією трансу пацієнт зобов'язується вести себе зовсім спокійно і не говорити, тобто не підтверджувати, ані не оспорювати чого-небудь; отже він таким чином доходить до висновку, що на підставі такої домовленості і його зобов'язання, він повинен бути гіпнотизований; й тому він почуває себе подразненим, а ще більше тому, що йому навіть не вільно висказати своє обурення та розчарування. Безуслівно, що пацієнт теж побоюється, що лікар буде давати йому сугестії передчасно, надіючись, що пацієнт вже є гіпнотизований, в той час коли він ще не є в належній глибині трансу.

Пацієнт, звичайно обурений тоді, відкриває очі і говорить-, я взагалі не сплю“, на що, початкуючий з гіпнозою лікар, втрапить необхідну холоднокровність, але досвідчений гіпнооператор спокійним тоном пригадає пацієнтові, що він зобов'язався не говорити та вести себе згідно з інструкціями, а також вкаже йому, що він знає, що пацієнт не спить, бо і зрештою йому не потрібно спати, тому, що він не міг би слухати та розуміти лікаря, але, що „...ви є гіпнотизований, та під моїм впливом, і тому все що я вам скажу, зробить на вас впливово та корисне для вас вражіння“. Після такого пояснення пацієнт звичайно успокоїться, а лікар продовжує сугестії.

Небажаним є щоби в такій стадії звертати увагу на фізичні признаки гіпнози, але після декількох сеансів такі признаки напевно появляться. Беручи під увагу можливості сумнівів про стан пацієнта, він запитує-чи вище описаний стан вартує назви „гіпноза“, і тут вказує, що це залежитиме від поглядів лікаря.

Лікар однак помиляється коли він думає, що терапевтичні сугестії треба обмежувати тільки до стану сомнамбулізму, бо *практика доказує що можна досягнути великих терапевтичних успіхів навіть при дуже легкому трансі, яких очевидно не можна досягнути при нормальному стані свідомості.*

Пацієнти, в яких індукція трансу буває не ефективна при шести спробах, він вважає не є здатними до гіпнотерапії.

Фройд теж висловлює опінію, що ступенування гіпнотичного трансу Бернгаймом та іншими гіпнологами, не має особливого практичного застосування, але що особливо цінним є сомнамбулістичний стан, який віднімає в пацієнта спосібність пам'ятати що з ним сталося в трансі, після того як він з трансу „обудеться“, бо в такому стані (сомнамбулізму), він зможе при допомозі сугестії, відняти почування болю в пацієнта, чого не зможе зробити в легшому трансі; бо лікар тільки себе скомпромітує коли він пацієнтові, вповні свідомому свого почуття та сугестій лікаря, сугеруватиме анальгезію безуспішно. Було б прекрасно, говорить Фройд, коли б терапевт міг кожного пацієнта поставити в сомнамбулістичний транс, але на жаль, так воно не буває.

Ступінь глибини трансу не залежний від процедури лікаря при індукції та при поглиблюванню, але він залежний від шансу, та від реакції пацієнта.

Також дуже тяжкою буває успішна процедура до поглиблення стану трансу, хоча вона нерідко стається навіть тільки вже при самих дуже частих повторюваннях трансу.

Фройд також сугерує поглиблювати транс при допомозі погладжування обличчя пацієнта та його тіла протягом 10-15 хвилин або при допомозі легенького гальванічного струму встановивши анод на чолі, а катод на руці пацієнта.

Правдива терапевтична вартість гіпнози залежить від сугестії в стані трансу; від енергійного заперечування „болячок“ на які пацієнт жалується; або від навіяння впевненості пацієнтові, що він щось може зробити, в той час коли він боявся, що він того зробити не може.

При тому допоміжною буває інтервенція лікаря така як наприклад коли він натиснувши місце болю заявить“ти вже не маєш жодних болів в тому місці“, а також коли він, даючи відповідні сугестії, дотикається до місця болю, або гладить таке місце.

Лікар не сміє зневажливо або легкодушно ставитися до пояснення причин недуги та шляхів ведучих до виздоровлення, але він мусить належно пояснити пацієнтові причини чому він має бути здоровий.

Лікар не має до діла з автоматом, але з людиною здатною на критичне міркування та на осуд. Треба однак відмітити говорить Фройд, що лікар тоді,

коли пацієнт в трансі, має можливість робити більш позитивне враження на пацієнта чим він може мати на нього в стані повної свідомості.

Сомнамбулісти, очевидноно, як і в стані повної свідомості, можуть говорити, ходити та працювати, але лікар може мати на них далекосяжний вплив і він може розпитувати їх про їхні симптоми, про їх походження та про генезу їхньої недуги.

При допомозі сугестії лікар може викликати негайний ефект, а особливо при паралічі та штивностях мускул. Те саме можна досягнути за допомогою після-гіпнотичної сугестії, пристосувавши її до особливого моменту чи події в житті. Про те, при особливо наполегливих симптомах, Фройд рекомендує щоб вжити якийсь час як очікувальний період, як наприклад, ніч.

Всі сугестії мусять бути дуже точні, зрозумілі та такі які не піддалися фалшивій інтерпретації.

Час пацієнта в трансі повинен бути достатнім для того, щоб досягнути належної глибини трансу та для того щоб викликати в ньому відповідну терапевтичну настанову. В залежності від того можна мати на увазі навіть декілька годинну сесію.

При побуджуванні ми повинні впевнити пацієнта, що він буде почувати себе відпруженим, без болів голови та веселий, бо коротко-тривалий транс має тенденції оставляти пацієнта з болями голови та з невідгідними почуваннями, а це мабуть тому, що пацієнт не мав часу, “щоб виспатися“, відмітив Фройд.

Глибина трансу не є прямо пропорційною до успішності терапії; бо він переконався, що можливо досягнути великих терапевтичних успіхів при легких трансаксах, і навпаки.

Гіпнотерапію не рекомендується продовжувати безуспішно, понад двадцять сеансів бо вона тоді буває надто виснажуюча як для лікаря так і пацієнта. Інтелігентні пацієнти, звичайно, зрозумівши інтенції та стратегію терапії, збільшують шанси до успіху своєю кооперацією.

Фройд визнав, що гіпнотерапія має перед собою якнайширше відкрите поле та, що неправильним є погляд, що гіпноза неутралізує лише деякі симптоми і то на дуже короткий час. Хоч при тому він і відмічає, що ортодоксальна медицина також не має ширших чи глибших намірів та амбіцій як допомогти пацієнтові позбутися тривожних симптомів, і тому гіпноза, у всякому разі, є принаймні паралельно амбітна з ортодоксальною медициною.

Коли гіпнотерапія буває успішною в виелемінуванні якогось симптома, то стабільність такого стану має не менше шансів ніж стабільність лікування іншими методами. Коли ж причина виникнення даної недуги існує й далі і продовжує впливати на пацієнта, тоді можна сподіватися повернення даної недуги незалежно від того, якими середниками вона була припинена, але якщо причину творення недуги вдалося виелемінувати, тоді можна надіятись, що усунення якогось симптому є перманентне.

Коли недуга має в собі психічне походження тоді, безумовно, гіпнотерапія є найбільш властивою та найбільш успішною, а крім того відпруження, яке можна досягнути при допомозі гіпнози буває аж дуже придатне та сприятливе при повному виздоровлюванні з усіх недуг.

Все що було сказано та все що було написано про небезпеки вживання гіпнози для лікування, це безпідставні вигадки, говорить Фройд.

Коли ми припускаємо можливість зловживання гіпнози для нелегальних цілей, тобто можливості які існують для всяких інших метод лікування, то найгірше що можеostatися в наслідку неправильного вжитку гіпнози, це тенденція пацієнта, після багатьох сесій гіпнози, попадати спонтанно в транс.

Але потішаючим при тому є й сам факт, що такі спонтанні транс дуже легко виелемінуються спосібним гіпнотерапевтом, як також, що настільки добрі гіпнотичні суб'єкти, які самі спонтанно попадають в глибокий транс та проти бажаної власної волі, можуть бути охоронені від таких випадків при допомозі сугестії їхнього лікаря, що вони ніколи без власної згоди, інтенції та причини, не попадуть в транс (Фройд, 1891, ст. 460-471).

В клінічному звідомленні під назвою "Випадок успішного лікування при допомозі гіпнози", з датою 1892 р., Фройд демонструє успішне лікування при допомозі гіпнози матері новонароджених немовлят, яка з огляду на блювання не могла своїх немовлят кормити, помимо лікарської та психіатричної інтервенції знатних лікарів Відня, таких як Др. Бруер та Др. Лотт.

Фройд був ознайомлений з пацієнткою вже від її дитячих літ, як також і з її батьками та сім'єю і мабуть тому сама "історія недуги" є досить короткою.

Він, з великою прикрістю, дуже ясно запримітив вже при першій зустрічі з пацієнткою, що йому не можна розраховувати на її кооперацію. Це безумовно було для нього не тільки неприємним але і тривожним, хочби і тому, що в його сторону були звернуті очі скептиків професійних колег, сім'ї пацієнтки та близьких знайомих. Помимо всього Фройд успішно загіпнотизував її при допомозі зорової фіксації, з сугестією спання, що йому вдалося досягнути протягом трьох хвилин, а при тому він старався виелемінувати в пацієнтки страх перед гіпнозою та впевнити її, що вона буде насолоджуватися своєю ролею матері та і самим процесом кормлення грудьми дитини а найважливіше, що вона перестане блювати.

Пацієнтка, після декількох хвилин в гіпнозі, була ним побуджена, маючи цілковиту амнезію до її трансу та почувала себе дуже добре й без жодних симптомів.

Фройдіві, як він з гіркістю відмітив, залишився дуже "тяжкий обов'язок" щоб переконати мужа пацієнтки, що нерви його дружини "не будуть гіпнозою тотально зруйновані" (Фройд, 1892, ст. 475).

На слідуючий день він відвідав пацієнтку, яка позбулася неприємних симптомів блювання, але вона сама та її родина почувалися нещасливими, і її симптоми скоро повернулися.

Під час другого сеансу пацієнтка, як і попередньо, пішла в сомнамбулістичний транс і Фройд їй сугерував, що за п'ять хвилин після його відходу, вона попросить харчів для себе, нормально їх з'їсть та нормально кормитиме дитину.

Під час третьої візиту, пацієнтка заявила, що вона себе вже почуває зовсім здоровою, і більше не потребує лікарської допомоги Фройда.

Фройда постійно тривожив та дуже його огірчив сам факт, що ані сама пацієнтка, ані ніхто з її родини не звернули найменшої уваги та “ні одним словом не признали знаменитого та скорого вилікування тяжко хворої людини” (Там же, ст. 476).

Через рік у пацієнтки народилася третя дитина, а з тим і повернулася стара недуга: мати не мала апетиту, немогла держати їжі, блювала, груди її боліли та вона не була в стані кормити дитини; треба було просити помочі Фройда.

Перший сеанс не був успішний, зате другий мав знаменитий успіх, у висліді якого мати повернулася до повного здоров'я, і при тому пацієнтка заявила, що вона “...соромиться за себе, бо така річ як гіпноза має лікувальний успіх, а вона силою всієї власної волі, не могла собі допомогти”.

Фройд однак не був тим переконаний, що пацієнтка та її муж перейнялися респектом до гіпнози (там же, ст. 477).

Аналізуючи психічний механізм, який брав участь у створенні недуги тої пацієнтки та яка вилікувалася при помочі гіпносугестії, *Фройд подав слідуячу гіпотезу, а саме:*

- ідеї мають величезний вплив на сподівання.
- Ідеї ще можна поділити на такі які мають чіткі інтенції та на ідеї, які віщують що зі суб'єктом станеться щось неясне тоді коли він чогось очідає, або коли він чогось сподівається.
- Вплив на висновок в таких ситуаціях мають два чинники:
- (а)ступінь важливості для людини, та
- (б)ступінь непевности здійснення, тобто суб'єктивне противо-ожидання, яке складається з конгломерації ідей, яким він дав назву “тривожні антигігичні ідеї”, і яких існує безліч та які ведуть до страху та до винекниння стану фобії, яка дає симптоми неврози, психостинії, а в цьому випадку-симптоми гістерії (там же, ст.477).

На прикладі з панею Емі фон Н. (Frau Emmy von N.), яка страждала безволевими та безконтрольними “майоклонами” зі звуками, Фройд доказував валідність своєї теорії та походженню “тривожних антигігичних ідей”.

Фрав Емі роками страждала тими неприємними “голосними тіками” та, в свідомому стані, не знала ні часу ні причини їх походження.

У стані гіпнози Фройд поставив їй питання чи вона знає, коли та чому, вона мала такий приступ перший раз, і пацієнтка відповіла, що колись її дитина мала серію конвульсій та, що після якогось часу дитина заспокоїлась та вснула, а

фрав Еммі всіма силами старалася вести себе тихо щоб не збудити дитини і, що саме тоді вона вперше видала сильні невольонтарні звуки, а другий раз це сталося коли вона, під час сильної бурі, їхала каретою і боялась щоб звуками не сполошити коней, і від того часу її стан погіршився.

Голосний майоклонас в фрав Емми зник відразу після того, як вона в гіпнозі висказала Фройдови час, умови та причину її недуги (там же, ст. 481-486).

Отто Георг Веттершtrand (Otto Georg Wetterstrand)

Отто Георг Веттершtrand, прихильник вживання гіпнози в психотерапії, як також і дослідник цього явища, закликає професійних колег відкинути упередження проти вживання гіпнози у належних та відповідних випадках та не відкидати можливостей вживати гіпнозу тільки тому, що вона немає досі зрозумілого наукового підложжа, бо таке ставлення він вважав негуманним і суперечливим лікарській етиці.

Веттершtrand цитує відозву Хірургічного Товариства Лондону, яке у відповідь на публікації Джеймса Есдаїля 1840 р., про його операції при помочі гіпноанестезії, де говорилося слідує: “ Біль-це мудра зумовленість природи, а тому пацієнт мусить страждати болями коли хірург його оперує, бо пацієнти стаються тому кращими та і скоріше приходять до здоров'я”. Веттершtrand назвав таку відозву цілковито абсурдною, короткозорою та невартою серйозної уваги та коментарів.

Він закликає медичну професію до серйозних дослідів щоб як найскоріше освободити вживання гіпнозу від поважніших помилок, і тим самим, якнайшвидше уможливити людям користуватися цією метою лікування.

Роздумуючи над природою гіпнози та над причиною її виникнення, Веттершtrand заперечував припущення, що гіпноза постає в наслідок нервового послаблення або в наслідок браку рівноваги психічних сил суб'єкта.

Він теж відкидав теорію, що гіпноза викликається через послаблення органів відчуття та при механічних подразненнях, бо гіпноза ніколи не появляється без гетеро-або без авто-сугестії. Веттершtrand уважав, що гіпноза не є патологічний але психофізіологічний стан та, що втома це лише фактор а не суть гіпнози.

З появою гіпнози наступає впливовість на пацієнта, бо сугестивність приготує та домінує суб'єкта, не тільки перед і підчас трансу, але теж й після нього. Психічно хворі та п'яниці не є легкі для гіпнози суб'єкти, а це мабуть тому, що в них існує відсутність концентрації думки, бо саме нервово виснаження та сама втома не приведе до стану гіпнози. Стан високого емоційного побудження також перешкодить при індукції гіпнотичного трансу. Згода бути гіпнотизованим та кооперація суб'єкта є потрібні для того щоб гіпнотерапія була успішною, а вже особливо відношення та психічна настанова в суб'єкта, є необхідною для того щоб він міг легко та докладно виконувати всі сугестії гіпнотиста. Гіпнотичний стан сприяє та приготує суб'єкта до виконання сугестій, чого не є легко досягнути в стані побудження, а особливо

тоді, коли дана сугестія буває відмінна від об'єктивної цілі суб'єкта. Для успіху в лікуванні необхідними-це витривалість, наполягливість та час, як також взаємоповага лікаря та пацієнта.

Емоції-це сугестії які проникають у мозок людини та в результаті дають певний фізичний та ментальний стан. Антидозою надмірої сугестивності служить тільки відповідна сугестія лікаря, що пацієнт буде гіпнотизований даним лікарем тільки на його власне бажання та для особливих лікувальних цілей. Клінічні спостереження вказують на факт, що гіпноза, правильно вживана, не оставляє по собі жодних негативних наслідків. Пробудження пацієнта з гіпнотичного трансу повинно проводитися повільним темпом та з відповідними сугестіями.

Веттерштранд уважав, що індукція трансу при допоміжні наркотиків-це зайва витрата часу, яка також приносить небезпеку здоров'ю пацієнта, бо ж досвід доказує, що вже саме підготовлення до трансу при допоміжні наркотиків, радше чим фармакологічний препарат, викликає гіпнотичний транс.

Дослідник розрізняв сугестивність на свідомому рівні, від сугестивності викликаної гіпнотичним трансом та його спостереження вказують, що вони одна від другої не залежать. Веттерштранд уважав, що гістерики не бувають особливо добрі гіпнотичні суб'єкти, що є суперечливе поглядам Шарка та, що підтверджує погляди Бернгайма, як також і факт, що гіпноза в психічно здорової людини не викликає по собі гістеричної поведінки.

Покликаючись на власні клінічні спостереження, на протязі останніх двох років, коли він вилікував кілька сотень пацієнтів від недуг які уважалися "безнадійними", Веттерштранд закликає медичну професію залишити теоретичні міркування щодо природи гіпнози для дослідників, а використовувати її з ціллю лікування людей. Він також засуджує створення непривітливої атмосфери до гіпнотерапії, такої як "...роби що бажаєш, лише не давай себе гіпнотизувати"... або до пацієнта який вилікувався при допоміжні гіпнотерапії, лікар говорить "...тобі лише здається що ти вилікувався при допоміжні гіпнотерапії, але тебе таке лікування буде коштувати дорого" і т. п.

Веттерштранд теж вказує на факт, що лікар, вживаючий гіпнозу, повинен бути досконало ознайомлений з психікою пацієнта, і ніколи не накидувати, в формі гіпно-чи постгіпнотичних сугестій чогось, що суперечило б його принципам, його поглядам чи його вірі; пошана до поглядів, до почувань, до принципів та до вартостей якими керується пацієнт, є необхідною для успіху гіпнотерапії. Лікар повинен відноситися до пацієнта в психотерапії, з таким тактом, з такою повагою та виrozumінням, з яким він бажав би, щоби всі відносилися до нього; таку однастайність в бажаннях та в поглядах пацієнта і лікаря приносить не авторитарність лікаря, а взаємопоміч та спільна мета.

Клінічні спостереження Веттерштранда вказують на те, що успішність психотерапії не залежить від глибини трансу, а часто й навпаки, коли пацієнт буває вповні свідомий всього, що лікар йому говорить чи сугерує та, що кругом нього діється; тобто коли пацієнт є в сомноленному стані, або коли він є в пасивному стані, який підвищує енергію психічних сил.

Часом виникає необхідність глибшого трансу, як наприклад у лікуванні меланхолії чи інсомнії, але і тоді не вільно сугерувати “спання”, а краще сугерувати “відпочинок”; тут головне це досягнути кооперацію організму пацієнта з його свідомою волею.

Недостатнє знання психології, а одночасно краще обізнання з фізіологією та хемією, привело до того, що сьгоднішня медична практика, в принципі є залежна від механічних, від хемічних та від електронічних середників, а не від сили психічних функцій.

У зв'язку з тим, що психологічні функції відіграють дуже поважну роль в людському організмі, тому медицина, як наука, без кращого знання психології людини, не буде спроможною пізнати правдивої природи людини, а отже із тим не буде спроможною дати належне заспокоєння та комфорт для людських недуг. Вона може остатися як і тепер, неповною, провізоричною та неточною наукою, бо психічні функції, цей “вітальний поштовх”, залишаться нам незнаними; завданням психології це винести ті психічні функції на світло денне, і належно вказати на їхню присутність в житті кожного індивіда.

Веттершtrand закликає медичну професію не зупинюватися в обличчі відсутності належного розуміння сутті гіпнози бо теорія, як правило, в свій час розвинеться природньо та об'яснять належні явища, а може сама містерія трансу не буде ніколи об'явлена і останеться проблематичною як і саме життя людини.

Людське існування на землі є надто коротким для того щоб можна собі дозволити на те щоб не покращувати його долю та не вживати практично доказаних успішних прийомів тільки тому, що ми не маємо належного теоретичного розуміння сутті гіпнози.

Лікарі повинні вживати гіпнозу для лікувальних цілей тому, що вони є досвідом переконані у вартості таких прийомів; ми є переконані, що психічний чинник є спроможний для того, щоб подолати фізичні та ментальні перепони, в багатьох випадках, де традиційна медицина не є успішною, а не вперто нехтувати психологічними методами.

Гіпноза буває особливо корисною для того щоб підсилити свідому волю пацієнта, а не щоб її послабити, як це говорять люди, які не мають досвіду лікування при допомозі гіпнотерапії, і лікарі мають право на підсилення волі пацієнта не менше чим вони мають право на прийоми дожилнього кормлення, тоді коли стан здоров'я пацієнта цього вимагає.

Бувають випадки, коли пацієнт не надто ентузіастично приймає гіпно-сугестію, але при відповідному підході лікаря така резистенція буває звичайно короткотривалою бо інстинктивні імпульси пацієнта до життя звичайно бувають сильнішими чим його воля і тоді терапевт мусить відіграти належну роль та внести рівновагу в живий організм людини; він однак мусить дуже уважати щоб не зводити бою з впертою, а навіть ворожо наставленою волею пацієнта. І тут важливу роль відіграє правильна та належна концепція людини, в понятті психотерапевта та його психотерапевтичні спроможності.

Отже висліди гіпнотерапії залежатимуть від засобів якими диспонує лікар, а не від гіпнози.

Веттерштранд також звернув увагу на те, що не тільки словесно висказані сугестії мають вплив на виздоровлювання пацієнта, але і невербалізовані та, що вони мабуть стаються при допомозі “телепатії”, що залежить від ступня концентрації лікаря та від ступня сугестивності пацієнта. Досвід доказує, що невербалізовані сугестії звичайно мають далеко сильніший вплив на виздоровлювання пацієнта чим вербалізовані сугестії.

Август Форель (August Forel)

Август Форель, професор психіатрії та директор психіатричної клініки в Цюріху (Швейцарія), був не тільки невтомним дослідником гіпнотизму, але він також вживав гіпнозу з лікувальними цілями у випадках в яких уважав за відповідне, користуючись своїм глибоким досвідом та досвідом своїх попередників і його сучасників.

В своїй монографії під назвою (*Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie*) *Гіпнотизм або Сугестія та Психотерапія*, він проявив, що він глибоко студював явище гіпнози в людей та у тварин, беручи під увагу все, що до його часу було знане або сказане про гіпнозу, про його природу та про його клінічне застосовування.

Мені хотілося б педати зміст цієї монографії повністю, бо багато питань ним заторкнутих, і до сьогодні не мають належної відповіді та належного розуміння, але обсяг моєї монографії на це не дозволить, і тому заінтересованому читачеві, подам лише заголовки окремих розділів, а докладніше зупинюся тільки над розділом який він скромно назвав Поради для практикуючих сугестивну психотерапію, на сторінках 188-218 згаданої праці.

Скептикам та критикам Форель давав одну коротку відповідь а саме, що лікар може виробити власну опінію про гіпнотизм тільки тоді, коли він довший час та з успіхом, вживатиме гіпнозу в клінічній практиці.

Щоб досягнути бажаного результату в гіпнотерапії то лікар мусить мати:

- терпеливість, ентузіазм, послідовність, беззастережність в професійній поведінці та спосібність на творчі ідеї.
- Він теж мусить дати пацієнтові належну психологічну оцінку, трактувати кожну людину як окремого індивіда та, в кінці, мусить бути спосібним поставити правильну діагнозу.

Вже із повищесказаного стає ясным, що не кожний лікар є здатний для того щоб бути гіпнотерапевтом тому, що не всі люди мають відповідні якості та характер, а при тому теж необхідним беззастережне заінтересування долею пацієнта та особиста ініціатива терапевта.

Механічний підхід до гіпнотерапії дуже швидко вб'є ентузіазм в лікаря, а в результаті лікар буде перевтомлений та сплячий, а його пацієнт буде розчарований.

Другий чинник, який звичайно стається перепоною для успішного лікування, і який походить від лікаря це самонедовіря, нервова напруженість, страх, що він як лікар станеться посміховиськом в очах пацієнта. До того, часто, добавляється підозріння лікаря, що пацієнт симулює транс. Ці чинники звичайно зникають разом з досвідом та успіхами лікаря, бо пацієнти, треба не забувати, мають спосібності відчувати всякі недотягнення, тривогу та невпевненість лікаря.

Лікар повинен підходити до пацієнта “природньо” а не виступати в якійсь ролі, бо пацієнт звичайно відчуває його інтенції та його мету; коли наприклад виявляється, що пацієнт стривожений непевністю що його жде в гіпнотерапії, тоді лікар, ясними та короткими словами повинен запевнити пацієнта, що гіпноза це вповні нормальне та природне явище яке послужить бажаною методою в лікуванні пацієнта.

Форель рекомендує методу Фогта, тобто знану як фракціонування і характерну тим, що лікар скорим темпом уводить пацієнта в транс та виводить з трансу декілька разів, щоб тим самим він, в зародку, вбив скептицизм в пацієнта відносно гіпнози.

Лікар не спішить з сугестіями та він ніколи не дає “команд”, але пильно слідкує за тим, щоб запримітити коли вже пацієнт склонний щось вчинити, бо тоді його сугестії приймаються та виконуються природньо.

Сильне психічне збудження, тривога та особливі сподівання в пацієнтів, як також і побоювання, що пацієнт неспосібний увійти в транс, часто перешкоджають, бо пацієнт тоді діє під впливом негативної автосугестії. При поборюванні всіх тих негативних чинників, найважливішою це терпеливість лікаря та його самовпевненість.

Нижче переповідаю методу гіпнотизування, яку Форель вживав, взуруючись на Либо та на Веттерштрандові:

Сидячий на вигідному кріслі пацієнт дістає інструкції щоб він сидів спокійно та, не більше одної хвилини, дивився в очі лікаря, який спокійним але впевненим голосом говорить, що в пацієнта все в порядку, а далі, що його очі слезять та його повіки стаються тяжкі та, що пацієнт відчуває приємне тепло в руках та в ногах.

При тому терапевт дає інструкції пацієнтові щоб той пильно дивився на великий та на вказуючий палець лікаря, які повільно замикаються, а це звичайно сугерує пацієнтові закрити очі. Коли очі не закриваються автоматично, тоді лікар може попросити пацієнта щоб він їх закрив.

Після того Форель навіює штивність рамена, і те, що рука пацієнта приклеїлася до його голови. При тому лікар сугерує пацієнтові відсутність процесу думання, прекрасне самопочуття, відпочинок та дрімоту; він повністю використовує явища, які сталися в наслідок сугестії, для того щоб поглибити транс, вказуючи пацієнтові на факт, що певні речі вже відбулися в наслідок сугестії, а будучи

впевненим, що пацієнт вже має каталепсію рамена, лікар може дати виклик пацієнтові, що той не буде спосібний зігнути рамена, а це ще більше поглиблює транс.

Форель тут же подає методу індукції Гросмана, над якою я не зупинюся, але вкажу, що вони обидва поділяли думку про те, що успішне сугерування анестезії та присутність постгіпнотичної амнезії уможлиблює пацієнтові легше прийняти терапевтичні сугестії, бо при їх допомозі, в пацієнта зникають перешкоди в лікуванні, які звичайно бувають в присутності логічного мислення.

Не можна недоглянути явища негативних автосугестій, які мають тенденції появлятися звичайно після першої гіпнотерапевтичної сесії та завжди в пацієнтів які страждають гістерією. Небажані симптоми появляються тому, що пацієнти часто керуються фальшивими інформаціями про впливи гіпнози на людський організм і тому, після гіпнотичного сеансу, в них появляються завороти та болі голови, безконтрольне тремтіння тіла, конвульсії та інші симптоми.

Лікар в такому випадку не сміє попадати в паніку, але він повинен повторно гіпнотизувати пацієнта, анулювати негативні симптоми, і старатися не надто часто гіпнотизувати такого пацієнта, а найголовніше-це прецизно давати йому тільки позитивні сугестії. Недогляд в подібних ситуаціях завжди приносить шкоду та неславу гіпнотерапії.

Гістерики краще та більш позитивно реагують на терапевтичні сугестії в неформальній гіпнозі, ніж у формально уведеному трансі.

Лікар завжди повинен додержуватися основної лінії поведінки тобто він мусить бути виrozumілим, співчутливим, послідовним та прямолінійним; він мусить здобути симпатії в пацієнта та їх задержати, а особливо також і пошану до себе. Не вільно над пацієнтом насміхатися, викликати до себе недовір'я, огиду, або зневагу; пацієнта не вільно пестити, не вільно присв'ячувати забагато уваги до його симптомів, атаків, болів і т. п. , але впевнено треба говорити, у відповідний час, про виздоровлення, треба стимулювати його заінтересування до здорової діяльності, і давати йому інструкції доброї життєвої гігієни.

Ліків треба вживати як можна менше та у ніякому разі не вільно давати наркотиків.

Недосвідчений в гіпнотерапії лікар повинен остерігатися гістеричних пацієнтів.

Не треба забувати, що лікар, своїм неправильним поступованням, неправильними сугестіями може завдати шкоду пацієнтові, тобто спричинити біль та викликати інші небезпечні симптоми, а також, і що сам пацієнт може собі пошкодити через самосугестивність, як на це вказують фон Крафт-Ебінг, та др. Фрідріх. А щоб цьому запобігти, то лікар повинен твердо заявляти, що пацієнт прийматиме тільки здорові та добрі сугестії та автосугестії, і при допомозі таких самих сугестій треба відняти тенденції пацієнта зачасто входити в самогіпнозу, а що автогіпнозу пацієнт зможе викликати тільки при допомозі талісмана та за дозволом лікаря.

Лікар під час гіпнози мусить завжди сугерувати добре здоров'я, бадьорість, веселість, добрий апетит, добрий сон, та силу власної волі, а крім того лікар повинен додержуватись вказівок Бернгайма та Либо.

- При гіпнотичній сесії, уважав Форель, треба мати завжди принайменше одного відповідного свідка.
- Сомнамбулістам завжди треба повторювати сугестію, що ніхто інший крім лікаря та тільки з раціональним дозволом пацієнта, він не буде ніким гіпнотизований.
- Форель рекомендував щоб не гіпнотизувати нікого без його висловленої згоди та щоб давати тільки позитивні терапевтичні сугестії.

Особливо треба вистерігатися ятрогенних сугестій, які стаються навіть через вираз обличчя та інші конфігурації тіла лікаря, про що говорив Бернгайм та, що Форель теж стрічав у своїй практиці.

Гіпнотерапевт мусить бути добрим психологом та бути спосібним відшифрувати скриті почуття, бажання та інтенції пацієнта.

Не вільно давати сугестії механічно, тобто згідно з якоюсь формулою, але треба вчутися в потреби та у спосібності кожного пацієнта зокрема.

При вживанні анестезії для оперативних цілей, лікар мусить приготувати пацієнта на протязі декількох сеансів, і аж тоді коли пацієнт не відчуватиме вколів в долоню, та дотику до ока то можна уважати, що він є готовий до операції. Треба також вистерігатися щоб не викликати в нього особливого побудження, як також щоб не перетреноувати його, бо він тоді буде притуплений відносно сприймання сугестій.

Пацієнта, для оперативних цілей, треба загіпнотизувати в окремій кімнаті та привезти до операційної залі вже загіпнотизованого і під час операції продовжувати сугерувати відсутність почуття болю та дотику.

Сам процес приготування для операції рекомендується не довше як протягом п'ятих сеансів та треба старатися щоб увести пацієнта в транс з допомогою швидкої методи; надто довге приготування пацієнта неспосібного до глибшого трансу, в результаті, може дати йому відпирність до всіх сугестій, а часом довші перерви в приготуванні пацієнта для операції, можуть принести і бажані наслідки.

Як вказував Бернгайм, гомеопатичні препарати та електротерапія нерідко вживаються в гіпнотерапії як допоміжні, бо ж відомі також факти, що дистильована вода є спосібна успокоїти сильні болі, як також металотерапія.

Як і Бернгайм, Форель завжди підкреслював, що завданням кожного лікаря це вжити всі знані йому наукові методи для допомоги пацієнтові та мати на увазі життєвий факт, що хоча гіпносугестія не є панацея але, що гіпносугестія поєднана з добрим медичним знанням, інтелігентним підходом та наполегливістю, може принести найкращі результати.

Форель подає довгий список недуг які, як він вважає, найкраще піддаються лікуванню при допомозі гіпнотерапії, але тому, що я пізніше назву способи лікування, то тут не подам такої листи, але заінтересований читач може з нею познайомитися на ст. 199 (Форель, 1919).

Він також подає джерела в яких можна найти списки недуг які при допомозі гіпнотерапії виліковували Либо, Бернгайм, Веттерштранд, Рінгієр та інші.

Пізніше Форель подає дуже мило-вважаючу статистику з відвідин клініки Веттерштранда, де він з числа 3148 пацієнтів, мав 97 процентів успішно вилікованих. Він також відмітив, що Веттерштранд користувався продовженою методою трансу, що і значно поглиблювало транс та автоматично викликало амнезію.

Веттерштранд, відмітив Форель, мав прекрасні методи лікування та пацієнтам присв'ячував всю свою увагу, і його особливо вразило успішне лікування морфіністів та епілептиків при допомозі гіпнози.

Паліативний підхід при лікуванні рака та туберкульози, повинен також включати гіпнотерапію, бо вона уможливує спання, збуджує апетит, регулює травлення, секрецію та менструацію, без зловживання наркотиками та іншими фармакологічними середниками.

Форель подає статистичні дані Рінгера з якими варта познайомитися, та аналізу 41-ї категорії недуг, які він особисто лікував.

Франц Антон Мезмер (Franz Anton Mesmer)

Віденський лікар Мезмер (Franz Anton Mesmer, 1734-1815), безумовно відіграв велику роллю в історії гіпнози і, взаємності від настанови дослідника, він буде своєчасно належно оцінений.

Познайомившись з його клінічними випадками та його успіхами в лікуванні, треба признати, що він був майстром психотерапії, але на превеликий жаль, тільки теоретичні основи, які він представив з ціллю об'яснити суть гіпнози сталися виключною точкою уваги тодішнього медичного та інтелектуального світу, а його методи лікування та успіхи (голі факти) і досі не знайшли належного, об'єктивного, і глибокого дослідника.

Його дисертація, яку він пред'явив Віденському Університетові, як теоретичні основи його психотерапевтичної практики, та яку він безуспішно боронив до кінця свого життя, стала причиною його трагічного життя, а рівночасно і трагедією для методи лікування, в основі якої лежить гіпнотизм.

Тексту дисертації та 27-х точок, в яких є зміст дисертації не буду переказувати, але зупинюся над репортом Бенджяміна Франкліна, в якому стисло зібрані головні пункти його тези. Заінтересовані можуть познайомитися з його знаними мені досі творами, читаючи "Мезмеризм" в англійській мові, пера Джорджа Блоха, видавець Вілліам Кавфман, Каліфорнія, 1980.

Як широко відомо, 12-го березня, 1784 року, король Люї 16-й, покликав комісію від Факультету Медицини та від Королівської Академії Наук, в якій були лікарі Борі, Салі, д'Арсет, Гілотін (Borie, Sallin, d'Arcet, Guillotin) та члени Королівської Академії Наук Франклін, ле Рой, Бейлі, де Борі, Лавойє (Franklin, le Roy, Bailly, de Borie, Lavoisier).

В репорті говориться, що середник, який Мезмер мав би відкрити, він назвав "тваринний магнетизм" та, що він його описав слідуючими словами:

"Існує універсальний плин, при помочі якого відбуваються взаємовпливи небесних планет, землі та живих істот; цей плин є настільки універсальний, що він не допускає можливості вакууму; його тонкість (невловимість), не дозволить на те, щоб його можна продемонструвати, але він має спосібність сприймати, поширювати та комунікувати все повище і назва йому "тваринний магнетизм".

Тваринне тіло підлягає впливам цього чинника, і ті впливи відразу витворюють середник який вселяється в нервову субстанцію.

Ми, особливо, знаходимо в тілі людини властивості подібні до магнету та ми зауважуємо там противні полюси.

Впливи та прикмети тваринного магнетизму, мають спосібність переноситися з одного тіла в інше, без різниці в живе чи неживе тіло і він має силу впливати на далеку віддаль, без жодного посередництва та жодної помочі. Така дія буває, крім всього, підсилена та відблискується дзеркалами і тому вона є комунікована, концентрована та переносима. Помимо того, що цей плин універсальний, але він не завжди та не однаково впливає на всі тварини."

Тваринний магнетизм має спосібності виліковувати нервові недуги та інші розлади; він підсилює дію медикаментів; він рівнож підсилює і життєві кризи, а при тому уможливує їм піддатися розсудкам та досягнути позитивних для людини рішень.

При помочі магнетизму, лікар знайомиться зі станом здоров'я кожного індивіда та причинами його недуги, а також з природою та розвитком найбільш складних розладів; він притуплює їх експансію та прискорює їх погашення, без шкоди для пацієнта, незалежно від його віку, стану чи його придиспозиції до пригод.

За допомогою магнетизму, природа підносить нам незалежний інструмент для збереження здоров'я та для продовження людського життя.

Поданий вище опис методи лікування повинна була розглядати створена комісія. Члени її повинні були встановити чи дійсно:

- Існує тваринний магнетизм.
- Лікар повинен продемонструвати своє знання та спосіб пізнання і відкриття тваринного магнетизму.
- Продемонструвати й доказати, що тваринний магнетизм справді має позивні наслідки у лікуванні недуг.

Познайомившись докладно з теорією, комісія була впроваджена до великого приміщення, в центрі якого стояла бочка з дубового дерева одної або півтора стопи глибини, яка і називалася “баквет”; накривка тої посудини була закрита, але вона мала в собі щілини з яких стирчали металеві пруті, споруджені так, що пацієнти могли свobodно дотикатись ними до місця недуги, або до місця болю.

Ланцюг, що обвивав їхні тіла, пов'язував пацієнтів одного з другим, а крім того, деколи пацієнти спілкувались поєднуючи пальці рук одного з другим і така комунікація замикала ціле коло.

В кімнаті стояв також фортеп'ян на якому грали різні мелодії з різними ритмами та скоростями, а часом добавлялась і вокальна музика.

Люди, які наглядали за тим процесом, тримали в руках металеві пруті довжиною одної стопи.

Др. М. д'Есло представив комісії декларацію слідуючого змісту:

1. Сталеві пруті являються провідниками магнетизму, який концентрується на їх кінцівках та робить їх промінювання більш потужними.
2. Що згідно з теорією Мезмера, др. д'Есло є також середником комунікації магнетизму та щоб передати магнетичний плин до фортеп'яну то йому вповні вистарчить тільки зблизитися до нього із залізною палкою. Тоді людина яка грає на фортеп'яні стається також наповнена плинном та магнетизм трансмітований до пацієнтів при допомозі звуків музики.
3. Що ланцюг, який пов'язаний кругом пацієнтів та пальці якими вони дотикаються, сприяють взаємо-комунікації.
4. Середина “баквету” (посудини) так зконструйована, що вона концентрує магнетизм та являється великим резервуаром магнету, який промінює від посудини при допомозі залізних палок.

При допомозі електронічних інструментів трибунал ствердив, що ані бочка, ані залізні палки, не були намагнетизовані та, що вони в дійсності не посідали жодного електричного потенціалу.

Великі групи пацієнтів зібраних кругом посудини набували магнетичних властивостей при допомозі металевих палок які стирчали з посудини, від ланцюга поєднуючого всіх пацієнтів та від взаємного дотику пальців, як також і від звуків фортеп'яно.

Крім того пацієнти були магнетизовані безпосередньо за допомогою металевих прутів, які доглядачі ставили переді та позаду голови а також дотиком до частин тіла пошкодженого недугою. Декоتری із пацієнтів вели себе буйно та це ставалося під впливом належних поглядів та сигналів атендантів.

Особливо часто вживалося дотику рук, а часом навіть дуже довго натискалося пацієнта, страждаючого недугою або дискомфортом долішньої частини живота.

Пацієнти в тих ситуаціях вели себе дуже різноманітно; деякі були спокійними та веселими, інші сонними та навіть непритомними; дехто із них кашляв, плював, дехто жалувався на сильні болі, а знову ж інші потіли.

Третя кляса пацієнтів була мучена та агітована конвульсіями, які в декого бували дуже часті та дуже агресивні. Конвульсії в одного пацієнта, видавалося, викликували конвульсії в інших, і такі конвульсії часом тривали навіть протягом трьох годин; деякі пацієнти блювали, навіть дуже багато та в декого при блюванні показувалася кров, а при тому вони мали конвульсії та контракції. Багато пацієнтів мали дикий вираз обличчя та очей, а часом деякі з них гістерично сміялися або ридали.

Беручи під увагу вислід багатьох експериментів, та демонстрованих випадків, комісія дійшла до висновку, що не магнетизм, а ***уява є правдивою причиною впливів, які приписуються магнетизмові.***

Сльози, сміх, кашель, гикавка та всі інші явища, які мали б ніби то бути викликані під впливом тваринного магнетизму, в дійсності були викликані під впливом тиску на діафрагму, або під впливом сили та дій уяви.

Не посудина-бочка по середині кімнати, впливала на поведінку пацієнтів, які зібралися навколо неї, але люди які стимулювали уяву та передавали її один другому.

Отже, комісія дійшла до висновку, що пропозиція про впливи магнетичної рідини на поведінку пацієнтів являється зайвою але, що вплив уяви пацієнта на хід та на вислід його лікування буває часто дуже важливим та рішачим чинником.

Надія в людини є часто рішачим середником про хід та вислід недуги в житті людини.

Теорії гіпнози

Помимо того, що в 1965 році Люїс Вольберг (ст. 259) писав, що “ Ми не краще поінформовані де в мозку людини; в його неврофізіології, в його електро-тахемо-активності, знаходиться льокус гіпнози, чим ми є поінформовані про свідомість або про спання. Ми не більш заавансовані у віщуванні психології гіпнози, психодинаміки та соціології гіпнози, чим ми можемо збагнути негіпнотичний, когнітивний процес поведінки.”, то стремління людини в його змаганнях пізнавати світ та себе, у висліді дало чимало теорій гіпнози, і над деякими із них ми застановимося.

Обізнаність з теоріями гіпнози, не тільки насвітлить гіпнозу в історичному аспекті, але практикуючий гіпнотерапевт знайде там і певні інформації які матимуть вартість в його щоденній практиці, а крім того, кожна теорія ставить певний наголос над особливими аспектами гіпнози.

Хоч теорія гіпнози Мезмера є визнана як безпідставна та непридатна в лікуванні недуг людини, то ми з неї довідуємося, що “прикладання рук”, служить як сильний комунікаційний невербальний чинник, який має далеко сильніший вплив на пацієнта, чим висловлена ідея, думка чи сугестія.

Ми також з того довідуємося, що у більшості випадків, загіпнотизована людина веде себе у гіпнозі так, як вона собі уявляє, що гіпнотизована людина повинна себе вести; пацієнти Мезмера, наприклад вірили, що тваринний магнетизм вкине їх в конвульсію і тому вони, дотикаючись металевих прутів які стирчали з посудини, попадали в конвульсії.

Багато пацієнтів і до сьогодні приходять з вірою, що гіпнотист посідає особливу силу, прикмети та волю, при помочі якої він “діє на пацієнта та приневолює його робити все, що він захоче”, і саме тому нерідко доводиться витратити багато часу для того щоб усвідомити пацієнта, що гіпнотерапія це співпраця терапевта з пацієнтом, і щойно тоді вживати пасивної індукції.

Теорія Мезмера вказує теж, що теорії явищ в світі нерідко співпадають з тогочасними філософськими міркуваннями.

Гіпноза - Це сугестія

Теорію тваринного магнетизму Мезмера, в 1841 підкопав англійський лікар Брейд, який доказав, що транс може бути досягнутий без помічі тваринного магнетизму, але аж в 1866 р. французький лікар Либо (Liebeault), остаточно доказав, що гіпноза виникає в наслідку сугестії.

Його погляди спопуляризував професор Бернгайм (Bernheim з Nancy) та він остаточно доказав, що теорія Мезмера не має нічого спільного з чинниками при помічі яких викликається явище яке тепер знане під назвою гіпноза.

І хоч теорія Бернгайма не пояснює суті гіпнотизму, то вона вказує на найбільш характерну рису гіпнози, а саме на *підвищену сугестивність* людини в гіпнотичному трасі. Деякі гіпнотерапевти бувають схильні і до сьогодні твердити, що гіпноза це підвищена сугестивність та, що така сугестивність появляється у висліді сугестії.

Дуже докладно працював над цим питанням Андре Вайтценгофер (1957) і його міркування заслуговують на увагу.

Теорія Бернгайма важлива ще й тим, що вона вперше відкинула *органічну* теорію гіпнози і замінила її *психологічною*, а при тому подала концепцію ступенування трансу та питання про стабільність глибини трансу; а саме чому даний суб'єкт, в різних умовах, та в іншому часі, вступає в іншу глибину трансу; чому, наприклад, сомнамбуліст в одних умовах, приймає певні сугестії, але не приймає інших; чому, та від чого, залежить така нестабільність гіпнотичного трансу?

Гіпноза як форма гістерії

Славнозвісний невролог Шарко (Charcot), з госпіталю Salpetriere вважав, що гіпноза-це *форма гістерії* та, що гіпнозу можна увести лише людям, які є конституційно схильні до гістеричних випадків, але не можна гіпнотизувати людей здорових.

Такий погляд знатної в медичних кругах людини, завдав великої шкоди науковим дослідженням гіпнози, а також припинив вживання гіпнози в лікуванні, бо ще й до сьогодні можна, і то в медичних кругах, почути рекомендації до лікування гіпнозою пацієнта тільки тому, що він є "гістерик".

Шарко, однак, звернув увагу на дуже часте явище в процесі гіпнотерапії-на маніфестацію поведінки деяких пацієнтів, які мають характер гістерії, що фактично може бути тільки вислідом розуміння пацієнта як себе треба вести будучи гіпнотизованим. Він також побудив питання чи і на скільки різняться від себе пацієнти в їхніх спосібностях входити в транс; чи на спосібності людини входити в транс який-небудь вплив має здоровлений стан людини, і якщо так, то які недуги сприяють спосібностям людини входити в транс, а які негативно впливають на спосібності. При тому насуваються питання чи легше входить в

транс цілковито здорова людина, чи може хвора, або тільки люди страждаючі особливими недугами?

Подібні спостереження поведінки пацієнтів мав теж Жанет (Janet); він зауважив *диссоціацію* в пацієнтів страждаючих гістерією та диссоціаційний процес в гіпнозі і тому він уважав, що диссоціація є фактично базою гіпнози.

Такий процес є особливо помітний у людей страждаючих многогранною або подвійною особистістю.

Викликані гіпнозою диссоціації прекрасно використовуються в різних методах гіпнотерапії таких як наприклад рисування, автоматичне писання, відігрування різних ролей, про що буде мова пізніше.

Теорія Фрейда

Фрейд (Freud) уважав, що гіпноза є схожа до *закохування суб'єкта в гіпнотистові та, що така закоханість має суто еротичний характер*. Він добавчував подібність трансференсії до гіпнози, і він вірив, що жінки є далеко кращі гіпнотичні суб'єкти ніж мужчины.

Методи гіпнотизування, вживані в його час, були авторитарні і мабуть тому жінки, в його час скоріше входили в транс.

Теорія Фрейда пояснює та бере під увагу, почуттєве відношення суб'єкта до лікаря та пояснює їхній зв'язок та “репо”; вона теж пояснює мотивацію та готовість суб'єкта виконувати сугестії терапевта.

Теорія Фрейда, що гіпноза-це любовні стосунки, відпадає цілковито, коли взяти до уваги гіпнотизування при допомозі механічних приладів таких як гіпнотичний диск, метроном та інші, як також і можливість само-гіпнотизування.

Гіпноза як відношення дитини до батьків

Досліджуючи процес психоаналізи, Ференчі (Ferenczi) дійшов до висновку, що гіпноза постає *в наслідок регресії суб'єкта в дитинство*, коли він, гіпнотиста приймає за одного з батьків.

Його теорія прекрасно пояснює багато явищ гіпнози; тенденція до регресії стається вповні зрозумілою, як теж і “репо” між гіпнотизованим та між лікарем. Готовість суб'єкта виконувати інструкції гіпнотизера є теж повністю зрозуміла, але його теорія, як і теорія Фрейда, не дає жодного пояснення як стається індукція гіпнози при допомозі механічних препаратів, як теж не пояснює явища автогіпнози .

Соловей та Мілечлін (Solovey та Mileczlin), в статті “Відносно теорії гіпнози” (Concerning the Theory of Hypnosis, Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4:37, 1956,) в своїх міркуваннях дійшли до висновку, що гіпноза постає внаслідок “*ретрогресії*”, коли немовля відчуває себе абсолютно забезпеченим, і свобідним піддаватися волі та інструкціям “ідеальної” матері. Вони вказують на

те, що в такому стані, людина не відчуває жодної напруги, жодної тривоги, а почуває себе вповні прийнятою й забезпеченою та вдоволеною.

Гіпноз як цілеспрямована дія

Роберт Вайт (R.W. White), в статті “Передмова до теорії гіпнози” (A Preface to Theorie of Hypnotism, Journal of Abnormal Social Psychology, 36:477, 1941) пише, що гіпнотична поведінка це вольова та цілеспрямована дія та, що найважливіша ціль суб’єкта це- *вести себе так як повинна б себе вести гіпнотизована людина*, згідно з інструкціями гіпнотиста, як їх сприймає суб’єкт.

Його теорія тільки підтверджує факт, що гіпнотизована людина може бути тільки тоді, коли вона є мотивована та коли вона має належний “репо” з гіпнотистом та, очевидна річ, належні позитивні почування.

Але теорія Вайта не пояснює автогіпнози, гіпнози без свідомої кооперації суб’єкта та гіпнози при помочі механічних засобів.

Гіпноза без границь его

Кубі і Марголін (Kubie L.S. and Margolin S.), в статті (The Process of Hypnotism and the Nature of the Hypnotic State, “Гіпнотичний процес та природа гіпнотичного стану”, в (American Journal of Psychiatry 100:5, 1944.), представляють гіпнозу як продовження процесу нормальної уваги з творенням збудження якоїсь точки в центральній нервовій системі та творенням інгібіції в суміжних частинах мозку. Вони вважають, що такий стан настає в наслідок іммобілізування голови або очей та при одночасному впливі монотонності. Вплив фактора іммобілізування вони запитали при гіпнотизуванні тварин.

Вони теж вважають, що в глибшій трансі, приходять частинна експансія границь “его” та інкорпорація фрагментованої уяви гіпнотиста, яка діє на суб’єкта як його дочасне “его”.

Така фаза в трансі є аналогічною до розвитку его дитини, коли границі его поступово поширюються, задержуючи образ батьків як несвідомо інкорпорований компонент формуючогося его.

Найважливішим аспектом такої теорії в практичній психотерапії це- елемент *розчинення границь его та термінова інтросекція вартостей* гіпнотерапевта, подібно як це стається при засвоюванні вартостей притаманних батькам.

При індукції трансу, Кубі і Марголін вважають, відбувається прогресивна елімінація всіх каналів комунікації між суб’єктом і зовнішнім світом, за винятком гіпнотерапевта, і у висліді того гіпнотерапевт стається виключним контактом із зовнішнім світом.

На початку трансу гіпнотичний стан відображає частинне спання та виелемінування границь его, що приводить до злиття гіпнотерапевта з його суб’єктом.

Теорія добре пояснює причину сугестивності та “репо”, але вона далека від того, щоб об’яснити суть гіпнози.

Гіпноза як примітивне психо-фізіологічне функціонування

Шнек в статті “Коментар до теорії гіпнози”(Schneck, J.M.; Comment on a Theory of Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 8:231, 1960) пише, що основною хибкою попередніх теорій це те, що вони звертають головну увагу на індукцію та явища, що появляються в стані гіпнози, замість того щоб зосереджуватись на основному стані.

Явища сонливості, сугестивності, гістеричних вибухів, ідео-моторної активності, диссоціації й цілево-унаправлених намагань та відігрування ролі загіпнотизованої людини, до певної міри, появляються в трансі, але жодне з них не є основним явищем трансу.

Шнек вважає, що основний чинник гіпнози це є стан далекий від від стану свідомості та від стану природнього спання.

Такий стан, у найчистішій формі, існує лише тоді коли свідоме мислення буває виелеміноване та аж до такого ступеня, що контакт зі зовнішнім світом є обмежений та коли існує лише мінімальне зрізничковання між суб’єктом та між його оточенням.

Таке примітивне психологічне існування появляється тоді, коли немовля тільки починає розрізнявати себе від свого оточення, і Шнек вважає, що такий стан, являється основною прикметою гіпнотичного трансу.

Атавістична теорія гіпнози

Айнслі Мірс у своїй книзі “Система медичної гіпнози” (Mears, A.; A System of Medical Hypnosis, Saunders, Philadelphia, 1960) та в статті “Прагматична гіпотеза відносно природи гіпнози” (A Working Hypothesis as to the Nature of Hypnosis, A.M.A. Archives of Neuro.Psychiatry, 77;54, 1957), представив нову теорію, яка має певні подібності до теорії Шнека, бо обидві теорії в основному вважають, що підставовим елементом гіпнози є *щось примітивне*.

В атавістичній теорії Мірс вважає, що процес сугестії виникає в наслідок *архаїчного ментального функціонування*, бо спосібність людини думати логічно-це відносно нова функція людського мозку, а до часу виникнення в людини, при допомозі еволюції, спосібностей думати голічно, певні ідеї передавались та сприймались лише при допомозі примітивного механізму.

Сугестія, Мірс вважає, могла служити таким примітивним механізмом; сугестивність була тим примітивним ментальним процесом, при допомозі якого сприймались ідеї аж до часу відповідного розвитку спосібності людини керуватися логічним мисленням. Така пропозиція підтверджується теж

спостереженнями, що діти, що примітивна людина та тварини, приймають сугестії без належних логічних обґрунтувань.

Атавістична теорія вважає, що підставовим елементом гіпнози являється примітивна ментальна діяльність, в процесі якої ідеї сприймаються при допомозі сугестій. Така регресія відрізняється від звичайної регресії віку, коли людина повертається до дитячого стану та до дитячої поведінки; атавістична регресія веде до примітивної форми ментального функціонування.

Мірс вважає таку поведінку підставою гіпнози; така примітивна база дає психологічний механізм для викликування гістерії, диссоціації, ідентифікації, інтроекції та інших явищ притаманних гіпнотичному трансіві.

Користуючись атавістичною теорією можна пояснити також і різноманітні форми вживанні при індукції гіпнози. Серед процедур, які приглушують недавно досягнену форму логічних функцій, а дозволяють функціонуванню примітивним формам при допомозі сугестії це такі, які діють так, що інтелектуальна активність приглушується при допомозі монотонного голосу гіпнотерапевта, при допомозі повторювання сугестій та при допомозі послаблення органів відчуття. При тому важним є вдержування теплого приміщення, відсутність сторонніх стимулів, примінювання психотропічних й фармакологічних середників та вживання механічних інструментів таких як гіпнотичний диск, метроном, чи блискаючі світла які діють так само.

- При пасивній індукції гіпнози пацієнта заохочується щоб він дозволив собі “пускатися” в гіпнотизм, щоб він не думав, але щоб звірювався словам та сугестії терапевта. Подібний процес відбувається і під час автогіпнози.
- При процедурах, які активізують прихований процес сугестивності, сугестивність активізується тоді, коли людині дається серію дуже простих сугестій; а сприймання найпростіших сугестій уможливорює пацієнтові приймати дальші складніші сугестії, і таким способом можна поглиблювати транс.
- Авторитарний підхід до індукції гіпнози; вживання авторитету чи професійного престижу, ставить гіпнотерапевта в ролю батьків, а суб’єкта в ролю дитини, що у висліді приводить до атавістичної регресії суб’єкта.
- Атавістична теорія, згідно з Мірсом, пояснює всі явища гіпнози; сугестивність як примітивний стиль думання, тенденцію до регресії також таким самим механізмом, амнезію як стратегічний самооборонний крок при допомозі сугестії, сонливість через брак відповідного стимулювання ментальної активності. “Репе” пояснюється як біологічну необхідність сприймати ідеї від привітливих та ласкавих людей, а ексцентричну поведінку пояснюється як гістеричні випадки. Вентиляцію почуттів пояснюється відсутністю репресивного механізму. В легкому трансі атавістичні регресії не відчуваються так чітко як в сомнамбулістичному.

Гіпноза як умовний рефлекс

Павлов, проводячи свої експерименти зі собаками, прийшов до висновку, що умовний рефлекс вповні пояснює механізм явища гіпнози. Згідно з його теорією, гіпноза постає в наслідок набутих рефлексів; слово, відповідний сигнал, або відповідна поведінка, стаються умовним стимулом.

Він вважав, що гіпноза постає у висліді *радіяції церебральної інгібіції*, викликаної монотонною стимуляцією, процес який схожий до природнього спання, але з різницею, що в повному природньому спанні, настає відсутність зв'язку індивіда із зовнішнім світом, а в гіпнотичному спанні, при інгібіції центральної нервової системи, певні точки його остаються активними, і тому гіпнотизована людина вдержує “репо”з гіпнотистом.

Згідно з Лебедінським, дослідження Павлова про суттєвість гіпнози, про її важливість в психотерапії, та в механізмі впливу на хід терапії і на сугерування, є дуже важливі.

Але вже особливо важливою в теорії психотерапії та гіпнози зокрема, являється концепція Павлова про дво-сигнальну систему, де слово відіграє вирішальну роль в гіпнозі, або в сугестивних діях.

“Адже-говорить Павлов-слова в результаті переживань зрілої людини, є тісно пов'язані з усіма внутрішніми та зовнішніми стимулами, які вселюються в церебральних гемісферах.

Слова постійно шлють сигнали відносно стимулів, а в дальшому вони їх заміщують, і тому слова є спосібні викликати поведінку та реакції організму, так само, як і природні стимули.”

Лебедінський говорить, що вчення Павлова відносно співвідношення між умовними та між безумовними рефlekсами та його вчення про роль мозку в регулюванні функції органів, випосаджують сов`єтських вчених психотерапевтів, правильною та науковою розв'язкою теорії та практики гіпнотерапії.

Згідно з вислідами студій Павлова, гіпноза у людини, *це-частинне спання*, тобто неповне спання з різною глибиною, не включає всіх секцій мозку, але впливає на певні зони в різних ступенях.

Така інтерпретація гіпнотичного стану є особливої ваги для теоретичних та для практичних потреб.

До певної міри, це є теж пов'язане з поглядами які досліджують гіпнотичний стан по відношенні до природнього спання та до побудження. Стан побудження не обов'язково мусить бути протилежний станові гіпнози.

Свідомість людини в різних ступенях гіпнози, до певної міри, задержує властивості людини вповні обудженої, як рівнож підставові характеристики її особистості, а також і ступення її розвитку.

Експерименти Павлова з тваринами, при лікуванні різних симптомів, можуть та повинні мати певне відношення до симптомів викликаних у людини при допомозі сугестії.

Фізіолологічні експерименти з гіпнозою також підтверджують гіпотезу Павлова про вплив та про силу вербальних сугестій.

Інтерпретація Павлова про співвідношення між станами сну та пробудження, є також дуже важливою, бо між ними немає особливої різниці, і на тій базі Павлов розбудував свою теорію гіпнози, яка постала в результаті гіпотези про поділ церебральних гемісфер на сонну та на пробуджену зони, відносно вторинної та первинної сигнальної системи. Така фізіологічна інтерпретація вказує на обсяг та важливість вербальних сугестій.

О. Долін та його співробітники експериментально доказали вплив сугестії на хемічні процеси організму. Найбільш яскравим доказом-це експеримент, що коли людина п'є чисту воду, то при сугестії, що ця вода є солодка, в неї в крові з'являється цукор і навпаки, людина яка пила солодкий сироп, при сугестії, що вона пила чисту воду, то в неї в крові цукру зареєстровано не було. Таким чином вербальний вплив, дочасно, припинив біохемічну реакцію.

Це демонструє силу умовного рефлексу, згідно з вченням Павлова.

Великий вклад при тому дали студенти Бехтерева, К. І. Платонов, який експериментально доказав великий вплив сугестії на дію жолудкових органів, а К. М. Биков, своїми експериментами з функцією мозка, причинився до поглиблення теорії Павлова про вплив церебрального кортексу на функцію всього організму.

Гіпноза в СРСР є вживана лікарями як знаряддя для сугестії, та як метода лікування гіпнотичним станом, який сприяє відпочинкові, а навіть і в природньому сні.

Гіпнозу можна вживати як основну, або як допоміжну методу, інтегровану в процесі психотерапії, а також і в хірургії та в інших медичних процедурах, наприклад при анестезії, у випадках коли фармакологічні середники бувають недоступні, або коли вони є протипоказні з огляду на алергічність пацієнта до анестезійних середників, а також при пороках, в дентистиці та навіть і у випадках патологічного страху пацієнта перед ін'єкціями.

Токарський розглядав питання-чи сам стан гіпнози, без впливу сугестій- може мати, лікувальні властивості, і він дав позитивну відповідь, бо "Необхідним є прийняти за правду, що гіпнотичне снування, має властивості успокоювати та підкріплювати нервову систему, у далеко вищому ступені, чим це можна досягнути в нормальному, природньому сні... це є беззастережне твердження, що тридцять мінут в гіпнотичному трансі, навіть без особливих сугестій, в більшості випадків, приносить значний терапевтичний успіх."

Токарський теж і покликається на експериментальні собаки Павлова та вказує, що природне снування собак, не є настільки успішне як гіпнотичне.

Перебуваючи в гіпнотичному сні пацієнт знаходиться під позитивним впливом терапевта, з фокусом на паталогічні середники, де передтрансові процедури та спосібності терапевта приносять належні плоди.

При тому треба теж вчислювати всі чинники які мають якість відношення до терапії, як рівнож і сугестії при індукції трансу та, що пацієнт знаходиться в сприятливій атмосфері.

Павлов теж звернув увагу на факт, що фобія у собак зникала при індукції трансу; отже інгібіція лікується при допомозі інгібіції.

Треба однак уважати, що в гістериків продовжений гіпнотичний транс, може принести і негативні наслідки, такі наприклад як втрата контакту з реальністю, або як викликування та підсилювання деяких паталогічних тенденцій, а також і викликування деяких неприємних сенсацій.

Багато лікарів-психіатрів вживають продовжений транс при лікуванні різних недуг, а особливо при лікуванні гіпертонії, при співучасті фармацевтичних препаратів.

Бехтерев говорив, що при гіпнозі, по суті, сугестія являється прищеплюванням іншого психічного стану одною людиною іншій людині, без активної співучасті реципієнта.

Він також відрізнявав методи переконування, наказування, впливання, від сугестії, але визнавав, що в практичній психотерапії, вони переплітаються та схрещуються.

Бехтерев відрізнявав сугестії, ціль яких була знана та була узгоджена з пацієнтом, від сугестій, ціль яких не була знана та не була апробована пацієнтами.

Лебедінський говорив, що в психотерапії лікар концентрується на сугестіях, згідно зі своїми планами, спрямованими на розв'язування проблеми пацієнта, *так як це бачить лікар та, що такий план може бути в порозумінні, або і без порозуміння з пацієнтом.* Але сугестію можна вживати тільки з метою покращування та так, що це мусить бути зрозуміле та згідне з волею пацієнта.

Сугестії, під час трансу, не повинні відрізняватись від сугестій пацієнтові перед трансом та теж не вільно сугерувати пацієнтові нічого, що йому не є вповні зрозуміле.

Згідно з Лебедінським, Павлов писав, що в здоровій корі головного мозку знижується тон через радіацію гальмування, а що сугестивність базується на трансформації клітин мозку на стан гальмування та інгібіції.

Коли слова лікаря є спрямовані до такого кортексу, то такі слова стимулюють свій процес у властивих зонах і такий процес є супроведений негативною індукцією, і він, з огляду на послаблену відпирність, поширюється на цілісний кортекс, а в результаті, сила сугестії ізолюється від інших впливів і тому залишається потенційно впливовою.

Павлов теж відмітив, що деякі фази глибини трансу неможливо відрізнити від стану побудження та, що сила впливу сугестії теж міняється і в залежності від багатьох інших чинників.

Найважливішим та найбільш впливовим чинником на сугестивність пацієнта, це є співвідношення пацієнта з лікарем та його готовість щоб такі сугестії сприймати.

Треба також мати на увазі співвідношення між сугерованою, а між фактичною життєвою ситуацією пацієнта, його темперамент, його мотивацію, його реакцію на свою недугу та на інші подібні чинники.

Припускається, що немає одного рівня сугестивності в пацієнта, тож необхідним це мати на увазі, бо рівень сугестивності буде мінятися разом з відношенням даного пацієнта до особливих сугестій; сугестії, які суперечать морально-етичним принципам пацієнта, є майже неможливі для його сприйняття.

Бехтерев та Гіляновский, були прихильниками групової гіпнози і вони вірили, що людина перебуваючи в групі, є більш сприйнятлива до сугестій, але, в деяких випадках, буває і протинне, і це буває тоді, коли доктор вживає сугестії найбільш підходячі та сприйнятливі для якогось одного індивіда.

Варто, однак, комбінувати групові та індивідуальні сесії гіпнози. Схильність людини до гіпнози часто залежить від його відношення до гіпнотиста та від методи яку даний гіпнотист вживає; часте повторювання гіпнотичних сесій поглиблює транс.

Бехтерев та Платонов уважали, що глибина трансу буває часто залежна від умов психологічних, від впливу на суб'єкта відповідних токсин та від дебілітації організму через інфективні недуги.

Алкоголь та церебельні травми підвищують здатність людини входити в гіпнотичний транс.

Платонов теж уважав, що і форма і тон сугестії, можуть поглиблювати транс.

В СРСР дуже рідко, в клінічних умовах, вживається тести суццептибільности до гіпнози, але підходить до гіпнози з вірою, що кожний пацієнт спосібний увійти у якусь глибину трансу, а коли заходить потреба то вживається пентоталь (Телемовская), або нарко-гіпноз (Токарські і Войцин).

Подана вище теорія дуже гарно пояснює склонність гіпнотизованої людини до снання; тенденції до виелемінування репресій, чим уможливується процес гіпноаналізи; вона теж пояснює причини "псевдотрансів", таких які наприклад стаються з шоферами при далеких та монотонних дорогах, але вона не пояснює почуттєвого стану суб'єкта та процесу спонтанної регресії.

Теорія Павлова домінувала на бувшій території СРСР та країн які знаходяться у сфері її впливів, і вона є доказувана десятками різних авторів, отже заінтересованим не бракує відповідної літератури, тому я зверну увагу на експеримент Станіслава Кратохвіля, який експериментально доказує, що суть гіпнози є дуже відмінна від сутті снання.

«До стосується центральної гіпотези експерименту, то результат стверджує, що суб'єкти глибокого трансу, не мусять демонструвати характеристик подібних до сну. Отже і тому писання російських авторів про схожість сну до гіпнозу, експериментально не оправдуються. Очевидна річ, що прихильники теорії Павлова можуть і вживати хитростей, як це і бувало з електроенцефалограмними чертами. Прихильники теорії Павлова можуть вказати, що гіпноза не є повне а є частинне сну та, що воно може мінятися згідно з відповідними сугестіями.»

В статті під назвою “Продовжений гіпноз та сну”, в якій розповідається про експеримент в ході якого він держав в стані гіпнозу суб'єктів на протязі від 16 годин до 7 днів, Кратохвіль подає такий результат.

- Нормальне сну, та нормальне побуджування зранку, не перескарджало людям бути в гіпнотичному трансі, і вони в ньому були аж до формального їх виведення з цього трансу.
- *Результат свідчить про те, що природа сну та гіпнозу не мають нічого спільного між собою* та, що сну і гіпноза є двома окремими процесами, які можуть існувати один побіч другого та, що вони є незалежні один від другого та, що сну-це лише випадковий атрибут, або артефакт при індукції гіпнозу відповідними методами.
- Експеримент, який продовжувався від шістнадцяти годин до семи днів, демонструє також, що можливо є ввести, та вдержувати гіпнотичний транс без сну, при якому зберігається нормальний ритм стану побудження та стану сну.
- Я зацитуї інструкції Кратохвіля для суб'єктів:
 1. “Ви перебуватимете в гіпнозі аж до часу, поки я три рази неповторю слово “зеро”. Ви не зможете повернутись до нормального стану без того сигналу. Інша людина зможе повернути вас до нормального стану тільки тоді, коли вона повторить слово “зеро” десять разів.
 2. Ви будете жити та поводитися в гіпнотичному трансі так само як би ви не були в гіпнозі. Ви будете займатися вашими повсякденними справами, будете говорити з людьми, будете їсти та будете нормально спати в ночі, і поводити себе так, що ніхто не зможе запримітити нічого незвичайного чи ненормального у вашій поведінці; ви також не зауважите жодних змін у вашій поведінці.
 3. Зі мною ви зможете говорити цілковито нормально. Мої слова будуть вашими інструкціями лише тоді, коли я зміню інтенсивність свого голосу, тобто коли я до вас буду говорити пошепки, або коли я буду до вас говорити далеко голосніше ніж звичайно.
 4. Так довго, як ви будете в гіпнотичному трансі, ви не будете зорієнтовані в часі. На всі питання пов'язані з датою, ви будете відповідати “першого січня”, будучи переконаними, що це правильна

дата. Це буде одинока відома вам дата від цього моменту аж до часу виведення вас з трансу.

5. Ви будете писати щоденник, в якому дуже чітко та дуже докладно розповідатимете про все, що ви робили від цього моменту, про що та з ким ви говорили, від якого та до якого часу ви спали та про все, про що ви думали” (Кратохвіль, Продовжена гіпноза та спання-Prolonged Hypnosis and Sleep; The American Journal of Clinical Hypnosis; Vol 12, No. 4, April 1970; Побуджена та сонлива гіпноза-Sleep Hypnosis and Waking Hypnosis; The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol 18, No. 1, January 1970).

Вже з поданого вище короткого огляду теорій гіпнози, стає ясным, що до сьогодні ще жодна теорія не дала повної та задовільної відповіді на питання-яка природа або суть гіпнози, але потішаючим явищем-це рішучість гіпнологів працювати над цим нелегким питанням та, що дослідні інститути над цим важливим явищем мають багато засобів в людях та в капіталі.

Відомим вже стало, що органи державних безпек є дуже заінтересовані потенціалом який собою представляє гіпноза, а тут звичайно державні бюджети, на таку ціль бувають дуже щедрі-тож надіймось на успіхи.

В слідуючих параграфах подам короткий огляд метод, за допомогою яких гіпнологи підходять до дослідження явища гіпнози, а при тому думаю, що зайвим було б підкреслювати складність цього питання, яке приходить у висліді унікальності та динамічності кожної людини в її світі.

Питання яке має дуже багато уваги гіпнологів, це-чи гіпноза є особливий стан, чи може в тому явищі немає жодного особливого стану, але всі явища гіпнози можна викликати в людей без особливого стану, в залежності від характеристики чи рис людини, та під впливом соціальних чинників.

Гіпноза – це неодиссоціація

Ернст Гільгард (E.R.Hilgard 1973a) говорить, що гіпноза-це особливий стан, в орбіті якого міняються почування та відчущання, мускулярні рухи та контролю над ними, при якому можна викликати позитивні та негативні галюцинації, при якому викликається гіпнотичні сни та при якому появляється постгіпнотична амнезія.

Переважає більшість гіпнологів вважає, що для викликування гіпнотичного стану необхідними є концентування уваги, включення особистої уяви, та заглиблювання в дії.

Існує також погодження з приводу наступних тверджень, що гіпноза, коли вживана кваліфікованою та моральною людиною, не приносить жодної небезпеки.

- Що переважаюча більшість людей у гіпнозі не шахрують, не симулюють та свідомо не виконують інструкцій.

- Що гіпноза не особливо сприятлива у приведенню до свідомості точних фактів, а не фантазій, з переживань які сталися підчас дитинства.
- Що гіпноза не сприяє в точнім запам'ятуванні подій.
- Що людина може позитивно відзиватись до сугестій і без гіпнози та, що сугестивність у гіпнотичному трансі, зростає тільки до малого ступеня.
- Що спонтанна амнезія, у висліді гіпнози, буває відносно рідким явищем.
- Що спосібність входити в гіпнотичний транс не означає, що дана людина є легкодовірлива або, що вона слабої волі.
- Що гіпноза не є спорідненою зі сном.
- Що стан глибини трансу, менше залежить від спосібностей гіпнотиста, а більше залежить від спосібностей суб'єкта.
- Що суб'єкти в трансі не цілковито позбуті власної волі але, що вони спосібні контролювати свою поведінку в гіпнозі, що вони є свідомі свого оточення, що вони можуть слідувати за ходом подій які стаються поза рамками їм сугерованих (Гільгард, 1965; Боверс, 1966; Орн, 1959).

Сарбін (1950) та Барбер (1969) відкинули пропозицію, що явище гіпнози становить *особливий* стан та вони доказують, що всі явища, які спостерігаються в гіпнотичному трансі, включно з реакціями гіпнотизованої людини на сугестії, суб'єктивні реакції до сугестій та суб'єктивне переживання трансу, можна викликати без гіпнози, а при помочі таких чинників як спосібність, віра, відношення, очікування та спосібностей людини належно інтерпретувати відповідні ситуації.

Гільгард (1973б) запропонував нову теорію, яку назвав *неодиссоціацією*, яка ґрунтується на гіпотезі, що гіпнотична поведінка є квалітативно відмінною від негіпнотичної поведінки тому, що вона витворюється або в наслідок трансу, або в наслідок диссоціації, яку він описує як *поділ свідомості в якій концентрація уваги і планування, відбувається без участі свідомості*; він вважає, що гіпнотичні явища є диссоційовані до такого ступеня, що у висліді появляється поділ між езекутивними та моніторними функціями.

Гіпнотичні сугестії, на думку Гільгарда, модифікують ієрархію відношень між різними системами та підсистемами центральної когнітивної контролю, яка в результаті міняє когнітивну функцію так, що езекутивна функція занепадає під час гіпнози, а моніторна та обсерваційні секції, хоч і діють, але їм бракує нормальної критичної аналізи.

Така диссоціація в когнітивному процесі, разом з амнезією, яка становиться певною бар'єрою в диссоціативному процесі, пояснює автоматичність та безволевність, яка є присутньою в гіпнотичних діях; суб'єкт переживає акт як безволевний тому, що езекутивна частина "єго" стається відмежованою від свідомості.

Гільгард також вводить новий чинник в гіпнотичну поведінку, який він називає *скритим обсерватором*.

Він прикладом доказує, що людина яка була загіпнотизована та яка мала інструкції, що вона не відчуватиме болів певної частини тіла, автоматично писала, що вона насправді відчувала такі самі болі в анестизованій частині тіла, як і в неанестизованій. Він тим самим відкриває можливість комунікації зі “скритим обсерватором”, що можна прикрасно використовувати в психотерапії та, що відкриває ширше двері до досліджування сутті гіпнози.

При досліджуванні гіпнози є багато важливих чинників

- Суб'єктивна інтерпретація суб'єктом команд чи інструкцій гіпнотиста має особливе значення, бо переважаюча більшість таких інструкцій, як наприклад повернення суб'єкта до раннього дитинства, каталепсія, дисторзія перцепцій, позитивні та негативні галюцинації та безліч інших явищ, викликаних гіпнотичним трансом, є парадоксальними.
- Тут велику роль відіграє розуміння сподівань суб'єкта; а при тому вплив на нього буде мати і факт як він уявляє собі свою поведінку в гіпнотичному трансі.
- Співвідношення між суб'єктом та гіпнотистом має особливий вплив на поведінку та на внутрішні переживання суб'єкта.
- Суб'єкт мусить, особливо скорим темпом, розв'язати всі конфліктні доручення які приходять до нього з різних сторін та різними руслами; при тому треба мати на увазі його життєвий досвід, його апріорні сподівання та вірування, його соціальні вимоги та його когнітивні переконання.
- Процес уваги в трансі становить особливу проблему; емпірично показується, що увага суб'єкта є дуже селективною, де вона сильно концентрується на одних явищах та діях та майже цілковито відсутня в інших.

Виникають також питання:

- Чи увага до завдань суб'єкта в трансі відбувається на свідомому чи на несвідомому рівні та який когнітивний механізм відіграє тут роль?
- Чи є та наскільки і яким механізмом, вплив на поведінку суб'єкта на його бажання, або на його згоду поводитися як *личить поводитися людині в гіпнотичному трансі?*
- Який механізм бере участь у переорієнтації реальності суб'єкта, та наскільки такий механізм є пов'язаний зі свідомою волею?
- Яку роль, та чи взагалі якунебудь, відіграє мотивація суб'єкта бути загіпнотизованою людиною, і якщо так, то наскільки такий процес відбувається в свідомості, чи поза свідомістю суб'єкта ?

- Чи виконання інструкцій в суб'єкта є інтенційні та чи такі інтенції виринають в наслідку свідомості суб'єкта, чи може такі інтенції не є в свідомості та яким шляхом вони дістають екзекутивну роль в поведінці загіпнотизованої людини?
- Орн (1959) та Саткліф (1960, 1961) вказують на важливість розуміння суб'єктивних переживань гіпнотизованої людини, бо важливим атрибутом гіпнотизованої людини являється її спосібність суб'єктивно переживати як реальні, сугеровані зміни, які суперечать існуючій реальності. Отже, інтерпретація суб'єкта та переживання подій, а не об'єктивні риси ситуації, відіграють основну роль в гіпнотичних явищах.
- Саткліф (1961, ст. 200), сугерує, що важливою рисою гіпнотизованої людини являється її емоційне переконання, або її віра, що світ являється саме таким яким його описує гіпнотист, бо така фальшива віра являється центральною характеристикою гіпнози.
- Він теж говорить, що делюзії приймаються суб'єктом у висліді когнітивних та соціальних елементів гіпнози; гіпнотист стратегічно акцентує деякі явища та концентрує на них увагу суб'єкта, і навпаки, інші відтягає від уваги суб'єкта, і він це робить з огляду на соціальні та інтерперсональні інтеракції суб'єкта з гіпнотистом.
- Питання чи і сама структура гіпнотичних комунікацій має та на скільки, вплив на реакцію суб'єкта, потрібно належно дослідити, бо деякі гіпнологи звертають увагу на словесну структуру сугестій, на точність та на логічність сугестій; на її "командний" характер, радше чим на неутральну пропозицію, на авторитарність чи на довільність; дехто вважає, що неокреслена сугестивність буває більш сприйнятною чим точна та авторитарна.
- Як можна краще зрозуміти суб'єктивні переживання людей в гіпнозі; це питання особливо складне для досліджування, а крім того воно є вічно мінливе, і тому буває дуже важко схопити та контролювати чинники, які в тому відіграють важливу роль.
- Чи відношення до інформацій в гіпнозі фундаментально відрізняються від відношення до інформацій в стані повної та нормальної свідомості?
- Чи та на скільки можна замінити гіпнотичну поведінку, беручи під увагу факт, що гіпнотична поведінка вважається сталою рисою даного індивіда та, що дає стабільність гіпнотичній поведінці?
- Чи існує фізіологічна субстрата, яка рішає про спосібність індивіда, та про ступінь його заглиблення в гіпнотичний транс; гіпнотичний індукційний профіль Герберта Шпігеля, а перед тим спостереження Брейда, Бенгайма та інших сугерує, що це питання є теж варте уваги?

Важливим для клінічного психолога є, майже універсальна однозгідність, що гіпноза відіграє дуже важливу роль в терапевтичному процесі.

Гіпноза в психотерапії

Гіпноза вважається особливо важливим знаряддям в психотерапії, бо при її допомозі можна вживати багато психотерапевтичних систем, починаючи від психоаналізу, на найновіших кінчаючи.

Гіпнозу можна застосовувати перед, під-час та після різних психотерапевтичних прийомів, як також і саму гіпнотерапію, в залежності від даних метод, від потреб та способностей пацієнта і його обставин та від вишколу і оцінки ситуації психотерапевтом.

Основою успіху гіпнотерапії це є добра психотерапія, а позитивною прикметою гіпнози це те, що вона не є зв'язана з якоюсь одною теоретичною орієнтацією, але її можна вживати з усіма теоретичними відгінками, звичайно беручи під увагу добро пацієнта; можливості пацієнта освободитися від страждань, а дати йому можливості краще зрозуміти його теперішнє становище, віднайти генезу його упадку та допомогти йому відшукати його життєві цілі і крокувати в напрямі їх досягнення, що принесе йому винагороду та вдовolenня.

Тепер постараюся представити чинники, які з'являються в наслідок гіпнози та які мають потенціал сильно впливати на хід, на розвиток та на вислід терапії.

- *Позитивне міжособисте співвідношення між пацієнтом та терапевтом в терапії, являється підвалиною кожної психотерапії і від позитивного співвідношення, в першу чергу, залежить чи яканебудь терапія взагалі існуватиме, чи ні.*
- Для терапевта аналітичної орієнтації *трансференс* це елемент без якого позитивний вислід психотерапії буває не можливий, бо на ньому базується увесь процес та вислід психоаналізу.
- Гіль і Бренан (1959), вказують, що позитивна предиспозиція до терапевта в гіпноаналітичній ситуації витворюється в пацієнта майже спонтанно підчас однієї гіпноаналітичної сесії і у висліді пацієнт буває готовий ділитися з терапевтом своїми фантазіями, своїми скритими мріями, бажаннями та своєю тривогою і страхом, і це, безумовно, веде пацієнта до повернення у свідомість несвідомого та травматичного матеріалу, який причиниться до осягнення позитивного вислуду терапії.

- В гіпноаналітичній літературі можна знайти чимало доказів, що мабуть і сама гіпноза, без особливих об'явлень чи сугестій, має лікувальні властивості (Куріяма, 1968; Веттерштранд, 1970; Кратохвіль, 1970; Сеченов; Платонов та інші).
- Крім трансференції, тобто перенесених почувань на терапевта, існують також та дуже сильні, реальні й цьогочасні почування пацієнта до терапевта які дуже скоро, бо часом появляються навіть підчас першої індукції трансю. Терапевт повинен бути свідомий цього явища та належно терапевтично його використати в користь пацієнта; він повинен вповні використати сугестивну природу гіпнози, належно структурувати переживання пацієнта, глибше сягати до символічного матеріалу; вживати сни та їх в гіпнозі викликувати; використовувати уяву пацієнта та вживати її належно в різних методах терапії.
- Слід також пам'ятати, що гіпноза має властивості міняти відчуття суб'єкта, що у висліді гіпнози появляється сильний інволюктарний послух до терапевта та, що пацієнт є в стадії диссоціації. Отже треба незабувати, що основним обов'язком лікаря є збереження життя, привернення здоров'я та покращення життєвого стилю довіреного йому пацієнта.
- Другий чинник властивий гіпнозі це *увага*, а концентрована увага це перший елемент при помочі якого викликається гіпнотичний транс, без уваги не можна трансю поглибити, а особливо вже не можливо використати його терапевтично. Завданням терапевта це мати на увазі факт, що при помочі гіпнози пацієнт може звукити, зможе поширити або зможе виелемінувати поле уваги; селективність уваги може послужити дуже успішно при всіх методах психотерапії; сильна концентрація уваги принесе успіх при відшукуванні генези недуги, бо тоді людина не розсивається на суміжних явищах, які можуть поглинути її увагу, а вже як це часто буває, відтягнути її увагу від основного та болючого і неприємного завдання. Психотерапевт може прикріпити пацієнта до певного завдання, очевидна річ, все маючи на увазі спосібність пацієнта давати собі емоційно раду з відкриттями.
- При концентруванні уваги на певних ревелаяціях, пацієнт зможе їх належно зрозуміти, він зможе їх відповідно оцінити або і переоцінити та він зможе їх інтегрувати як частину власного "я".
- Пацієнти, як відомо, мають геніяльні методи, при помочі яких вони "втікають" від емоційно болючих для них переживань та подій, а факт, що гіпнотерапевт може контролювати увагу, дає йому дуже цінний інструмент в психотерапії при відшукуванні травматичних психічних моментів та при об'явленні несвідомого.
- Кожна людина, звичайно має цілу плеяду внутрішніх та зовнішніх стимулів, які їй перескоджають в концентруванні на головному завданні, тому зосереджування, в наслідок трансю, завжди приносять свіжі, більш чіткі відчуттєві успіхи та їх аналізу.

- При допомозі гіпнози можна теж і поширити обсяг концентрування, тобто привести до уваги ширше поле, або вужче, в залежності від стратегічних потреб терапевта. Така стратегія буває дуже придатною при маніпуляції з пам'яттю, з уявою та з почуваннями при лікуванні всіх недуг, а вже особливо фобій та при усуненні різних неприємних симптомів.
- Увага є важлива й тому, що при її допомозі можна досконало змінити зміст та структуру всіх переживань.
- Релаксація є так характерна гіпнозі, що в деяких випадках гіпноза трактується як синонім відпочинкові. Вже при самій індукції більшість операторів сугерує релаксацію, даючи при тому опис різних ситуацій які успокоюючо впливають на пацієнта; дехто сугерує образ прекрасного гайку зі співом пташків та з шелестом листя та ручаїв, інші приміняють методу відпруження Якобсона (1938), ще інші сугерують методу хвиль релаксації які проходять через тіло пацієнта, а у висліді пацієнт суб'єктивно відчуває релаксацію мускулів; те саме стається і з психічною релаксацією; наплив сцен, в свідомість пацієнта, стається все менше переладованою та менш тривожною, а думки, картини, спомини, почування та тілесні сенсації приходять виразними, безстрашними, спокійними та більш бажаними; зміст думок приходять спокійнішим темпом та стається більш інтересним.
- Фізіологічна релаксація послаблює тонус мускулів, дає підвищення резистенції шкіри, підвищує та синхронізує хвилі мозку, заспокоює процес респірації, процес метаболізму та кардіо-васкулярної системи, отже вартість релаксації як терапевтичного чинника є безспірно позитивною.
- Терапевт, який хоче включити корисність релаксації в свою стратегію лікування, мусить для того вживати відповідних сугестій та фраз, бо крім методи яка релаксує пацієнта можна вживати і методи побуджуючої, тож треба пам'ятати, що гіпноза є спосібна для викликування сильного побуджування а також і до заспокоювання.
- Гіпноза змінює процес відчуження до такої міри, що терапевт може цілковито змінити загальну орієнтацію відносно реальності людини.
- В нормальному стані побудження людина перебуває в безперервному зв'язку зі своїм оточенням, хоч іноді такий зв'язок буває передсвідомий та навіть і несвідомий, а вже особливо тоді, коли людина виконує довготривалі та монотонні функції.
- Така загальна орієнтація в реальності переривається в процесі сну та в гіпнозі; здатні до глибокого трансю люди є спосібні цілковито позбутися загальної орієнтації в реальності, а люди в легкому трансі звичайно мало спостерігають що діється в їхньому оточенні, вони часто не звертають уваги на звуки які до них доходять, крім тих звуків які їм посилає гіпнотист; люди спосібні на глибокий транс, навіть з відкритими очима, не побачать великого об'єкта (такого як стіл чи крісло), вони не зможуть переконати себе про присутність якогось об'єкта при допомозі дотику наприклад до стола, чи слуху коли присутня людина (яку вони вважають у висліді відповідної сугестії

неприсутньою) буде до них говорити; людина що їсть яблуко буде вповні реагувати згідно з сугестіями гіпнотиста, що вона їсть цибулю або інший овоч, чи нюхаючи запах терпентини, що вона чує запах прекрасної перфуми.

- У людей спосібних до глибокого трансу приходять цілковите гальмування когнітивної інтерпретації відчувальних процесів, при допомозі сугестії або і без сугестії; вони мають сильні переконливі позитивні та негативні галюцинації (Орн, 1959; Боверс і Гільмор, 1969).
- При допомозі негативних галюцинацій можна викликати анальгезію, в якій людина звичайно не відчуває нічого, або тільки відчуває дотик, що можна прекрасно використовувати при лікуванні психосоматичних недуг (Гільгард, 1969).
- Мартін Орн (1959) вважає, що спосібність спотворювання реальності це є суть гіпнози.
- Спотворення часу може відігравати дуже поважну роль в психотерапевтичному процесі; варта згадати лише техніку повороту до молодшого віку, де людина суб'єктивно почуватиметься, що вона насправду знаходиться в ситуації сугерованій їй психотерапевтом та повторить, і навіть в дуже точних деталях та з сильними почуваннями якийсь травматичний або пропам'ятний момент в її житті.
- Таку техніку, тобто маніпуляцію в часі, нерідко пристосовується при пошукуванні травматичного моменту в житті пацієнта та при лікувальних прийомах.
- Регресія в часі, є одним із найдавніших прийомів при встановлюванні місця, обставин та часу травми, і відповідна техніка, в основному, може причинитися до аналізу, до переоцінки та до інтеграції даного переживання у власне "я".
- В гіпнозі аналітичний інтерпретаційний процес проходить далеко повільніше чим в нормальному стані побудження та він є більше обрамований, але тому він є більш стислий та більш досконалий, він є теж характерний тим, що хронологічно він рідко буває послідовний.
- Спотворення часу та простору в гіпнозі, ділає на суб'єкта так, що він становиться більш залежним від інформацій які він дістає від оператора, та стається більш йому довірливим.
- Важливим чинником в психотерапії є *диссоціація*, коли деякі складники переживання, виключаються зі свідомості людини. Диссоціація стається у висліді патологічних процесів коли людина не має доступу свідомості в своїх когнітивних операціях, (Жанет, 1925) але згідно з Гільгардом (1974), вони з'являються в свідомості також під впливом гіпнотичного трансу та вважаються продовженням нормальної когнітивної функції.
- Диссоціація являється постійно присутньою в гіпнозі і тому вона мабуть є найбільш використовувана у психотерапевтичних процесах, як наприклад в "автоматичних" рисуваннях, в автоматичних писаннях, при читанні

кристалів та інших методах про що буде мова пізніше. Важливим це факт, що в гіпнозі людина має доступ до диссоційованих аспектів його когнітивної функції, і тому при належних умовах зможе їх відповідно потрактувати, збагатити свій життєвий досвід та репертуар.

- Ще інше явище присутнє в гіпнозі, це є особлива спосібність толерування непослідовності, яке Орн (1959) назвав *логікою трансу*. Коли ви візьмете суб'єкта глибокого трансу, з інструкціями відкрити очі та сугеруєте йому, що на *порожньому* кріслі сидить знаний йому мужчина та ви, при тому вкажете йому, що поблизу нього реально сидить той же сам мужчина (тобто коли ви зконфронтуєте факт з фікцією), то таке явище для нього взагі не буде чудним, дивним чи нереальним, а що найважніше, така нелогічність йому не буде справляти жодних труднощів чи перешкод і він буде комунікуватися так же серйозно і реально з порожнім кріслом (на якому згідно з сугестією сидить даний мужчина), як і з реальним мужчиною який сидить на сусідньому кріслі. Це явище є особливо цінне знаряддя в психотерапії.
- *Безволевисть* суб'єкта, явище яке є спірним для дослідників, бо Вайт (1941) та інші твердять, що поведінка суб'єкта в гіпнозі є цілеспрямована, а Вайценгофер (1968) та інші твердять, що поведінка суб'єкта стається в наслідок сугестії та є безволевою, є теж варте уваги терапевта, бо пацієнт суб'єктивно відчуває, що щось стається в гіпнозі без його волевих зусиль і тому в нього збуджується ще більше довір'я до терапевта. Важливим при тому є щоб терапевт, у відповідний час, довів до відома пацієнта, що все, що стається в трансі то воно стається з участю пацієнта, та не без його зусиль.
- *Автогіпноза* знаходить особливі клінічні приміювання, бо пацієнт бере тоді свідомо цілеву участь та самовідповідальність за хід та за прогрес терапії і за її успіхи; він сам плянує, фантазує, вимір'ює коридори, якими при помочі гіпнотичного трансу, він виходить на поверхню та здобуває свою ціль.
- Уява, мислення, пам'ять, емоції та відчуття остаються з суб'єктом, хоч в змінєній та в більш первинній формі, базованій на картинах радше чим на концепціях.

Практичні застосування гіпнози в психотерапії

Практика психотерапії базується на гіпотезі, що пацієнтові потрібно допомогти тому, що він невдоволений своїми життєвими досягненнями та, що він замість змагатися до досягнення своїх омріяних цілей, витрачає всю життєву енергію на неплідне самоскаржування, або ще гірше, на самопоборювання та на самообвинувачування, нерідко доходючи до ступня цілковитого самовиснажування, яке теж ускладнюється соматичними захворюваннями.

Як вже було сказано вище, Фройд (1959) вказав, що пацієнт позбувається своїх патологічних симптомів тоді, коли він, при відповідних психічних умовах, відшукає генезу невластивої йому поведінки, інтегрує її в мережу власного “я” та прийме рішення, і на ділі буде прямувати до ним бажаної цілі.

Систем психотерапій, як вже вище було вказано, є дуже велике число, і мабуть кожна із них заслуговує собі на право існування та бузусловно в своїх теоретичних міркуваннях та в практичних прийомах, знаходять щось корисного та щось може і особливого, хоч дослідники терепевтичних процесів (Мармор, 1975 ; Вольберг, 1967) вважають, що ті самі елементи повторюються в специфічних формах, в усіх психотерапевтичних системах.

Гіпноза вносить особливі властивості в психотерапевтичний процес, бо вона має спосібності добутися до символічного процесу людини та його відшифрувати, вона має доступ до властивостей запам'ятування, до почувань людини, що дуже уможлиблює хід відшукування травм та психопатологічних генез. В психотерапії на свідомому рівні треба спокійно, часом годинами працювати над відшукуванням якоїсь травми, натомість вживаючи випробованих способів в гіпнотерапії, можна пацієнтові веліти щоб його рука автоматично написала те, що спричинило травму і позитивна відповідь може прийти через декілька хвилин. Пацієнт може дійти до генези травми при допомозі сугерованих снів у гіпнозі та при допомозі природніх снів в спанні, як і рівнож при допомозі інших метод застосовуваних в гіпнотерапії, про що буде докладніше сказано далі.

При допомозі гіпнози, можна внести когнітивні та відчуттєві зміни, а тим самим привести людину до переорієнтації в її міркуваннях та в її поглядах. Раніше було вже згадано, що гіпноза є характерна своїми спосібностями викликувати

позитивні та негативні галюцинації, тобто приймати щось за правдиве, що суперечить реальності; гіпноза є теж характерна особливою логікою і її можна прекрасно вживати як техніки для резолюції конфліктів, для переоцінки власних вартостей та для відшукування кореня проблем які турбують пацієнта.

Гіпноза, в дуже швидкому часі, викликає позитивну трансференцію, яку можна відповідно терапевтично використовувати, і при її допомозі інтерпретувати та інтегрувати відповідно одержаний матеріал, що в терапії на свідомому рівні забирало б дуже багато часу та зусиль.

При допомозі гіпнози можна, також в доволі скорому часі, позбутися багатьох привичок, на що звичайно потрібно було б дуже багато часу на свідомому рівні та й часто не особливо успішно.

Постгіпнотичні сугестії являються особливо важливими чинниками в успішному психотерапевтичному процесі, бо в сприятливих умовах, можна безперервно продовжувати терапевтичний процес далеко поза формальними сесіями; можна прикрасно використовувати нічні сні, а вже особливо при відшуванні генези недуги чи травми, як рівнож уможливлувати пацієнтові належне спання та відпочинок.

Рішення, після належного вгляду та розуміння досягненого пацієнтом в терапевтичній сесії, можна відповідно застосовувати в реальному житті, що дуже прискорює терапевтичний процес; особливі примінювання постгіпнотичних сугестій можна успішно застосовувати при лікуванні компульсивних актів та многогранних видів фобій.

Селективність пацієнтів для гіпнотерапії

Мабуть зайвим повторювати, що гіпнотерапія, як й інші терапевтичні прийоми, має свої границі і обмеження та, що бувають випадки в яких гіпнотерапія є невластива, а навіть і шкідлива.

Не зважаючи на результати лябораторних досліджень та помимо консультацій гіпнотерапевтів у всесвітньому масштабі при допомозі професійних журналів, книжок та конгресів, ще і до сьогодні немає узгіднення які пацієнти, з якими недугами, у якій стадії лікування та з якими методами та під оглядом інших можливих критерій, являються придатними до гіпнотерапії; досі немає однозгідності психотерапевтів відносно питання яким пацієнтам гіпнотерапія найкраще допоможе; яким допоможе менше, або яким взагалі не допоможе та яким пошкодить.

Мірс (1972) вважав, що сама спосібність пацієнта входити в глибокий транс ще не є доброю ознакою того, що пацієнт належно скористає з відповідної гіпнотерапії. Для прикладу він пише про “жінок-гістеричок” з нестійким характером, для яких гіпнотерапія являється протипоказною тому, що вони безвідповідальні і тому вони тільки в терапії на свідомому рівні мусять навчитися відповідальності, як також особистого обов'язку робити належні рішення та нести відповідальність за успіхи терапії.

Противопоказними для гіпносугестії являються випадки з активними психічними конфліктами, які мусять бути розв'язані ще поки терапевт приступить до усунення небажаного симптому, бо такий симптом служить пацієнтові як охоронний механізм і тому він або скоро повернеться, або з'явиться в формі іншого симптому, або пацієнт останеться в стані ще сильнішої тривоги, отже тому конфлікт мусять бути розв'язаний поки гіпносугестивні прийоми при відніманні симптома будуть успішними.

Він рекомендує гіпнозу як добрий середник при лікуванні недуг які він називає *зачарованим колом*, тобто симптомів які повторюються без інтра- чи навіть без інтер-психічних причин й до таких він зараховує полову імпотентність.

Ступінь *інтеграції симптома в структуру особистого "я"* вимагає також належної уваги, коли приходиться приймати рішення про виелемінування такого симптому, бо треба числитися з фактом, що пацієнт вже прийняв той симптом в матрицю своєї поведінки і йому не легко оставитися без такого симптому, помимо його заяв.

Ще одним чинником вартим уваги, Мірс вважає, це *ступень мотивації* з якою пацієнт приходить до терапії, і тут основним показчиком являється рівень тривоги присутньої в пацієнта, з якою він відноситься до даної недуги чи до симптома. Бо якщо пацієнт буває байдужий до свого стану, тоді його мотивація до переміни такого стану являється негативним показчиком для успішної гіпнотерапії; отже певний рівень тривоги в пацієнта, відносно його стану, є необхідною передумовою до успішного лікування.

Пацієнти з *неадекватною особистістю* становлять добрий матеріал для гіпнотерапії, бо їхню поведінку можна зробити менш агресивною.

Те саме стосується і до пацієнтів які проявляють невідповідну агресивність до даної ситуації.

Необхідно теж поцікавитися чи хто-небудь, з емоційно близьких пацієнтові людей, не ставиться негативно до гіпнотерапії, бо вони, як правило, будуть мати негативний вплив на ефективність гіпнотерапії (Мірс, 1972, ст. 256-259).

Крогер і Фецлер (1976) говорять, що гіпнотерапія являється *найбільш безпечною та найбільш надійною методою лікування*, а вже особливо тоді коли людина страждає болями; небезпека в дійсності взагалі не існує, крім "проповідування експертами", що гіпнотерапія є загрозовою тому, що вона тільки "дочасно" відбирає болі. Такого не стається при модерній гіпнотерапії, але з такими поняттями можуть підходити неофіти а не досвідчені гіпнотерапевти, бо останні знають, що *тільки сам пацієнт відбирає симптоми* та, що це не стається тільки з волі терапевта.

Інші "критики", говорить Крогер, закидають, що психодинамічний процес в гіпнотерапії, є недостатньо ясний, навіть нездаючи собі справи з того, що гіпнотерапія базується на психодинаміці, хоч якась частина симптомів залишається в репертуарі поведінки пацієнта як набута навичка.

Для успішної терапії, говорить Крогер, потрібно щоб пацієнт який приходить до терапевта мав бажання вилікуватися та посідав необхідний рівень інтелігентності а крім того добре вишколеного і впевненого терапевта.

Необхідним належний “*репо*”-сильний міжособистий зв’язок між терапевтом та пацієнтом, здоровий розсудок та клінічний досвід терапевта, як рівнож відношення й певна надія на поправлення стану в пацієнта.

Гіпнобегавйористичний модель поведінки не сміє бути копією “распутінського моделю”: але “Ми не бачимо жодних обмежень при вживанні гіпнобегавйористичного способу лікування в клінічних випадках”.

Очевидна річ, що успішність терапії в основному залежатиме від освіти, від способностей та від досвіду терапевта; терапевт мусить бути спосібним скоро орієнтуватися в психодинаміці пацієнта та винаходити і застосовувати відповідні для даного пацієнта методи (Крогер і Фецлер, 1976, ст. 408).

Бровн і Фром (1986) виступають проти надмірного вживання гіпнози в терапії і вважають, що гіпноза не є примінливою в усіх клінічних випадках.

Для успішности в гіпнотерапії, вони вважають, що необхідним це устійнити *ступень глибини трансу на який спосібний даний пацієнт та мотивацію* пацієнта і терапевта вживати гіпнозу, маючи на увазі природу симптомів та належне розуміння динаміки недомагань пацієнта.

Бровн і Фром вважають, що мотивація пацієнта, його спосібність увійти в транс та досягнути належної глибини трансу, як теж наявність точно *ограниченого симптома*, звичайно становлять відповідний позитивний критерій для гіпнотерапії.

Характеріологічні недотягнення пацієнта та його неспосібність для взаємовідносин з іншими людьми, можуть бути пересторогою при вживанні гіпнотерапії.

Згідно з найновішими даними, приблизно десять процентів населення здатне увійти в глибокий транс; шістдесят процентів населення здатне на глибину трансу в якому успішно можна переводити гіпнотерапевтичні процеси. В деяких випадках, коли пацієнт не є спосібний ввійти в належно глибокий транс, але він має особливі сподівання від гіпнотерапії та велику надію на покращення, а особливо тоді коли фармакотерапія буває йому недоступна, з огляду на алергії, або на якісь інші причини, тоді можна успішно вживати гіпнотерапевтичні прийоми.

Покликаючись на широку аналізу гіпнотерапевтичної літератури, Бровн і Фром вважають, що гіпноза є більш придатна в лікуванні деяких психопатологічних проблем чим декотрих інших.

До придатніших вони зачислюють неврозу, психосоматичні недуги, навички та недотягнення в поведінці, і неправильну поведінку у стосунку з іншими людьми.

Корисно, вони вважають, вживати гіпнозу при тривогах, фобіях, в конверсійній невроті, в диссоціативних симптомах, але менш успішним являється вживання гіпнози в obsесивно-компульсивних симптомах .

Дуже корисною буває гіпнотерапія при психофізіологічних хворобах таких як загальні болі тіла, головні болі, астма, кардіо-васкулярні недуги, а особливо гіпертонія, гастроінтестинальні недуги, недуги шкіри та імюнологічні недуги такі як артрит та рак.

Гіпнотерапія нерідко дає непогані висліди при злобних звичках таких як куріння, ожиріння, безсонниця, при лікуванні наркоманів та вживанні різних нездорових субстанцій, а також при сексуальних дисфункціях.

Найкращі висліди приходять тоді, коли гіпноза поєднується з бевавіористичною методою лікування, в яку включається самоспостерігання, самоінтервенція з ціллю зміни поведінки, контролю стимулів, бевавіористична регуляція симптомів, дискримінація симптомів, когнітивна терапія, соціальна піддержка, перепона в повороті симптома та інші.

Бровн і Фром помітили тільки невеликий успіх гіпнотерапії з контролею ожиріння та з контролею курення цигарок (я з ними не згідний бо мені щастить, під-час одного сеансу, досягати близько сімдесят п'ять процент успіху).

У більшості випадків психотерапевти вживають гіпнозу лише тоді, коли пацієнт демонструє спосібність увійти в глибокий транс та коли ціль його терапії є обмежена до усунення точно окресленого симптому.

Пацієнти з характерологічними проблемами та проблемами в соціальному співвідношенню, на їхню думку, краще скористають при довготривалій психотерапії на свідомому рівні, хоча тут також можна вживати гіпнозу як піддержувальну методу та як засіб при відшукуванні генези захворювання .

Дослідники запримітили також, що терапевти в приватних практиках, звичайно, вживають гіпнозу далеко частіше чим в державних лікарнях та установах.

Гіпноза рекомендується, Бравном та Фромом, вживати також коли довготривала психотерапія на свідомому рівні, не робить жодного прогресу, а зупинилась цілковито, бо тоді при помочі гіпнози, можна належно змобілізувати відповідні почування, відкрити травму або іншу генезу захворювання пацієнта та працювати над трансференсією.

Бровн і Фром також відмічають, що досі немає належних критерій які б точно окреслили коли належить вживати гіпнотерапію саму, чи комбіновану з іншими системами терапії на свідомому рівні, а тому таке рішення, звичайно, залежить від спосібностей пацієнта входити у відповідну глибину трансу, від бажання пацієнта переходити гіпнотерапію та від схлонности терапевта вживати один або другий модель терапії.

Щодо протипоказань для гіпнотерапії теж немає одностгідности, навіть у випадку спосібности пацієнта на "відповідну" глибину трансу.

Ваден і Андерсон (1982), на дані яких покликаються Бровн і Фром, вважають, що коли пацієнт не спроможний на відповідну глибину трансу то немає жодного сенсу старатися з ним переводити гіпнотерапію, бо низький рівень трансу взагалі не причиниться до успіху в терапії.

Інші дослідники твердять, що в деяких формах бегавйортерапії, незалежно від глибини трансу, гіпноза все-таки причиниться до успіху в терапії, бо вже сама гіпноза (незалежно від її глибини) причинюється до створення відповідного психотерапевтичного співвідношення, а також гіпноза має і належний “плясебо ефект” (Барбер і Кальверлей, 1964) тому вона може причинитися до маніфестації деяких талантів (Сацердот, 1982).

Отже деякі терапевти все-таки стараються використовувати гіпнозу, не зважаючи на низьку глибину трансу.

Мілтон Еріксон (Milton Erickson) та його послідовники твердять, що кожна людина спосібна на належно глибокий транс необхідний для гіпнотерапії, якщо гіпнотерапевт вживатиме відповідного та правильного підходу до даного пацієнта.

Сам Еріксон вживає так звану “посередню” методу, тобто заходи при яких використовується навіть “спротивні маневри” пацієнта входить в транс, для того щоб такі пацієнта загіпнотизувати й поглибити транс та щоб відповідно його використати для терапевтичних цілей.

Бровн і Фром вважають, що всі погляди відносно вживання гіпнози для лікування хворих мають частинну рацію, але вони самі дуже беруть під увагу глибину трансу, а рівночасно вважають теж, що відповідні пацієнти, які не спосібні на глибокий транс, все таки можуть скористати з гіпнотерапії. Вони також не відкидають методи Еріксона як відповідний підхід до гіпнотерапії, але перестерігають належно недосвідчених терапевтів, що *не вільно вживати гіпнотерапії без належної призадуми.*

Другим чинником коли невільно вживати гіпнози в психотеапії, це небажання пацієнта змінитися.

Бувають часто випадки коли людина на правду страждає болями, у висліді якогось поранення при праці чи в іншому випадку, і справа компенсації знаходиться перед судом, вона тоді буде старатися доказати та бути чесною навіть перед власним сумлінням, що вона на правду хворіє і підсвідомо буде саботувати всякі намагання терапевтичних інтервенцій.

Інші випадки це-коли пацієнт буває силуваний приходити на терапію кимось із сім'ї або навіть судом, але насправді він не має бажання змінитися.

Треба однак розрізняти пацієнтів, які свідомо чи підсвідомо не мають бажання мінитися, від пацієнтів які у висліді неуспішних попередних лікувальних заходів вже втратили віру в можливість змінитися та які взагалі не мають надії на якунебудь поміч.

Гіпнозу не можна ефективно вживати з пацієнтами які, з огляду на органічну недугу мозку, не мають спосібностей для належного зосередження та уваги.

Пацієнти страждаючі маньяк-депресивною недугою, під час приступів манії чи депресії, не є здатні до гіпнотерапії; треба теж великої призадуми над тим чи взагалі гіпнотерапія є властивою методою лікування для того роду пацієнтів, а вже особливо без стаціонарного нагляду.

Бровн і Фром (1986, ст. 119) вказують на обставини при яких вживання гіпнози звичайно буває протипоказним, отже, згідно з їхнім досвідом гіпнозу можна вживати лише *при певних умовах*.

Питання чи гіпнозу є властиво вживати та чи принесе вона належну користь, чи навіть може шкоду, залежить від трьох чинників:

- Від стадії лікування у якій вводиться гіпнозу в загальній психотерапевтичній ситуації.
- Від погляду та загального ставлення пацієнта до гіпнотерапії у даному випадку, та.
- Від мір і прийомів які застосовуються для охорони від пошкодження при вживанні гіпнози.

Вони дальше вказують на ділянки в яких, в залежності від метод вживання, гіпноза може бути позитивною або негативною і ними являються слідуючі недуги;

- компульсивна невроза;
- алкоголізм та вживання шкідливих субстанцій, особливо наркотиків
- наслідки посттравматичного стресу
- при лікуванні психотиків та пацієнтів які знаходяться на границі між невротиками а психотиками, та
- при лікуванні пацієнтів які страждають много-численними особовостями.

З огляду на небезпеку Бровн і Фром рекомендують, що гіпнозу, з пацієнтами повищої категорії, можуть вживати тільки висококваліфіковані та досвідчені експерти у відповідний час та вживаючи дуже правильний підхід. Вони також відмічають, що при вживанні гіпнотичних метод властивими експертами, можна досягнути успіхів лікування, таких яких не можна б досягнути без гіпнози, або які можна б досягнути лише в *довготривалій терапії на свідомому рівні*.

При лікуванні компульсивно-обсесивних недуг, як показується, появляються великі труднощі в пацієнтів з виконанням інструкцій, бо вони завжди змагаються за посідання самоконтролі та контролі над їхнім оточенням, а тому тільки дуже ліберальний підхід до них, в терапії, може принести належні успіхи.

Лікування пацієнтів хворюючих на многократну особистість (малтіпл персоналіти), представляє собою складну ситуацію в гіпнотерапії, бо вже сам стан гіпнози являється диссоціацією і тому деякі терапевти (Грюнвальд, 1984) вважають, що при помочі гіпнози можна ятрогенічно ще і помножити кількакратну особистість, а якщо ні, то в кращому випадку, зможуть її лише укріпити.

Інші гіпнотерапевти (Бравн, 1984; Принц, 1906; Тігрен і Клеклей 1957; Воткінс 1984) вважають, що гіпнотерапія це найкращий модель психотерапії для многогранної особистості, бо гіпноза дає одинокий шлях при допомозі якого можна контактуватися з двома або і більше особистостями в одній людині, які існують поза обсягом її свідомості.

На думку Бравна та Фрома гіпнозу можна вживати при лікуванні пацієнтів хворюючих многогранною особовостю лише за умовою, що єдиною ціллю терапевта буде в досягненні інтеграції особовості пацієнта, а не в курйозності, скільки особистостей існує в даного пацієнта, або скільки особистостей можна б в нього викликати при допомозі гіпнози.

Алькоголіки є відомі своєю неспроможністю толерувати та контролювати емоційну інтенсивність, а тому, що гіпноза стимулює емоційну інтенсивність, то є побоювання в деяких терапевтів, що у висліді трансференсії, емоційний рівень в алькоголіка, виявиться безконтрольним і в результаті, алькоголік буде вживати ще більше алькоголю.

Подібна ситуація може виникнути при пошуках генези алькоголізму, тому терапевт повинен вибирати стратегію для регулювання емоційної інтенсивності та стимулювати огидність й відразу в пацієнта до алькоголю, а рівночасно збуджувати в ньому сильні заінтересування до осягнення реальних цілей, які давали б йому належне почуття вдовolenня та винагороду за прикладені зусилля та за досяги.

Післятравматичний стрес (тиск, або напруга)-це синдром характерний тим, що жертва травми дуже часто навіть довгий час, не проявляє жодного симптому, і тому в ранніх інтерв'ю, тяжко є оприділити належну діагнозу.

Такі синдроми появляються у висліді природніх катастроф, через побиття, через катаклізми, насильства і тим подібно.

Виявляється, що жертви насильства та інших травм дуже часто, навіть при першій гіпнотичній індукції, входять у спонтанну абреакцію, і неприготований для того терапевт, який ще не переживав в клінічній ситуації спонтанної абреакції, буде настільки заскочений таким станом, що він може бути неспосібний *терапевтично віднести до спонтанної абреакції*, а тим більше тоді, коли пацієнт, ані перед-ні після трансу, не буде про це говорити.

Більшість пацієнтів, після нетерапевтично сприйнятої абреакції, бояться входити знову в гіпнотичний транс і на тому, очевидна річ, терапія може закінчитися з негативним вислідом.

Фром уважала, що успішність терпії залежить від правильної діагнози та від формування терапевтичної стратегії так, щоб обминути можливість спонтанної абреакції та переживання травми взагалі, аж поки в пацієнта не виробиться належне терапевтичне співвідношення з лікарем, бо шойно тоді лікар зможе сягати до травматичних переживань пацієнта у відповідний для того час та так щоб уможливити пацієнтові належно їх зрозуміти, пережити та інкорпорувати в структуру власного "я".

Для кращої успішності Фром рекомендує включати в стратегію лікування групову терапію.

Приведений нею клінічний випадок під назвою “Довготривалий випадок гіпноаналізи; зловживання дитини та раннє насильство”(Бровн і Фром, 1986, ст. 286-327), може послужити взірцем гіпноаналізи пацієнтів які страждають пост-травматичним стрес синдромом.

В 1975 році до мене на лікування прийшла, особисто мені знайома, німкеня яка, згідно з реферуєчим лікарем, страждала половою холодністю, атаками мігрині та аддикцією до наркотиків.

Вона, від реферуєчого лікаря, *вимагала гіпнотерапії* тому, що вона вже декілька літ провела в психотерапії в знатного психіатра, але “без найменших успіхів”, і стан її погіршувався до такого ступня, що вона потребувала великих доз “нембудеїни” та “петедіни” денно для того, щоб контролювати мігринь, інсомнію та інші проблеми.

На першому сеансі вона спокійно ожидала поки я познайомився зі змістом листа від її реферуєчого лікаря та з прилогами від психіатрів, в яких була викладена досить широка і відповідна історія пацієнта та терапевтично-стратегічні міркування.

Після прочитання рекомендуєчого листа, я хотів відкрити моє анамнестичне інтерв'ю широким та вільним питанням-“...чи вона не бажала б поділитися зі мною причинами які привели її до мене?”, на що вона відповіла, що нам для праці осталася лише одна година отже, вона хоче зачинати працю.

Вона тоді *спонтанно*, завернувши очі під лоб та зробивши кілька глибоких віддихів увійшла в глибокий транс, а за декілька хвилин, спонтанно почала абреакцію в якій плакала, тряслася, верещала, бурікалася, ридала.

Не більше як п'ять хвилин до кінця часу для її сесії (про що вона знала), вона спонтанно вийшла з трансу, і зі здивуванням, хусточкою повитирала сльози. Коли я її запитав чи вона бажала б про щонебудь зі мною поговорити, запитатися чи порадитися, то вона попросила мене про дату та час слідуєчої сесії, і пішла.

Реферуєчий лікар пацієнтки повідомив мене, що вона вже, від часу першої сесії гіпнотерапії, його не викликувала для інекції “петедіни”, що його дуже порадувало, бо з приводу її аддикції він мав неприємності з Департаментом Здоров'я.

Під час другого та наступних сеансів пацієнтка, після звичайного привітання, сідала в крісло, спонтанно входила в транс та спонтанно переживала травми. На моє питання як вона себе почуває, вона завжди, дуже коротко відповідала, що почуває себе “прикрасно”.

Її абреакції, з кожною сесією, були менш інтенсивні, та після шостої візити вона мені заявила, що вона себе прикрасно почуває та, що вона вже не потребує мене більше бачити.

Її лікар підтвердив, що вона цілком здорова та почуває себе щасливою.

Мої спостереження давали мені можливість додумуватись що та пацієнтка в трансі переживала якусь травму, про яку вона зі мною говорити не бажала, і я не знав яку травму вона переживала. Аж через два роки пізніше, її муж прийшов лікуватися з нерводерматозою та розказав мені як його дружина, маючи тоді 15 літ, була кількакратно насилувана вояками советської армії під кінець війни в 1945 році та, що те насильство зробило її хворою людиною.

Психотики та пацієнти стан яких межує з психозом, традиційно уважалися нездатними до гіпнотерапії з огляду на те, що вони були неспосібними щоб увійти в транс, а ті які є знані як “граничні” невротики, під впливом трансу, могли попадати в психозу (Абрамс, 1964; Розен, 1960).

Найновіші дослідження показують, що принайменше 20 процентів шизофреніків є спосібні для того щоб увійти в транс та, що багато хто з них досягає терапевтичний успіх, бо гіпноза може покращити процес свідомості пацієнта та його спроможність щоб належно толерувати почуття та структурувати більш послідовний процес формування ідентичності пацієнта (Бакер, 1981; Боверс 1961; Бровн, 1985; Фром 1984).

Поважно хворим пацієнтам-шизофренікам в гіпнотерапії, не рекомендується вживати процедур при допомозі яких відшукується генеза недуги як також не рекомендується інтерпретація трансференсії, а вся стратегія повинна бути спрямована на піддержування структури особистості.

Вольберг (1948), говорячи про небезпеки, в наслідок гіпнотичного трансу, твердить, що на морально стійкого пацієнта при допомозі гіпнози не можна вплинути так щоб він поповнив аморальний вчинок або злочин.

В експериментальних ситуаціях, суб'єкти часто виконують інструкції гіпнотиста які не співпадають з їхніми особистими принципами, а роблять це тільки тому, що вони мають беззастережне довіря до експерименталіста та вони переконані, що він, як відповідальна та моральна людина, не дозволить на кримінальний та неморальний вчинок.

Вольберг цитує свій власний експеримент (1948, ст. 414), при якому суб'єкт гостро відмовляється від співучасті в злочині (від адміністрації ціянкаліюм) та спонтанно виходить з трансу.

Він є згідний з пропозицією, що схильні до злочину та до аморальних вчинків люди, можуть використовувати “стан трансу” для злочинних цілей.

Вольберг (там же, ст. 416) вказує також, що гіпноза може дати дочасні завороти голови, біль голови та нудоти, а також, що людина може спонтанно увійти в транс та переживати диссоційовані сенсації тіла. Він також згадує, що один із його експериментальних суб'єктів, використовував експериментально введену в нього роздвоєну особистість, для того щоб він обґрунтував причину пиття алкоголю.

Твердження, що гіпноза на постійно спричинює зміну особистості, що вона на постійно фальсифікує реальність, що вона компульсивно заставляє суб'єкта робити злочинний чи аморальний вчинок або, що суб'єкт, у висліді впливу на

нього гіпнози, стається гіперсугестивним, згідно з Вольбергом та Еріксоном, не є оправдане.

Питання чи пацієнт, який у висліді сугестивної терапії стається залежним від терапевта є цікаве, але Вольберга спостереження вказують, що така залежність від гіпнотерапевта, не буває більшою чим залежність від успішного терапевта і без вживання гіпнози .

Підставова структура та характер даної особи рішає про її відношення до гіпнози; компульсивно залежний індивід не потребує гіпнози щоб відчувати себе залежним, від когось чи від чогось.

Немає також найменших даних, які вказували б на те, що гіпноза приводить людину в інфантильний стан, що гіпноза послаблює волю людини або, що людина робиться залежною від гіпнотерапевта.

Вольберг покликається на власні експериментальні дані та неоднозначно твердить, що жоден суб'єкт який був гіпнотизований ним в експериментальних ситуаціях понад сотню разів, не оставався після трансу під впливом оператора.

Вольберг відкидає також теорію лібідо як невластиву теорію гіпнози; він настоює, що правильно переведена гіпнотерапевтична сесія, не провокує жодних сексуальних збуджень (там же, ст. 418).

Обмеженість в усуненні симптомів, при гіпносугестивній терапії, буває дуже частим явищем і воно є обосноване тим, що пацієнт при звичається вживати свої невротичні маневри та свій життєвий стиль в щоденному життєвому репертуарі, помимо того, що він є свідомий шкідливості, яку приносить йому даний симптом. Його мотивація, у зв'язку з цим, стається подвійною, бо з одної сторони він бажав би позбутися даного симптому, а з другої, він держиться своїх симптомів бо боїться тривоги.

Жодний терапевтичний маневр, який не співпадає з мотивацією пацієнта, не буде успішним, а остається засуджений на невдачу; людина останеться хворою, вона буде держатися дуже неприємного та дуже шкідливого симптома, вона лишиться агресивною до свого оточення, вона не визнаватиме руйнівного впливу на неї її підсвідомого та вона не змінить свого філософського погляду на власний життєвий стиль без відповідної мотивації.

Невдачі в гіпнотерапії трапляються тоді коли:

- Пацієнт не є спосібний на відповідний транс та коли
- пацієнт не може досягнути своєї терапевтичної мети.

Хоч то рідко стрічається, що пацієнт при належних та відповідних прийомах не входить в транс, але воно буває і причиною того є страх пацієнта *піддаватися*, його страх визнавати свою підлеглість авторитетові який він уважає деструктивним та агресивним, і тут рішаючим фактором може бути щось що є в *особистості терапевта*, або в його поведінці, і що пацієнт, напевно і підсвідомо, споріднює з чимось негативним для себе.

Другою причиною це такі відсутність *мотивації пацієнта* бути гіпнотизованим, бо гіпнотизування, без належної мотивації, дуже часто буває неможливим.

Знання причин які перешкоджають пацієнтові входити в транс, допоможуть терапевтові в переведенню більш успішної індукції.

Терапевт мусить своєю поведінкою заслужити собі довіря в пацієнта; він мусить розвіяти неправдиві концепції про гіпнозу; він мусить мобілізувати бажання в пацієнта щоб досягнути здоров'я та він мусить підсилювати амбіції пацієнта щоб той перемагав перепони при досягненні його цілей.

Важливим також є і сам підхід до індукції гіпнози; певна метода індукції може імпонувати одному пацієнтові та буде викликати в нього впевненість та повагу до терапевта, але вона може бути неприємною для іншого пацієнта, і замість побуджувати бажані позитивні почування вона буде викликувати негативні, у висліді чого пацієнт буде, навіть свідомо, уникати трансу. Тому терапевт повинен бути ознайомлений з багатьма індукційними методами та він повинен бути чутливим до індивідуальних потреб пацієнта.

В перших стадіях індукції важливим є зосереджування уваги пацієнта на одному стимулі, або на обмеженій скількості стимулів з монотонним та ритмічним повторюванням.

Часом виникає необхідність вживати маневри спротиву пацієнта до гіпнози, як засіб до індукції та до поглиблювання трансу, як це майстерно робить Мільтон Еріксон, хоч, а вже особливо в недосвідчених руках, це може мати непотрібні ускладнення, а тому найкраще гіпнотизувати пацієнта з його співучастю та згідно з його бажанням.

Оборонний механізм, в невротиків, невільно відбирати нагло, бо це може викликати в них сильну тривогу.

Вольберг (там же, ст. 425) подає приклад коли пацієнт був загіпнотизований стилем в якому його оборонний механізм був нагло від нього відібраний, і у висліді того, він сильно страждав тривогою понад тиждень часу.

Гіпнотерапевтичні неуспіхи мають такі самі причини які дають неуспіх в психотерапії на свідомому рівні, а в додатку, в гіпнотерапії пацієнти приходять з нереальними сподіваннями, бо вони часто вважають, що при допомогі гіпнози можна контролювати не тільки пацієнта, але і всесвіт. Компульсивні невротики особливо приходять на гіпнотерапію з такими сподіваннями.

Інша категорія пацієнтів, з якою треба бути обережним, це ті які приходять з ціллю щоб піддатися комусь “омніпотентному” і які у висліді, досягають масочистські гратифікації. Це колись часто стрічалось в пацієнтів які “хотіли вилікуватися від гомосексуальних тенденцій”.

Ще одні пацієнти, які мабуть не досягнуть належних успіхів з гіпнотерапії, це ті які очікують нагайних результатів; бо хоч правдою є, що гіпнотерапія дуже скорочує час лікування в терапії на свідомому рівні, що часом можна позбутися якогось короткотривалого симптома на протязі пару сесій гіпнотерапії, але не

завжди можна позбутися інтра-персональних конфліктів (особливо) в скороченому часі.

Коли йдеться про реконструкцію, чи навіть про перевиховання особистості, то для того потрібно не тільки часу в психотерапії, але і достатньо часу для імплементування вглядів та перемін, у нормальному, тобто в природньому житті.

Ще інша проблема це є *мета або ціль*, з якою пацієнт приходить до гіпнотерапії; гіпнотерапевт зажди має на меті цілковиту реабілітацію людини, що являється його ідеалом; тобто приведення людини до стану у якому вона б вповні насолоджувалася усіма життєвими благами, включно з харчами, працею, відпочинком, сексом, але і також, щоб вона зуміла належно вжитися в своє культуральне середовище та свobodно і з вдовolenням спілкувалася зі своїм середовищем.

Людина мусить бути спосібна та мусить відповідно трактувати відповідальні та провідні інституції, як і теж вона повинна бути спосібна статися відповідальною за долю групи, родини чи громади.

Людина мусить мати спосібність витримувати тиск від своєрідних чинників чи установ без того, щоб приймати дитячу поведінку за оборонний механізм, а для цього потрібно мати спосібності переносити якусь певну дозу тривоги, тиску та невигод.

Кожна людина повинна мати здорову самопошану та належну пошану до свого оточення; вона мусить мати спосібності відрізнити минуле від теперішнього та від майбутнього; людина мусить бачити границі чи обмеження своїх можливостей; людина мусить посідати самовпевненість, почування свободи, спонтанність, толерантність та самопрояв.

Такі цілі терапії, на жаль, не бувають доступні для всіх бажаючих, а що найважливіше, що багато пацієнтів не бачать потреби та й можливості, щоб змінитися в певних областях їхньої поведінки.

Деякі пацієнти знову мають таку слабу структуру особистості, що вже навіть самопізнавання, наводить на них незносиву тривогу; це особливо відноситься до невротиків, стан яких межує з психозом, а також і до пацієнтів які є узалежені від іншої особи, чи від інших людей, або до пацієнтів які не є спосібні на якенєбудь спілкування з іншими людьми.

Ще інші пацієнти не “дозволять” на терапевтичний успіх, з огляду на якусь вторинну пільгу. Наприклад, коли справа поранення стоїть перед судом, з виглядом одержання високої компенсації, або навіть коли людина, при помочі якоїсь недуги, досягає належну увагу від бажаної людини.

Крім поданих повищих причин, терапевтичні невдачі бувають і з огляду на неправильний підхід терапевта під час сесії, коли він неналежно бере під увагу цілі та вартості пацієнта, а форсує свої власні вартості, замість вартостей та мети пацієнта.

Пацієнт приходиться на терапію з точно визначеною метою, для якої він бажає помочі, і недобачування чи ігнорування мети пацієнта, не сприятиме терапевтичному успіхові.

Треба теж враховувати різницю між застосуванням медичних та психотерапевтичних метод. Пацієнти бувають призвичаєні, що вони, висказавши свої недомагання лікареві, одержать потрібніні медикаменти, хірургічні інтервенції та поради і, що недуга поправляється або взагалі зникає.

В психотерапії такого звичайно не буває, а ціллю психотерапевта привести пацієнта до стану у якому він сам почне функціонувати при помочі своїх власних середників, при вживанні власної свободи та своїх спосібностей робити свої рішення та імлементувати їх в своє життя.

А тому, що пацієнт до часу терапії не був спосібним та не почувався вільним робити свої рішення, користуватись своїми успіхами та нести на собі повну відповідальність за свої рішення та за свої вчинки, то він себе ще більше пошкодить чи спараліжує коли він відчує, що лікар бере на себе відповідальність за його долю.

Таке ставлення пацієнта, на жаль, підсилюється ще більше тоді коли терапевт гіпнотизує пацієнта *авторитарною* методою та має відповіді на всі питання пацієнта, часто навіть вже тоді, коли ще пацієнт не встиг добре зформулювати свої питання, та коли лікар має готові вказівки для пацієнта як пацієнт має себе поводити для того щоб “бути щасливим”.

На жаль, недосвідчені належно терапевти, аж надто часто поповняють той “тріх”, тобто вказують пацієнтам як “легкою до розв`язки” є їхня проблема.

Ріст та прогрес пацієнта в психотерапії вимагає сприймання його безусловно з його усіма недомаганнями та з його хибам; лікар мусить мати терпеливість та мусить вижити демонстрування спосібностей пацієнта, щоб той давав собі раду зі своїми проблемами та при помочі своїх власних ресурсів. Він мусить викликати в пацієнта бажання бути самостійним, самовідповідальним та рішучим.

Саме тому гіпнотерапевтична сесія мусить бути конструйована так, щоб пацієнт не був пасивним знаряддям виконуючим сугестії лікаря, але щоб він відчував, вже від самого початку, що він є *співучасник процесу*.

Метода гіпнотизування пацієнта при помочі піднесення руки-це вже перший крок в якому пацієнт являється співучасником процесу і він скоро пізнає не тільки свою участь, але він і відчуває себе відповідальним за хід та за успіх процесу.

Самогіпноза, викликана при помочі піднесення руки, та спосібність термінації самогіпнози, як і також формулювання та адміністрація сугестії, скріпить пацієнта у вірі, що він щось досягає при помочі своїх власних зусиль; пацієнт дальше переконається, що сни які він має на сугестії лікаря, автоматичне писання чи рисування, приходять внаслідку його особистої кооперації та його зусиль.

Він тоді відчуває, що він має спосібності щось чинити, щось досягнути, та *рішати і бути відповідальним за свій чин.*

Не можна також забувати, що між пацієнтами знайдеться якась частина людей які не є спосібні, а принайменше в початкових стадіях, щоб бути співучасниками терапевтичного процесу, тому лікар мусить, часто лише на деякий час, обмежитися до віднімання тривожних симптомів та до піддержувальної терапії.

Бувають також пацієнти, які в наслідок довголітнього виховання та привычок, реагують тільки до авторитарного підходу, отже тоді треба обмежитися до віднімання симптома та до переконування пацієнта, що певний відповідний підхід до його проблем, принесе йому успіх.

Усунення симптома з поміччю безпосередньої сугестії рідко буває успішним, а ще рідше тоді, коли пацієнт не розуміє причини його появи та його ролі як оборонного механізму, перед власною тривогою. Але часто, допоміжним буває посередній підхід, такий як заміна симптома підставним симптомом, з розрахунком, що він відтягне увагу від оригінального симптома та, що підставний буде менш шкідливим та гамуючим чим оригінальний симптом. Найкраще що може статися при подачі підставного симптома-це викликати заінтересування в пацієнта чому в нього появився новий симптом, який затінює старий, а вже остаточно такий пацієнт таки заінтересується, як та чому появився перший симптом.

Це також може спонукати пацієнта застановитися, пригледутися ближче своєму життєвому шляху та остаточно піддатися та кооперувати в перевиховній або в реконструктивній терапії (Вольберг, 1948, ст.414-442).

Гіпноаналіза

Шнек (Jarome Schneck, 1965) окреслює гіпноаналізу як "...галузь психотерапії яка об'єднує в собі принципи та практику психоаналізи з принципами та практикою гіпнотерапії".

Крім постулатів Фрейда можна сюди зачислити теж і вклад аналістів які "перевершили", або які не згідні з деякими його поглядами та твердженнями і відомі як неофройдівці або як постфройдівці.

Шнек (там же, ст. 4) вказує на факт, що перевага гіпнотерапії полягає в тому, що її можна інкорпорувати з іншими теоріями особистости, з іншими терапевтичними процесами та різними терапевтичними цілями.

Цікава є заувага Шнека (там же, ст. 13); він уважає, докладно простудіювавши життєпис Фрейда, що Фрейд відкинув гіпнозу як методу терапії лише тому, що він мав *особливі амбіції* щоб статися оригінальним, престижним, щоб *увіковічити своє ім'я та* щоб не лишатися знаним тільки як "один із багатьох", які практикували гіпнотерапію.

Шнек, як і Роджерс вважає, що жодна метода терапії не може претендувати на узурпування права говорити, що тільки вона є спосібною для того щоб допомогти людям які страждають психічними недугами.

Шнек вказує (там же, ст.19), що гіпноаналіза може успішно скоротити процес терапії, в порівнянні з ортодоксальною психоаналізою, з п'яти років до декількох місяців, а можливо навіть і тижнів, (а перевівши це на години, матимемо 40-100 годин). Гіпнозу, він застерігає, можна вживати лише тоді, коли пацієнт досягає відповідних результатів та коли він воліє гіпнотерапію перед психоаналізою.

Глибина трансу, на якій можна вживати гіпноаналітичні методи, становить окрему проблему, і на його думку, безпотрібну, бо гіпноза і без сомнабулістичного стану вносить велику користь в психоаналітичному процесі, а сомнабулізм, включно з постгіпнотичною амнезією потрібний тільки для процесів регресії та ревіфікації. Сама гіпноза, без огляду на глибину трансу, вносить позитивні аспекти в динаміку поведінки пацієнта, а число сомнабулістів в терапевтичній практиці звичайно не перевищує 10 процентів всіх пацієнтів.

Згідно з його клінічними спостереженнями, сомнамбулізм не завжди буває необхідним в процесах регресії та ревіфікації, як теж і при автоматичному писанні та рисуванні або і при вживанні психометричних тестів.

Відмовляти лікування гіпнозою пацієнтові можна лише на базі докладного ознайомлення з його особистістю та після збагнення його властивих цілей та бажань бути гіпнотизованим, коли вони в обличчі належної оцінки вкажуть на невластивість вживання гіпнози.

Нерідко показується, що деякі пацієнти хочуть тим доказати (звичайно, у своїй уяві), що вони люди "сильної волі" і тому не піддадуться гіпнотистові.

Інші підсвідомо боячись, що гіпноза відбере в них можливість остатися при якомусь симптомі, з яким вони прийшли для гіпнотерапії, тобто щоб вони не досягли цілі для якої вони переходять терапію.

Подібних причин існує багато і тому гіпнозу рекомендується вживати лише після детального анамнестичного інтерв'ю.

Ініціювати гіпнозу в терапії треба у відповідний для того час і це залежатиме не тільки від психічного стану пацієнта, але і від відповідної стратегії терапевта.

Перший крок в гіпноаналізі, це відповідна індукція та тренування пацієнта в гіпнозі; це досягнення необхідної глибини трансу в якнайскорішому часі, а відтак тренування пацієнта належно реагувати на гіпнотичні та постгіпнотичні сугестії; досягнення максимальної спосібності пацієнта запам'ятувати минулі події, а це теж тренування для вживання регресії та процесу ревіфікації.

Таке всестороннє тренування повинно б бути досягнене в періоді одного тижня.

Другою фазою гіпноаналізи являється свобідна асоціація слів, спочатку рекомендується тренувати пацієнта в свідомому стані, а згодом із введнням гіпнози якої тут вживається з цілею пониження резистенції, в той час коли терапевт є в пошукуванні травматичних переживань та генези недуги.

В гіпнотичних умовах є далеко кращі можливості для того щоб уникнути резистенції та привести до свідомості важливі події а пізніше їх пережити й інтегрувати належно в структуру власної особистості пацієнта.

Третьою фазою гіпноаналізи-це переорієнтація та перевиховання пацієнта, при чому особливу роллю тут відіграють постгіпнотичні сугестії та автогіпноза.

Повищу стратегію гіпнотерапії, Шнек передає за Лінднером, але він до неї має слідуючі застереження та питання (ст. 28).

Такої чіткої процедури терапії можна додержуватися лише в госпітальних умовах, хочби навіть тільки тому, що приватний пацієнт в амбулаторних умовах, не зможе собі фінансово дозволити на цілотижневе тренування тільки як підготову до гіпноаналізи.

Багато пацієнтів, на думку Шнека, буває спосібними переходити гіпноаналізу без сомнамбулістичного трансу; він рідко вводить гіпнотерапевтичну процедуру вже при першій сесії та він вважає, що пацієнт який не погоджується з такою тактикою лікаря, є невластивим до гіпнотерапії.

Під час гіпнотерапії, відмітив Шнек, в пацієнтів підсилюються та навіть в деякого дуже сильні сексуальні почування і трансференсія, а масочистські почування, такі як бажання бути переможеним чи навіть насилуваним, бувають теж нерідким явищем.

Невербалізовані сигнали, при гіпнотичному співвідношенні, відіграють також дуже важливу роль та значно сильнішу від подібних сигналів в психотерапії на свідомому рівні. Це особливо розумів та ефективно вживав Айнзлі Мірс.

Шнек (ст. 36) використовує так звану “двостадійну елевацію руки” при індукції трансу де він, в першій стадії дає інструкції пацієнтові щоб той “навмисно” підняв на пару сантиметрів руку, а пізніше сугерує, що рука піднімається автоматично; він вважає, що така метода усуває в пацієнта страх перед почуттям “безсилля” в гіпнозі та віднімає в нього інертність.

Гіпноза повинна мати найпростіші методи індукції та без наявності якоїсь “магічності”.

При дегіпнотизації деякі пацієнти входять у ще глибший транс, замість того щоб виходити з трансу, і такі явища Шнек (ст. 41) пояснює тим, що деякі пацієнти хочуть залишитися в гіпнозі тому, що вони, в наслідок трансу одержали психологічну насолоду, або приємність у ході гіпнотичного інтерперсонального співвідношення.

Такі явища, при термінації трансу, трапляються теж і тому, що пацієнт бажає продовжувати працю розпочату в гіпнотерапії; часом таке стається у висліді того, що пацієнт перестав боятися несвідомих конфліктів, і при тому виявляється також, що пацієнт не завжди веде себе стисло згідно з інструкціями терапевта.

Це демонструє, що гіпнотичні реакції яскравіше відзеркалюють пливкий динамічний процес, який властивий людині тоді коли вона переходить психотерапію.

В ранній стадії гіпноаналізи, Шнек рекомендує застосовувати візуальні фантазії при пригадуванні минулого та при зосереджуванні на теперішніх явищах, а також на матеріалі снів, на представленні різних сцен, на гіпнотичних снах та на візуалізаціях автоматичного писання, але без активного вживання руки.

В першій фазі гіпнотерапії пацієнт повинен призвичаїтися до говорення в трансі та до його співучасті в свобідній асоціації; він також повинен навчитися як реагувати на сигнали спрямовані для його роздумування, як творити візуальні фантазії котрі терапевт вживає для побуджування емоцій.

Постгіпнотичні сугестії повинні бути використовувані з ціллю кращого зрозуміння матеріалу, досягнутого під час сеансу та для того щоб пацієнт краще пам'ятав та розумів власні мрії та свої фантазії, і щоб також пам'ятав свої нічні-природні сні.

Позитивна реакція на постгіпнотичні сугестії не вимагає ані сомнамбулістичного стану, ані постгіпнотичної амнезії, говорить Шнек.

Автоматичне рисування та писання можна б вживати зараз після досягнення відповідної глибини трансу, але Шнек воліє вживати скоріше візуальну фантазію, крім випадків лише, коли пацієнт відразу демонструє сомнамбулізм та його кооперацію і готовість для того щоб застосовувати більш активну методу.

Завданням терапевта-це відчувати, що пацієнт не бажає тратити більше часу на тренування але, що він вже готовий до кооперації при вживанні більш досконалих та складніших метод терапії.

Біжучі проблеми пацієнта повинні теж бути прийняті до уваги, підчас відповідної сесії, та повинні бути належно інтегровані в тотальний терапевтичний процес.

Постгіпнотичні сугестії повинні заохочувати пацієнта до праці і поза терапевтичними сеансами, для належного зв'язку між сеансами на свідомому рівні та в гіпнотичному трансі, і для збагачування інтегрального підходу до терапевтичного процесу.

Шнек вбачає більший успіх терапевта тоді, коли він схильний до самокритики, до належної перевірки своїх метод та до їх зміни, якщо цього вимагає ситуація.

Шнек виступає проти вживання гіпнози в ранній стадії терапії для того щоб зупинити процес резистенції, бо це вводить небажаний елемент авторитаризму та відбирає можливість щоб в свій час належно та відповідно аналізувати процес резистенції, який є багато-значний, в розумінні особистості пацієнта та його психодинаміці.

Ще більш сенситивною та складнішою являється проблема трансференції, яка є далеко більш інтенсивною при примінюванні гіпнози, чим вона буває присутньою в процесі психоаналізи на свідомому рівні, і гіпнотерапевт мусить її належно потрактувати.

Дослідження в гіпнозі

Гіпнотерапевтична література переповнена матеріалами про приведення до свідомості "незнаних переживань та споминів", і тому дуже часто пацієнт та і терапевт, бувають навіть розчарованими, коли такі досліджування приносять до свідомості матеріал, який не видається таким важливим і драматичним як цього сподівалось, і у висліді може наступити певне почуття, яке матиме негативний вплив на хід терапії; хоч правдою буває, що такі ревелаяції часто служать для прояснювання незнаних та темних сторінок життя пацієнта.

Гіпнотичні умови дуже конструктивно впливають на пояснення зразків мислення, почування та поведінки, а також і на оборонні механізми. Релаксованість при допомозі гіпнотичного трансу, зумовлює ситуацію в якій пацієнт почувається спосібний свобідніше висловлюватись, думати, а тим самим наближуватись до передсвідомого та до несвідомого матеріалу. Про це свідчать, говорить Шнек (там же, ст. 52-56) крім клінічних спостережень, і психометричні тести.

Пацієнт приходить на терапію з ціллю позбутися докучливого йому симптома, і помимо того, що гіпноаналісти бувають схильними звертати більше уваги на цілість особистости, чим на даний симптом, то практично вони бувають змушені глибше досліджувати умови формування симптомів, їхню вартість в психодинаміці та при вдержуванні психічної рівноваги.

Дуже часто, без полегші від докучливого симптому, або навіть без його усунення, прогрес гіпнотерапії стається неможливим; тому терапевти які уважають, що усунення симптома може принести більше шкоди чим користи пацієнтові, бо це відбирає в пацієнта його оборонний механізм, не мають особливої рації, бо ж досвід показує, що симптоми які служать пацієнтові для вдержування психічної рівноваги, не є так легко, або взагалі не можливо відібрати (там же, ст. 57).

Багато говориться також про поворот або про заміщення симптомів, коли вони відтягаються передчасно і це, в основному, відноситься до гіпнотичних метод.

Це правда, що симптом усувається легше лише тоді, коли його роля в психологічному функціонуванні буває мінімальною та коли особистість пацієнта відносно здорова та спосібна адоптуватися до змінливих умов.

Роля трансференції при тому є надзвичайно важлива і вона спосібна для того щоб ініціювати цілий ланцюг позитивних змін, які приносять позитивні та тривалі зміни, і то навіть тоді, коли психотерапія буває коротко-речинцева.

Роля терапевта та його авторитет при тому дуже важливі, бо помимо того, що вона діє лише при допомозі фантазії пацієнта, то вона впливає на рішення пацієнта яке уможливує процес зміни, і це відноситься рівночасно до всіх форм терапії та гіпнотерапії.

Авторитетна опінія психічно стимулює людину, і свідомі та несвідомі чинники та фантазії часто беруть участь у процесі вибору терапевта, незалежно від того чи вживає він гіпнозу при терапії, чи ні.

Сугестивність пацієнта та його свідомість власної сугестивности і його бажання сприймати себе свідомо або і підсвідомо як таким, матиме вплив на хід та на результат терапії, а також і на процес при усуванні симптомів. При тому треба завжди брати під увагу важливість симптому та його ролю в інтрапсихічному конфлікті.

Сенсорні та моторні явища, які часто спонтанно з'являються в гіпнотичній ситуації, не сміють бути бездоглядно пропущені, бо вони мають певне символічне значення, і тому їх треба належно використати в психотерапевтичному процесі.

Час від часу, гіпнотичне співвідношення стається пересякле сексуальною напруженістю. В такому випадку, щоб уникнути чогось небажаного, турбуючого та шкідливого, треба бодай на якийсь довший час виключити гіпнотичні методи з терапевтичного процесу, або взагалі припинити терапевтичний процес з вживанням гіпнози.

В ранній історії психоаналізу, реактивація відкритого несвідомого матеріалу переживалася з великою емоційною інтенсивністю, але згодом роля такого емоційного переживання ставалась все менше важливою.

Абреакція повторювалася з повною інтенсивністю при лікуванні травматичних жертв які сталися у висліді двох світових війн.

Шнек (там же, ст. 82) визнає, що в багатьох випадках абреакція відіграє велику роль в психотерапевтичному процесі та, що терапевтичне уведення процесу абреакції, вимагає особливо відповідного тренування та способностей терапевта.

Гіпноаналітичний модель терапії буває найвідповідніший при розвитку продуктивного мислення, самооцінки та особистого росту; недобачування такого потенціалу походить тільки від неправильного розуміння ролі суб'єкта та оператора в гіпнотерапевтичній ситуації а це тоді, коли суб'єкт вважається тільки інструментом контролю оператора.

Гіпноаналітичні зусилля не можуть бути зрозумілі без визнання факту, що в гіпноаналізі велику роль відіграють потенціал та способності пацієнта, маніпулювати собою так, щоб конструктивно переорганізувати себе для того, щоб він був спосібним давати собі вповні раду в усіх життєвих обставинах.

Пацієнти, які можуть використовувати гіпнотичні методи та які посідають належну еластичність і спосібність використати та достосуватися, в залежності від природних, соціальних, культуральних та інших життєвих потреб, це ті, які найбільше скористають з гіпнотерапії.

При практикуванні гіпнотерапії можна дуже успішно застосовувати концепцію динамічно-гіпнотичної регресії віку, при допомозі якої можливо помітно змодифікувати поведінку пацієнта, бо при тому міняються динамічні впливи різних періодів на психіку пацієнта та на його психологічний стан.

Шнек (ст. 104) воліє вживати повернення до невизначеного віку в такий спосіб та в такій формі, що пацієнт може спонтанно повернутися до віку в якому виник конфлікт, або травма, що має пряме відношення до теперішнього його стану .

Він вважає, що таке повернення відбувається під впливом внутрішніх психологічних сил пацієнта з ціллю усунення конфлікту. Такий спонтанний вибір пацієнта в гіпноаналізі буває більш ефективний в модифікації поведінки, в динаміці та в терапії, а структурована й означена терапевтом регресія віку, може тільки спричинити гальмування терапевтичного прогресу.

Штучно викликана регресія до якогось хронологічного віку може причинися до пригадки якоїсь призабутої події та яка може мати тільки незначний, або і жодний позитивний вплив на терапевтичний прогрес.

Гіпнотично викликувані галюцинації та фантазії, включно з відповідними "діалогами та конверзаціями", а особливо тоді, коли пацієнт спонтанно вибирає собі теми, можуть мати великий вплив на психотерапевтичний прогрес; треба, однак, вважати щоб такі процедури не переводити з психотиками, або з пацієнтами, які знаходяться на межі психози.

Подібний психічний механізм вживається при викликуванні гіпнотичних снів; вони мають дуже подібний вплив на пацієнта, хоча й інші функціональні та практичні ролі. Треба завжди пам'ятати, що терапевтичні прийоми та техніка в психотерапії, є залежні від даної індивідуальності та від тогочасних впливів на неї її оточення та інших чинників які формують її особистість.

Шнек (ст. 131) звертає увагу на те, що в певних випадках, в терапії деякі пацієнти спонтанно попадають в транс та, що такий транс має великий позитивний потенціал, а вже особливо тоді, коли структура особистості такого пацієнта є здоровою.

Він рекомендує вживання снів для гіпноаналізи викликуваних при допомозі автогіпнози; методи яка не тільки продовжує тяглість терапевтичного процесу поза формальні сесії, але яка ставить відповідальність за психотерапію на самого пацієнта та яка є вільною від небажаних сторонніх впливів.

Візуалізація в гіпнозі сцен та явищ з повсякденного життя, яка відрізняється від снів тим, що сни мають тенденції до більшого спотворювання реальності, а при візуалізації пацієнт, взаємності від його психічного стану, може проєктувати себе в реально бажані проєкти та обставини, а при тому вдосконалювати свої спосібності при допомозі візуальних репетицій.

Слухові галюцинації, мають своє застосування, а вже особливо при резолюціях міжособистих конфліктів та при відшукуванні та уточнюванні психічних травм, які були спричинені в ході вербального спілкування. Терапевт мусить бути дуже обережним, щоб не застосовувати таких метод до пацієнтів зі слабкою психічною структурою.

Джон Гартланд

Джон Гартланд (Hartland, J. 1973, ст. 337-359) вважає психоаналізу за таку, яка ґрунтовно переорганізує психічний апарат пацієнта, освободжує його від необхідності вдержувати репресивні методи та яка уможлиблює йому орієнтуватися в реальному житті та досягнути вдоволення своїх психічних потреб.

Метою психоаналізи-це очищення несвідомого від репресованих внутрішніх конфліктів, які часто з'являються в результаті неприємних переживань та проблем у минулому так щоб пацієнт освободився від тривоги та щоб його особистість давала собі відповідно раду з внутрішніми та зовнішніми життєвими вимогами.

Ортодоксальна психоаналіза, на жаль, для того щоб досягнути належних успіхів буває надто затяжною та довготривалою, а тому задорогою і недоступною для великого числа потребуючих, а крім того, пацієнти нерідко, маючи вгляд та зрозуміння генези їхньої недуги, і надалі залишаються зі своїми, навіть дуже тривожними симптомами.

Тому ясным стає, що гіпноаналіза, яка являється далеко швидшою методою та більш спосібною усувати небажані симптоми, повинна б мати місце в психотерапії.

Помимо того, що у короткотривалій терапії, мається до діла звичайно тільки з бїжучими та дошкульними недомаганнями, як видавалобся поверховними, то дуже часто це заторкає людину доглибинно і вона сягає по належні інформації і до несвідомого, а це нерідко приводить і до реконструкції особистості, що і являється найбільш амбітною метою психоаналізу.

Цїллю короткотривалої терапії є слїдуючі досягнення:

- Позбутися небажаного для пацієнта симптому.
- Реставрування функції індивіда, принаймні до такого стану, який в нього був до часу теперішнього захворювання.
- Певней ступінь зрозуміння причин та сил, при дії яких, людина захворіла.
- Певне визнання та зрозуміння хоч деяких дефектів особистості, які не дозволяють пацієнтові належно вжитися в своє оточення.
- Належне розуміння того як його дитинство та його виховання є пов'язані з його станом здоров'я.
- Відповідне зрозуміння відношення його минувшини, його хибного виховання, його травматичних переживань та конфліктів, до його теперішньої недуги.

Якщо такі цілі будуть успішно досягнуті (а їх можна досягнути при допоміж гіпноаналізу), тоді можна сміло надїятись на належний позитивний розвиток тобто, що пацієнт буде використовувати досягнуте знання та спосібності для належної здорової поведінки.

Гіпноаналізу як і психоаналізу можна б поділити на дві стадії;

- Перша-аналітична, метою якої являється відшукування несвідомого страху, несвідомих імпульсів та переживань, які відбирають можливість пацієнтові здорово житися зі своїм оточенням, та.
- Друга, яка є синтетичною, бо пацієнт вживає те, чого він досягнув в першій стадії, для власного перевиховання; тобто, для встановлення нової поведінки, для встановлення нового способу мислення та нових звичок, для того щоб відискати чи побудувати належну самовпевненність та щоб свіжо і впевнено йти в життя.

Гартланд (там же, ст. 339) підкреслює, що на відміну від ортодоксальної психоаналізу, в гіпноаналізу терапевт не може бути пасивним; він не сміє пасивно приглядатися як пацієнт "застряг" в резистенції і не робить жодного прогресу, а це також відноситься і до всіх інших форм короткотривалої психотерапії. Отже резистенція мусить бути унешкідливнина та недопущена щоб вона розвинулася в своїй повній силі.

Гартланд висловлює згідність з Вольбергом, коли йде мова про вибір пацієнтів до короткотривалої гіпноаналізи, бо тільки сам досвід може показати чи пацієнт зможе скористати з коротко-тривалої гіпнотерапії чи ні, і якщо так то тоді треба її використати, або як необхідно тоді треба її відповідно продовжити.

Він вважає, що така, короткотривала терапія не повинна б перевершувати 20 сесій.

Для успішності гіпнотерапії Гартланд пропонує, треба поглибити транс до максимального ступеня. При відповідному тренуванні, переважаюча частина пацієнтів, буває здатною для того щоб досягнути належної глибини трансу потрібної для вживання відповідних гіпноаналітичних метод, але деякі з таких метод вимагають сомнамбулізму та спонтанної амнезії, а це особливо для тих пацієнтів, в яких травматичні переживання були б настільки тривожні, що свідомість пацієнта його травми, без належної підготовки, могла б в них викликати психозу.

Для захисту таких пацієнтів, Гартланд завжди безпосередньо перед побудженням сугерує амнезію. Він також підкреслює, що воліє неавторитарну методу в гіпнотерпії і такий ліберальний підхід появляється в нього природньо у висліді його особистості. (Я мав нагоду пізнати його блище будучи учасником проваджених ним семінарів).

Деякі гіпноаналітичні методи вимагають тільки легкого трансу і до таких він зачислює свобідну асоціацію, індукцію снів, та автоматичне писання.

Інші процедури, такі як гіпнотичне рисування, забавна терапія, драма, читання дзеркала або кристалу, регресія у віці та експериментального конфлікту, вимагають сомнамбулістичного трансу.

Але важливим є щоб пацієнт в терапії міг свобідно говорити з терапевтом, не виходячи з трансу, підкреслює Гартлянд.

Свобідна асоціація

Гартланд вважає, що звичайно, вже сам стан гіпнози відбере в пацієнта резистенцію до свобідної асоціації та навіть одна сесія гіпноаналізи дуже часто буде більш продуктивною чим декілька психоаналітичних сесій без гіпнози.

Середня глибина трансу для вільної асоціації буває вповні вистарчаючою, але чим глибший транс тим більш продуктивною свобідна асоціація.

Пацієнт одержує інструкції щоб він дозволив своїм мислям з'являтися вільно, без огляду на те чи він їх вважає недоречними, безвартісними чи негідними.

Багато з думок, які пацієнт вважає неважними, можуть проявити себе найважнішими і тому він повинен говорити про все, не скриваючи нічого, а коли в нього появиться вагання про щось говорити, то він відразу повин зголосити про те терапевтові та докладно описати пов'язані з цим емоції.

Аналіст завжди зобов'язаний вислухати пацієнта пасивно, не перериваючи йому й запам'ятати все та не тільки що пацієнт говорить, але і як він говорить, беручи

під увагу зміни його настрою, вирази його обличчя, тон та силу і акцентування голосу.

Коли все таки резистенція з'являється, то терапевт повинен про це, відповідним чином з пацієнтом переговорити, і далі продовжувати процес терапії.

Гартланд також рекомендує щоб, якщо такі резистенції pojawiaються надто часто, терапевт приложивши руку до чола пацієнта сказав йому, що коли він відрахує до п'яти то пацієнт подумає про щось, про якийсь слово або про якусь подію, яка буде мати зв'язок з бажаним матеріалом.

Індукція снів

Пацієнтові можна навіяти щоб він мав сон під час трансу на інструкції пацієнта, або йому можна дати постгіпнотичну сугестію, що він буде мати сон під час нормального нічного відпочинку.

Можна теж пропонувати і про певну природу сну. Гіпнотичні сни мають такі самі риси, що і природні нічні спонтанні сни, і мають подібні з ними психодинамічні властивості.

Гартланд теж погоджується з Вольбергом, що перші гіпнотичні сни мають найблище відношення до проблем пацієнта.

Пацієнта потрібно спеціально підготувати поки можна буде вживати індукцію снів з ціллю відшукування генези недуги .

Спочатку треба впевнитися, що пацієнт входить в глибокий або в середній транс, а потім треба йому сугерувати в гіпнозі, що він під час природнього спання, буде мати сон перед побудженням, який він запам'ятає та про який він розповість на слідуючій сесії.

Якщо такі сугестії будуть успішними тоді їх необхідно повторити ще поки пацієнт дістане інструкції щоб він мав сни відносно особливої теми, а після таких тренувань, пацієнт дістає інструкції щоб він мав сни під час гіпнотичного трансу та щоб він передискутував свої сни з терапевтом перебуваючи в трансі.

Сни не належить інтерпретувати в нормальному побудженому стані, і Гартланд уважає, що найкраще буває оставити інтерпретацію снів таки для самого пацієнта, що пацієнт виконає більш точно та краще з користю для себе, ще будучи в трансі.

Автоматичне писання

Пацієнтові, в стані трансу, дається до руки олівець, і сугерується, що його рука є відокремлена від нього та більш до нього не належить, а даліше, що вона почне автоматично щось писати та, що пацієнт не буде свідомий того, що його рука пише.

Продукт такого писання дуже відрізняється від звичайного письма пацієнта, бо букви часто зливаються, слова недописані і таке письмо не є легко читати.

Після того пацієнт, з відкритими очима, але без побудження з трансу, дістає інструкції щоб він під тим письмом написав точно, що ним написане означає.

Якщо пацієнт не є спосібний відкривати очі без того, щоб не пробудитися, тоді йому даються інструкції, що після побудження текст написаного буде йому цілковито ясний та зрозумілий.

Правильну інтерпретацію написаного, в такий спосіб, може досягнути тільки сам пацієнт.

Нерідко перші спроби автоматичного писання бувають безуспішні, але належне тренування таки принесе успіх.

Деякі пацієнти бувають спосібні щоб писати автоматично перебуваючи навіть в дуже легких трансax, а дехто зможе писати навіть вийшовши з трансу. Але тільки пацієнти в глибокому трансі мають спосібності стати свідомими значення написаного тексту.

Гіпнотичне рисування

Найкращі результати гіпнотичного рисування можна досягнути лише в сомнамбулістичному трансі, коли пацієнт зможе працювати та комунікуватися з лікарем, будучи з відкритими очима.

Йому можна веліти рисувати те, що він спонтанно сам захоче, але можна теж сугерувати йому і відповідні теми.

У своїх рисунках пацієнт може виражати свої несвідомі почування до членів своєї сім'ї, до своїх батьків, а теж і своє відношення до лікаря.

Можливо буває також дати йому інструкції щоб він своїми рисунками характеризував чи об'ясняв свої сни; плідними бувають також і його інтерпретації своїх власних рисунків.

Техніку рисування можна також дуже плідно поєднати з регресією у віці, і тоді пацієнт буде ясніше виказувати свої почування, які досі були в глибокому несвідомому.

Театральна терапія

Для такого виду терапії необхідним сомнамбулістичний транс, тобто стан коли пацієнт з відкритими очима та спосібний спілкуватися зі своїм оточенням.

Дорослі пацієнти, звичайно спочатку висловлюють неохоту до такої форми забав і тому не беруть належної участі, але зорієнтувавшись, що вони не можуть бути пасивними в даній ситуації, вони і без інструкцій лікаря, ентузіастично беруться до роботи. Така забавова терапія буває досить успішною для висловлювання агресії до братів, до сестер та батьків, а також і завісті та й інших почувань, які пішли в несвідоме пацієнта.

Приладдям в такій формі терапії служать ляльки мужчин, жінок, дорослих та дітей, фігури різних тварин, меблів, поїздів, авт, вояків, крісів, кольорових олівців і т. п..

Плястицина між іншим є дуже придатний матеріал для того щоб можна висловити агресивність.

Пацієнт дістає інструкції щоб він щось робив з тими приладдями та щоб він інформував лікаря про те що він робить.

Часом доводиться терапевтові сугерувати відповідну забаву, для того щоб спонукати пацієнта до висвітлення матеріялу який він вже досягнув при анамнезі пацієнта, але нерідко і сам пацієнт спонтанно приступає до забав, бо тут він може себе диссоціювати та відповідно проєктувати.

Забавову терапію можна також дуже успішно поєднувати з регресією в віці, а вже особливо тоді, коли терапевт має відповідні дані про час та умови які могли викликати травму та несвідоме і він тоді зможе підсунути відповідний забавовий матеріал.

Техніка драми

Таку техніку можна вживати лише тоді коли пацієнт в глибокому трансі, і коли резистенція, яка звичайно буває присутньою в нормальному психічному стані, стається усунена.

Пацієнт дістає інструкції щоб він репродукував власні травматичні переживання, включно з відповідною до того емоційною інтенсивністю, подібно так як він це переживав оригінально.

Він, звичайно, виконує інструкції терапевта так наче б він справді брав участь в такій події яка визиває сильну абреакцію.

Найкращі зразки такої абреакції, викликуваної при допомозі процесу драматизації є знаними з часів лікування воєнної неврози. Пацієнти при тому переживали сильний страх, злість агресію та інші емоції, які реально появлялися внаслідок правдивих подій.

Вояки в такій формі терапії, нерідко переживали терор від болів після поранення, захищали себе від куль та від ворожих штиків, старалися вирватися в більш захисне місце і т. п.

Подібні абреакції можна викликувати і в пацієнтів, які пережили травми в цивільному житті, а вже особливо тоді, коли пацієнт стається регресований до місця, чи умов, в яких він пережив травму.

Часом терапевт вживаючи техніку драми відіграє лише пасивну роллю, але коли цього вимагають обставини, тоді він може взяти на себе також роллю одного з учасників драми. Така форма терапії буває особливо придатною для висловлювання репресованої агресії.

Регресія

Гартланд відрізняє два особливі типи регресії.

В першому випадку пацієнт реагує на своє дитинство, з точки зору дорослої людини, так як він уявляє себе в минулому; він себе бачить через призму часу яка його ділить з його дитячим віком і тому веде себе так як він вірить, що він себе вів у віці сугерованому терапевтом, і це зводиться до симульованої репродукції якогось минулого періоду в житті пацієнта.

Другий тип регресії носить вже цілковито інший характер та має інше значення. Людина тут, властиво, повертається до попереднього періоду життя з переживанням такого самого стилю поведінки який існував в нього у якомусь особливому часі. Таке переживання цілковито не залежить від теперішніх споминів чи реконструкцій даної минувшини пацієнта, але виглядає так як справжнє та теперішнє, а все попереднє життєве, за виїмком сугерованого періоду, взагалі в цьому моменті для пацієнта не існує.

Це також відноситься і до особи терапевта а тому, щоб терапевт міг належно з пацієнтом комунікуватися, то він мусить прибрати ідентичність когось хто спілкувався з регресованою особою в тому віці; це може бути хтось з родини, може бути учитель, сусід або хтось близький або знаний пацієнтові.

Цей другий тип і є правдивою регресією, і в такому стані пацієнт буває спосібний відтворити всі тогочасні спомини, події, імпульси та все інше, що до того часу, було репресоване.

Процес регресії може бути дуже успішно поєднаним з іншими гіпно-аналітичними техніками такими як індукція снів, забавова терапія, рисування, драма, автоматичне писання та читання дзеркала або кристалу. Поєднання таких метод, звичайно приносить матеріал який буває недоступним для пацієнтів в дозрілому віці.

Для успіху, при вживанні таких метод, сомнамбулістичний транс, включно з амнезією, є необхідним.

Гартланд подає два способи для викликування регресії;

1. Пацієнта поступенно дезорієнтовується в часі та в просторі; найскоріше він губить порядок днів, пізніше тижнів, місяців та років, а коли він вже станеться вповні дезорієтованим, тоді його переорієнтується у відповідно бажаному періоді його життя, і якщо це робиться з метою відшукування причини якогось особливого симптому, то пацієнтові говориться щоб він пережив та запам'ятав даний момент.
2. Особливо добрих гіпнотичних суб'єктів можна також безпосередньо привести до відповідно-бажаного віку, без того щоб їх перед тим дезорієтувати. Пацієнтові говориться, що він повертається ще раз до якогось періоду в його житті та, що всі органи його тіла відповідно міняються до стану такого в якому вони були в данім віці. І коли

ходить про вік, наприклад п'ятилітнього хлопця, то його ціле тіло прийматиме іншу конфігурацію; його поведінка, голос та все інше буде дитячим. Коли він буде почуватися, що він є п'ятилітньою дитиною, його тоді проситься щоб він дав терапевтові знати піднявши праву руку. Заки вивести такого пацієнта з трансу, йому треба сугерувати повну амнезію, бо матеріал добутий таким шляхом, може бути надто травматичним для нього, а зміст його травми можна йому подати до відома лише тоді, коли терапевт впевниться, що особистість пацієнта є настільки сильною, що відкрита травма не буде для нього шкідливою.

Читання кристалу або дзеркала

Така метода вимагає пацієнта який є спосібний на глибокий транс і який, будучи з відкритими очима, залишається в трансі.

Йому дається інструкції, що він буде з відкритими очима та буде бачити все з найбільшою докладністю та далі йому сугерується, що він буде дивитися тільки в кристал або дзеркало в якому побачить певні речі та події, і він їх буде описувати.

Дзеркало мусить бути положене так, щоб воно віддзеркалювало лише нейтральне поле.

Така техніка, між іншим, свідчить також про те, що уява людини є сильнішою від фізіологічних та від природних чинників які ділають на зорові органи.

Техніка буває особливо успішною при відкриванні прихованих споминів, бо пацієнт може точно реконструювати свою минувшину при помочі галюцинацій, які легше появляються тому, що пацієнт може себе диссоціювати від участі, а описувати все з точки зору глядача.

Але треба мати на увазі, що помимо всього, в пацієнта все таки появляються сильні емоційні реакції та абреакції.

Експериментальний конфлікт

Нерідко трапляються пацієнти які так сильно раціоналізують свою поведінку, що їх тяжко переконати, що в їхньому житті могло щось статися, що знаходиться поза рамками їхньої свідомості; вони гостро виступають проти яких-небудь натяків, що в їхньому житті щось сталося чого вони боялися або чого вони стидалися, або щось чого вони не могли б перенести.

Такі пацієнти відкидають всякі докази про можливість їх пошкодження якоюсь травмою, або іншим пережиттям якого немає в їхній пам'яті.

В таких випадках, внесення експериментального конфлікту, часто зможе переконати пацієнта, що він також може бути під впливом власного несвідомого.

Ціллю експериментального конфлікту-це доказати пацієнтові, що несвідомі імпульси та емоції потраплять викликати симптоми та вказати йому яким шляхом таке здійснюється. Наприклад, пацієнт може знаходитися в ситуаціях які будуть в нього викликати агресію, якої він не сміє демонстративно вживати та приховування якої викличе в нього якийсь симптом .

При експериментальному конфлікті він може прийти до свідомості, що він на правду відчуває агресивність до когось але, що він такої агресивності демонструвати не сміє, і що вона у висліді продукує в нього якийсь симптом.

Експериментальний конфлікт можна вводити тільки в пацієнтів глибокого трансу, в яких є присутньою постгіпнотична амнезія.

Їм представляється цілковито фіктивну ситуацію, в якій вони переживають кривду їм заподіяну якимось злочином, шахрайством, обманом та безправ'ям але, що вони знаходяться в такій ситуації де не можливо належно реагувати на такі безправ'я, і тому, хоч вони глибоко відчувають біль та агресивність, але вони мусять всі невдоволення та агресивність цілковито приховати.

Пацієнтові дається дальші інструкції, що коли він вийде з трансу то він буде під сильним впливом того експерименту, але він не буде знати чому він себе аж так погано почуває, і це буде його дуже турбувати та буде впливати на його поведінку, на хід його думання, на його мову і т. п.

А в кінці йому сугерується, що коли він розбудить такий несвідомий конфлікт, який викличе в нього сильну агресію, на яку він не зможе реально реагувати тоді в нього появиться якийсь симптом.

В такий спосіб можна, якщо необхідно чи потрібно демонструвати, що певні емоції, невідповідно потрактовані, можуть викликати небажані симптоми.

Пацієнтові, в трансі, треба також належно об'яснити ціль такого експерименту та дати йому інструкції, що він приведе той експеримент до своєї свідомості та, що він належно його зрозуміє і буде відповідно консеквентний.

Бровн і Фром

Бровн і Фром (1986) включають в теорію та в практику гіпноаналізи новіші та поширені теорії.

Крім теорії лібідо (Фройда), над якою повище я досить широко зупинявся, в 1923 році виникла "теорія его", яка підкреслює що людина схильна досягати щасливості при помочі поборювання труднощів.

В 1940-х роках в Англії та в 1950-х роках в США, виникла ще інша теорія, знана як *"теорія відношення до об'єкту"*. Теорія базується на припущенні, що людина завжди знаходиться в стадії пошукування об'єкта з яким можна б увійти в любовне чи пак особливе співвідношення.

В 1960-х роках появилася теорія *"нарцисизму"*, у якій підкреслюється, що мотивацією поведінки людини є самоактуалізація, самопереживання та самозахоплювання. Бровн і Фром, припускають, що в залежності від природи

недуги пацієнта-перша, друга, інша, або і всі із повищих теорій можуть становити базу до стратегії лікування пацієнта.

До теорії лібідо я вже не буду повертатися, але згадаю тільки, що і сам Фройд дійшов до висновку, що вона не є вповні вистачаючою для того щоб подати повну картину суті та динаміки людини, бо вона недостатньо враховувала вплив зовнішньої реальності на функціонування людини.

Теорія відношення до об'єкту вважає, що людина не завжди тільки стримить до гратифікації лібідо, чи навіть задоволення всіх інстинктів та гонів але, що людина змагає до творення співвідношень з "об'єктом", які мали б всеобіймаючий, довготривалий, позитивний зміст та характер на протязі цілого життя.

В ході терапії психологи запримітили, що пацієнти дуже часто страждають почуттям "порожнечі" в житті та браком почуття самовартості і то навіть тоді коли, підсвідомо, в них тріумфувало почування грандіозности.

Широкі кола суспільства з хибною та слабою особистістю появились в США вже після Другої Світової Війни, а тому Бровн і Фром вважають, що причиною такої порожнечі, в післявоєнної генерації-це почуття "терору" в обличчі існування ядерної зброї.

Мої спостереження в психотерапії протягом 30-ти літ, заставляють мене застановитися над далеко більше чинниками, чим тільки над терором від ядерної зброї, і першим та найважливішим із таких чинників я вважаю *брак вартостей* в житті людини, бо вартості можуть існувати тільки тоді, коли вони абсолютні, коли вони ідеальні, недосяжні та вічні.

Коли ж немає абсолютних вартостей, тоді людина не має правильної та тривалої орієнтації, і замість прямувати протягом цілого життя до цінної мети, то вона може бути заангажована, часом і в добрій вірі та з усією енергією, прямуючи до фальшивої мети та нерідко опам'ятається вже дуже пізно та з потрясіннями, бо вона витратила багато енергії та часу, будучи в дорозі до *фальшивої мети*. Така людина замість відчувати винагороду та вдовolenня за свій труд та досяги, відчуває розчарування та нерідко й розпач бо вона йшла та змагалася до фальшивої чи огидної мети, а без мети, без цілі, людина існувати не може, бо без мети панує порожнеча; брак почуття людськості, брак самопошани, брак ентузіазму, брак почуття винагороди за досяги при допомі власних зусиль.

На превеликий жаль, в теперішньому світі відчувається жахлива відсутність носіїв, відсутність правдивих проповідників та сторожів вартостей.

Пишеться та говориться про вартості дуже багато, але на жаль *вартості не практикуються, про них тільки говориться але з ціллю не збереження та поширювання*, а тільки з ціллю досягнення, при їх допомі чогось іншого такого як слави, сили, багатства і т. п.

Сьогоднішня людина, яка беззастережно чесно та відкрито висловить свої погляди, свою "онтологічну віру", але без того щоб її належно тобто логічно обґрунтувати, в найкращому випадку кваліфікується як неінтелігентна. "Ментальна акробатика", в основі якої лежить навіть шкідливе твердження, але

представлена в логічній формі, буває оцінювана теперішнім світом як щось цінного та необхідного для життя, а вартості, яких логічно висловити не можна, а лише відчувати “серцем”, трактуються як непотрібні фантазії, мрії, або й “нісенітниці”.

Крім відсутності вартостей в людини, дуже руйнуючим чинником являється постійна *евальвація*, яка часто починається в дуже ранньому віці дитини. В англосаксонському світі стається дуже популярним змагання за “найкращу бейбі” в яких журі бере під увагу не лише фізичні характеристики немовлят але і його поведінку та реакцію на оточення. Немовля тут дуже відчуває що батьки, а особливо матір, буває часом щаслива, а часом огірчена її поведінкою, але немовля неспосібне навіть зрозуміти чому вона раз “люблена, а часом нелюблена дитина” і такі почування для неї остануться травмою на ціле життя. Дитина понад усе в житті бажає бути любленою і любленою безумовно.

Процес евальвації для всіх дітей в Австралії (як також в багатьох інших країнах) починається зі шкільним віком, при чому вживається безконечна кількість тестів та дуже докладні статистичні методи і при їх допомозі молода людина ставиться у відповідну категорію з якої вона рідко потрапить вирватися. Словом-мусить бути перший та останній. Отже крім кількох “дорогоцінних” остається велика частина “відпадків” молодих людей, які у висліді евальвації, остаються без праці, без фаху, без візії та майбутності. Реакція тих неспосібних буває різнорідною, але найчисленніша група реагує агресивно; вони викликають на “двобій” систему яка їх знищила і руйнують суспільне та приватне майно. Вони нищать середники комунікації (поїзди, автобуси, очікувальні, камінням атакують подорожуючих і т. п.), нищать культурні надбання (скульптуру, фрески, картини), словом нищать все як вандали і злочин для них, це дорога до помсти це-самоціль.

Інша група (та чисельно дуже велика) вживає галюциногенних середників для того щоб статися “першими”; число наркоманів росте шаленим темпом і міністерство юстиції та і вся спільнота дуже свідомо такої соціальної проблеми, але безпомічна. Трагедія коренем якої селективність, з поодиноких осіб переходить в трагедії сімейні (бо хулігани та наркомани женяться і родять дітей), а далі в суспільну трагедію бо ті пошкоджені селективністю об'єднуються і ставлять активний опір правоохоронним органам держави та дуже успішний. Для прикладу подаю, що в передмісті Сіднею Вілявуді, держава побудувала прекрасні житлові будинки які сталися “кріпостою” для наркоманів і злочинців і поліція не могла тої “кріпості” здобути а тому рішила знищити будинки і мешканців переселити так щоб вони не творили великої моногенної групи.

Мільярди доларів кинутих державною скарбницею на поборювання злочинності та наркоманства заставляє державну адміністрацію боротися з тим соціальним злом, але на превеликий жаль, ті які рекомендують методу поборювання злочину та наркоманства в основі підходу мають “селективність” а тому намагання державної адміністрації усунути проблему яка виникла у висліді селективності, вже в самому зародку засуджена на невдачу.

Будучи свідомим факту “економічного раціоналізму” та “глобального села” треба миритися з фактом евальвації, але не до такого ступеня який руйнує основне “людське” в людині, тобто її гідність, достойність та її свобідну волю.

Інші чинники які негативно впливають на психіку людини та які тут тільки згадаю це працюючі матері маленьких дітей. Тому, що в повищих рядках досить докладно говорилося про ролю матері у вихованні дітей особливо Роджерсом, Доллардом та Міллером де вони доказують, що присутність та відповідна поведінка матерей це необхідність для розвитку, росту та виховання дитини, я тільки поставлю питання-невжеж людський рід zdeгенерувався до ступня, що він жертвує долею новонародженої дитини, перед якою ще ціле життя, ради економічного статусу, сили чи слави. Додам також, що коли б матері дітей принайменше дошкільного віку не працювали а займалися вихованням дітей, варенням, хатньою працею та іншими активностями, при чому і діти чогось навчилибся, тоді безробіття в глобальному масштабі впало б на багато процентів.

Мушу також додати, що ізолювання прабатьків від участі в вихованні внуків шкідливе для всіх заінтересованих; дитина цікавиться своїм оточенням і як скоростріл ставить питання, просить пояснень та вказівок, а рівночасно взорується на поведінці прабатьків. Прабатьки мають не тільки життєвий досвід але любов, добру волю та наміри відносно внуків та інтересуються їхнім щастям. В заміну вони відчувають що вони корисні для власної сім'ї.

Причиною постійного невдоволення це також “функціональність” людини. З виїмком людей вільних професій, людина виконує при праці якусь повторну функцію і ніколи не бачить успіхів своїх зусиль, що робить її безвольним автоматом та навіть гіршим від машини чи “робота”. Людина мусить мріяти, бажати, планувати, досягати і це дасть їй належну винагороду.

Ще іншим дуже загрозовим та руйнуючим чинником психіки людини-це брак належного-природнього *міжособистого відношення* яке з блискавичною скорістю, заступається електронічними середниками; телебачення, компютерні забави, інтернет це середники з якими спілкується дитина в сімейній хаті; дорослі люди купують квітки в автоматів щоб їхати публічним та приватним транспортом; телефони відповідаються автоматичними машинами; банкові трансакції переводяться компютерами; купівля переводиться при помочі інтернету; подорожуючі не говорять зі собою, а слухають електромагнетних лент; сімейна кухня це музейна частина дому, а стіл в їдальні не вживається круглий рік і т. д.

Психіка людини формується та зберігається тільки при співучасті з оточенням, а вже особливо з людським оточенням. Екзистенція неможлива без людського оточення та спілкування.

Бровн і Фром (ст. 201) вказують на факт, що гіпнотизована доросла людина, потенціально, буває далеко спосібніша на буйну уяву, чим негіпнотизована, що свідчить про факт, що гіпнотизована людина функціонує на первинному рівні, який є характерний поведінці дитини раннього віку, коли ще в неї реальність та логічне думання було майже відсутне.

Гіпноаналізу пацієнтів хворюючих неврозою можна поділити на три фази:

- На відкриття несвідомих конфліктів, споминів, емоцій, думок та інших несвідомих елементів які мають вплив на поведінку індивіда та проти яких він змагається. Але треба завжди пам'ятати, щоб відкривати несвідоме так, щоб не заскоро проникнути через само-оборону пацієнта.
- На розпрацьовування відкритого елемента, а саме вглиблювання в причини в час в обставини та емоційний стан пацієнта під час появи несвідомого, що в свою чергу веде до.
- Інтеграції, або до дозрілого трактування власних переживань, та до володіння собою.

Класична гіпноаналіза послуговується, як і класична психоаналіза, чотирма методами відкривання, а саме;

- свобідною асоціацією,
- інтерпретацією снів,
- інтерпретацією самооборони та резистенції та,
- аналізою трансференсії.

Фром і Бровн (ст. 204), звертають увагу на факт, що свобідна асоціація в гіпнотерапії появляється в формі уяв та яка і являється первинним ментальним процесом бо походить прямо від несвідомого, а не від вторинного способу асоціації який пересяклий логічністю.

Тому-то самооборонні стратегії пацієнта бувають менш ефективні й у висліді того терапевтичний процес посувається скорішим темпом.

Уявність в гіпнотичнім трансї, подібно як і в природному сні, коли людина не буває реалістично орієнтована, виказує несвідомий матеріал, який, з огляду на цензуру суперего там опинився.

Свобідну асоціацію в гіпнотерапії, як і в психоаналізі можна проводити також і при помочі асоціації слів, та заохочувати пацієнта щоб він висловлювався свобідно та безкритично, так як це і робиться в психоаналізі.

Як відомо, сні появляються в двох формах; в першій вони маніфестують намір, бажання чи стремління пацієнта, а в другій такий намір буває прихований. Тому сні появляються, і то далеко частіше у спотвореній формі, в символізованій, заступленій скритими символами, кондесовані або пошматовані для того щоб приховати недозволену мету, а вже дуже рідко вони появляться в формі де вони мають логічний змісл.

Сні пацієнтів мають до діла з нерозв'язаними в дитинстві конфліктами, і находять свої початки тоді коли первинні інстинкти вже стаються цензуровані.

Бровн і Фром звертають більше уваги на "его-процес" в сні та на його когнітивну структуру; вони вважають сні як функцію розв'язування проблем несвідомого та передсвідомого в пацієнта; думки які є більш зближені до

свідомости маніфестують свій зміст, а думки пов'язані з несвідомим, появляються в скритій формі. Вони також пропонують, що сни відносяться, і то дуже часто, до теперішніх конфліктів та ситуацій.

Сни, хоча мають своє коріння в минулому, то людина не має снів про минуле, але вона має сни про теперішнє яке стається реактивоване якоюсь ситуацією чи якоюсь подією в теперішньому; бо тільки "тут і тепер ситуація", являється стимулом для конфлікту пацієнта, яка наводить в нього стид, почування винуватості, страх та інші сильні емоційні пробудження.

Кожний сон, вони вважають, має в собі успішні або невдалі спроби для розв'язування конфлікту.

Сни вимагають інтерпретації бо вони завжди бувають в мові, в символах та в замаскованих знаках. Бровн і Фром перестерігають перед шкодою яку терапевт може нанести при стандартній інтерпретації снів, де символ означає щось однакове, повторне та стале, як це практикував Фройд, а підкреслюють, що сни необхідно інтерпретувати подібно як перекладати поезію на іншу мову де необхідним брати під увагу духовність, культуру та атмосферу в якій дана поезія породилася, бо в іншому випадку, сни не будуть для пацієнта мати належного зрозуміння.

Для відповідної інтерпретації снів необхідною також і належна інтуїція терапевта, а крім того дослідницька самодисципліна, в якій домінуючим повинен бути критичний підхід до висунутих гіпотез та де буває конфронування певної гіпотези з біжучими відносними чинниками та де є рішучість змінити чи модифікувати гіпотезу, або і також винести правильне рішення про те чи дана гіпотеза заслуговує на сприйняття чи може на відхилення.

Гіпноаналіст, безумовно має перевагу над психоаналістом, бо він має звідомлення про хід сну майже спонтанно та відразу, і тому зміст такого сну має більше можливостей щоб бути неспотвореним та більш докладним.

Але сни в психоаналізі, з огляду на те, що пацієнт їх не може пред'явити відразу, а часом проходить тиждень а то і більше часу поки він їх зголосить, мають тенденції бути неповними та спотвореними, або і взагалі призабутими.

В гіпноаналізі є доступні слідувачі методи для використання снів:

- Гіпноаналіст може сугерувати сон таки в гіпнозі та він може досягнути належне звідомлення безпосередньо в час одної і тої самої сесії.
- Гіпноаналіст може сугерувати пацієнтові, щоб він мав сон про певну проблему, або про певний конфлікт, з яким він прийшов о поміч.
- Якщо пацієнт не досягне розв'язання своєї проблеми при помочі відповідного сну то гіпноаналіст може йому сугерувати щоб він мав повторний сон який мав би відношення до даної проблеми, або навіть може сугерувати пацієнтові, що він буде мати сни які будуть все більш успішними, аж доки пацієнт при їхній помочі не досягне належної відповіді.

- Гіпноаналіст може сугерувати пацієнтові, що він буде мати кращі спосібності щоб зрозуміти символику снів, впарі з продовжуванням снів.
- Гіпноаналіст, крім того, може використовувати постгіпнотичні сугестії, що даний пацієнт буде мати ноктурні сни, які матимуть відношення до його проблеми та, що він такі сни запам'ятає, і їх зголосить на слідуючій сесії.
- Хоч досить рідко, але це теж зустрічається, що пацієнт якому даються гіпнотичні чи навіть постгіпнотичні сугестії щоб він мав сни, спонтанно пригадує собі сни, які вважає за важливі та які він мав колись і які він призабув.

Психоаналіст, без помочи гіпнози комунікується тільки зі свідомістю пацієнта, а з його підсвідомим тільки при помочи снів та при помочи “просковзнення язика”, а гіпноаналіст має *пр'яму дорогу* до несвідомого пацієнта при помочи фантазій, уяв, регресій у віці та при помочи гіпермнезії.

Поведінка, інтерпретація резистенції та самооборонних заходів пацієнта в психоаналізі все відігравали особливу ролю, і вони теж бувають немаловажними в гіпноаналізі; але їх завжди належить трактувати особливо ніжно та тактовно і не вільно їх поборувати різко або нагло.

В психоаналізі вони себе проявляють часто тим, що пацієнти не появляються вчас на аналітичні сесії, або прямо бойкотують стратегію та хід психоаналізі. В гіпноаналізі вони часто відмовляються входити в транс, або не йдуть в належно глибокий транс, а ще більш часто бойкотують гіпнотерапевтичний процес.

Гіпноаналіст не мусить інтерпретувати резистенції, тому що він може формулювати свої питання чи сугестії так, що пацієнт не буде мати потреби вживати резистенції, отже резистенція не є підвалиною в гіпноаналізі так як вона буває в психоаналізі, а тим більше тому, що в гіпноаналізі пацієнт майже завжди більше позитивно відноситься до терапевтичних прийомів чим таке буває в психоаналізі.

Трансференсія це явище яке появляється в процесі психоаналізі, тобто тоді коли пацієнт невластиво та нереально поводитьсь, отже коли він має сильні позитивні або негативні емоції до терапевта, подібно як він мав їх в дитячій віці по відношенню до своїх батьків.

Подібне відношення до терапевта появляється в пацієнта і в гіпноаналізі, але воно є характерне далеко більшою інтенсивністю. Його можна поділити на три категорії:(а) на невротичне, (б) на самоспрямоване та (в) на психотичне.

Невротичну трансференсію, згідно з її походженням можна б поділити на; (а) інфантильну,(б) едипальну та (в) на міжсімейну.

Пацієнт, а особливо в ранній стадії гіпноаналізі, приходить з метою щоб лікар зняв з нього всі недостачі та всі клопоти в той час коли він буде в трансі; він має терапевта за всесильного та часто фантазує, що він є заколисаний терапевтом та доглянутий як мала дитина; стать йому тут не стоїть на перешкоді тоді коли він потребує матері, навіть у випадку коли терапевт є мужчина.

Едипальний комплекс, в гіпнотерапії, носить особливо різкий характер і пацієнти доходять до скрайностей щоб помститися на гіпноаналістові за несповнення їхніх бажань.

Хоч і рідше, але бувають випадки, що пацієнт в гіпнотерапії приймає терапевта за свою сестру або брата, і тоді відбуваються змагання за першенство та за привілеї.

Терапевт, в тому випадку, повинен активно грати свою *властиву* роллю і в відповідний час привести пацієнта до реальності.

Відкриття генези патологічної поведінки пацієнта, в гіпнотерапії, не є самоціллю, а метою терапії-це привести пацієнта до такого стану щоб він міг реально орієнтуватися в своєму оточенні, щоб він вповні використовував свій та свого оточення потенціал й щоб згідно зі своїми та з універсальними вартостями, досягав належних йому успіхів, і щоб він відчував винагороду за свої зусилля й успіхи.

Віднайдення генези захворювання та самозрозуміння або самовгляд, це тільки поріг через який ще треба переступити, але для пацієнта остається велике та не легке завдання над яким потрібно працювати на протязі цілого життя.

Гіпноаналіза має практичні прийоми та методи які вживаються в тому напрямі, і одним з таких являється техніка уяви та фантазії, при допомозі якої пацієнт може символічно переходити процес росту від недуги до здоров'я.

Фантазуючи, в гіпнотичнім трансі, пацієнт може змагатися та може щасливо "перейти бистру та сильну струю" ріки, що недвозначно для нього буде представляти особливий успіх та, що збудить в нього охоту практично та реально й життєво рішитися на прийняття якогось важного для нього плану та дії в тому напрямі. Подібних фантазій можна б навести десятки, але такі фантазії та й інші методи все треба вибирати так, щоб вони мали для пацієнта належне символічне значення та щоб були згідні в основному з принципами його поведінки.

Вживання фантазій та уяви, є прекрасним способом при випробовуванні реальності та при тренуванні спосібностей пацієнта; тут пацієнт може себе проєктувати в майбутність, він може знайтися у незнаному йому досі "терені" який буде його відстрашувати та відбирати в нього охоту там знаходитися, але належні вказівки та сугестії гіпнотерапевта, познайомлять пацієнта з новими ситуаціями і дадуть йому самовпевненість та охоту до досягтів.

Такі тренування, при допомозі уяв та фантазій, бувають особливо успішні для пацієнтів які страждають різного сорту фобіями та яким бракує асертивности чи самовпевнення.

Знову інша піддержувальна техніка в гіпнотерапії це техніка "само ідеальності"; пацієнт, який є дуже свідомий різниці в собі між самореальним та самоідеальним та який боїться робити кроки в напрямі самоідеальності, бо він уважає, що такі досягнення переходять його спосібності чи компетенції, в трансі може фантазувати, що його найближчий друг який на його думку посідав ще менші спосібності чогось досягнути, що він назвав би ідеальним, все таки

досягнув того ідеального, і це звичайно додає пацієнтові охоти та сили щоб йти в напрямі до самоідеального.

Мірс (1972) підкреслює, що прийоми доступні в гіпноаналізі уможливають уникнення резистенції в процесі гіпноаналізи, як і рівно ж дають можливість підкорити репресивний механізм, який являється недоступним психоаналістови на свідомому рівні, і коли то процес свobodної асоціації, може безуспішно тягнутися в безконечність.

Він (ст. 374) наголошує, що принцип на якому базується успішність гіпноаналізи, тобто який уможливлює успішне поборювання резистенції та відкриття репресованого матеріалу, є однорідний з його *атавістичною теорією*, яка говорить, що гіпноза це процес повороту людини до первинного та до примітивного способу існування.

Тут же він звертає увагу, що матеріал досягнутий при допомозі гіпноаналізи не все буває тотожний з фактичним переживанням пацієнта, а навпаки що частіше він являється продуктом фантазії пацієнта, що в жодному випадку не применшує його терапевтичної вартості але, що може нанести чимало неприємностей та шкоди, коли такою методою досягнутий матеріал, членами сім'ї, правними чи кримінальними чинниками буде трактований як матеріал *фактичний*.

Мої побоювання про те, що гіпноза може бути зловживаною правовими та кримінальними чинниками, знайшли своє прагматичне оправдання тоді коли процеси базовані на “відкритті забутого матеріалу” при допомозі гіпнози, були вжиті в Західній Австралії та в інших частинах світу. На превеликий жаль ще і до сьогодні ведуться гарячі дискусії над питанням чи матеріал досягнутий при допомозі гіпнози є фактичний чи ні та чи відомості досягненні при допомозі гіпнотичного трансу можуть служити як факти перед судовими чинниками.

Мірс говорить, що ціллю ранньої стадії гіпноаналізи-це заохотити пацієнта щоб він говорив і, що такі розмови можуть починатися навіть в дуже легкім трансі, а вже особливо тоді, коли терапевт як слід використовує диссоціативний процес словами такими як “ваш голос говорить...та ваші очі закриті”. Буває також загроза, що пацієнт при вербалізуванні своїх почувань може пробудитися, будучи в легкому трансі, і щоб запобігти таким випадкам Мірс рекомендує ведення розмов на нейтральні теми, але щойно після того, як терапевт впевниться в тому, що пацієнт спонтанно не пробудиться, то він зможе вводити розмови на теми пов'язані з психопатологією.

В глибокому трансі, пацієнти можуть починати говорити також спонтанно і такі розмови віддзеркалюють психічний стан, мислі та переживання пацієнта. Пригнічуючим для лікаря часом буває те, що такі говоріння пацієнта неможливо зрозуміти, бо вони мають форму вимовлення деяких літер, стогону, муркотіння і тим подібне; лікар в такому випадку повинен спокійно вислуховувати пацієнта без того щоб його заохочувати говорити ясніше або щоб його допитувати .

Коли ж пацієнт в глибокому трансі не говорить спонтанно, тоді можна його спонукувати щоб він говорив, але не прямим питанням яке має певне відношення до травми чи до конфлікту пацієнта, але якимось сигналом або стогоном чи вимовою слова, яке мало б відношення до центральної теми.

Він теж вказує на факт, що пацієнт в гіпнозі, не буває цілковито безборонним та, що він не є автоматом чи інструментом в руках терапевта і тому в нього завжди функціонує самооборонний механізм. І коли пацієнт відчуває, що він є зближений до болючого йому в його житті фрагменту, то щоб не допустити до більшого самопошкодження, він дуже часто спонтанно йде в дуже глибокий транс, з якого виходить з амнезією, або також він розвиває псевдо-гістеричний випадок з неспосібністю моторної координації, при чому він втрачає спосібність комунікації з терапевтом.

Свої секрети пацієнт держить заглиблені в своїй голові, а радше в “серці”, і такі секрети стаються постійним джерелом його неспокою, і тому він бажає їх позбутися, але й рівночасно він боїться щоб такий розвиток не був для нього надто травматичним; тому отже він вживає репресивних метод з ціллю самооборони. Але такі самооборонні маневри пацієнта можуть бути прикрасно придушені при допомозі гіпнози, що нерідко приводить до спонтанної абреакції.

Пацієнт завжди боїться зблизитися до матеріалу який вказував би йому на його неморальні чи на неетичні вчинки.

Найкращим способом для уможливлення вентиляції почувань пацієнта це застосування процесу диссоціації словами такими як наприклад “... ваше тіло працює автоматично... так само всі ваші органи включно з вашою рукою, яка автоматично писатиме...та голосом який говорить і т. п.”, бо такі міри відбирають в пацієнта відповідальність, яку він чує за зламання морального або етичного принципу.

Очевидна річ, що коли пацієнт визнає конфлікт який в нього був репресований та коли його особистість буде настільки сильною, що він зможе свої травматичні переживання інкорпорувати в матрицю власного “я”, тоді терапевт може, у належній формі, подати таке до відома пацієнта.

Іншою методою самооборони пацієнта, а вже особливо тоді коли він є гіпнотизований методою прогресивної релаксації-це втеча в спонтанне спання. В такому випадку треба пацієнта побудити та гіпнотизувати його знову але тоді при допомозі левітації руки, або при допомозі інших активізуючих метод, а рівночасно йому треба підкреслювати, що він не спить, що його очі відкриті та, що його рука автоматично пише і т. п. В таких випадках найкращою методою гіпноаналізи-це автоматичне рисуння, або писання, як рівнож моделювання з глиною або з пластициною.

В гіпнотерапії можна також і то дуже успішно використовувати дуже легкий знаний як “гіпнойдаль” транс; пацієнтові треба об’яснити, що лікар свідомий того, що пацієнт не є в глибокому трансі, але помимо того, він є спосібний говорити та думати за себе. Для такого гіпнотерапевтичного процесу необхідністю є інтелігентність пацієнта та його спосібність розуміти

психодинамічний процес, як рівнож і сильна мотивація щоб він міг свідомо кооперувати з терапевтом в процесі свobodної асоціації та в збереженні відповідного рівня глибини трансу. Найчастішою небезпекою при вживанні такої методи це поява надто великої тривоги та можливість пробудження пацієнта.

Гіпнологи визнають майже універсально, що регресія відіграє велику роль в гіпнотерапевтичному процесі, мабуть і тому Айнзлі Мірс присвячує процесові регресії особливу увагу.

Він поділяє регресію на *атавістичну*, яку він окреслює як "...суттєво біологічний поворот до примітивного способу ментального функціонування", а далі, що "Атавістична регресія є необхідно присутньою в гіпнозі тому, що вона являється суттєвою частиною гіпнотичного стану" (Мірс, ст. 387.).

Регресію в віці, він описує як процес, в якому пацієнт стається повернений до якогось ранішого періоду в його житті в якому він пам'ятає все, що тоді ставалося та він може все яскраво описати, але найважливіше це те, що пацієнт не тільки описує дані події але те, що він їх переживає з такими сильними емоціями як в нього були підчас оригінальних переживань; в такій формі регресії пацієнт повертається до дитинства, але він це робить з *присутністю теперішнього розуму*.

Така регресія являється прекрасною технікою, при допомозі якої можна відшукувати та злагіднювати вплив на пацієнта минулих травматичних переживань та інтегрувати їх в матрицю особистості пацієнта, і такий процес дуже часто стається без свідомого відома пацієнта.

Ревіфікація відрізняється від попередньої регресії тим, що в ній пацієнт не тільки повертається до попередньої стадії життя, але він її переживає, він бачить все, не як доросла людина, але як дитина відповідного віку, він сприймає все з такими самими емоціями або навіть з сильнішими як він це сприймав будучи дитиною в тому віці, він також демонструє мову та поведінку дитини. Зрозуміло, що ревіфікація має дуже важливу роль в психотерапевтичному процесі.

Бегавіоральна регресія характерна тим, що в ній стається поворот до якогось процесу поведінки пацієнта, а не поворот до ранішого віку і такий пацієнт може вести себе так як він вів себе раніше, тобто "по дитячому", але він не є спосібний щоб привести до пам'яті призабуті чи репресовані переживання. Така поведінка є характерна шизоїдним пацієнтам.

Регресія внаслідок співвідношення з терапевтом може прийти спонтанно і вона проявляється в поведінці пацієнта як ізольований акт якогось переживання в дитинстві, що запримітив Ференчі, і тому він вважав, що гіпнотичне співвідношення це відношення дитини до батьків.

В такому стані немає регресії у віці та пов'язаної з тим пам'яті.

Методи індукції регресії

Спонтанна регресія може статися тому, що вже сама гіпнотична процедура буває спосібна приглушити репресію, і в такому випадку травматичні переживання, а вже особливо такі які сталися в дитинстві та у висліді яких пацієнт захворів й приходить о поміч до терапевта, виходять на поверхню і можуть прийти дуже нагло та несподівано і з великою емоційною напругою. Приклад спонтанної регресії Мірс подає на ст. 389 згаданої праці.

Один із моїх особистих прикладів про спонтанну абреакцію є згаданий тут раніше, на ст. 197.

Класичну методу індукції регресії Мірса, тут передаю в скороченні. Він по перше впевняє пацієнта в його теперішньому віці, а далі говорить, що все чого пацієнт очікує прийде йому легко свobodно, а відтак "...ваше тіло функціонує автоматично...коли я числитиму до п'яти то ви будете повертатися до вашого двадцятого року життя". Лікар числить до п'яти, помалу та очікує поки пацієнт не зголосить, що він тепер є двадцять-літній.

Щоб така регресія була більш реальною, то лікар говорить з пацієнтом про певні епізоди з його переживань як двадцятилітнього, а коли показується, що така регресія не є ще досконалою, тоді лікар більш докладно повторює процес регресії і то навіть, як цього потрібно, декілька разів.

При зближенні в досягах бажаного віку, процедура регресії повинна бути дуже повільна та обережна і в жодному випадку не вільно приспішувати пацієнта в такому процесі.

Належить також не забувати, що сам процес індукції регресії віку ще не є ревіфікацією, і тому часто, ще поки лікар зможе ініціювати процес ревіфікації, то необхідним створити належну для того емоційну почву.

Психодинамічна метода індукції регресії, базується на припущенні, що у висліді атавістичної регресії та емоційного пробудження, пацієнт вже є готовий до переживання якогось травматичного інциденту в дитинстві. Терапевтові тоді лишається тільки включити пацієнта в якийсь зв'язок з певним інцидентом в дитинстві, про який він, очевидна річ, знає з попередньо досягнутих від пацієнта інформацій.

Пацієнт тоді відразу включається в травматичний інцидент і не має особливої нагоди щоб емоційно ізолюватися та не має можливості відкинути сугестію терапевта, бо така сугестія не була прямою, а сталася тільки у висліді відповідного натяку.

Вживання процесу регресії в гіпноаналізі

Процес обмірковування або вентиляції репресованого матеріалу, являється головною метою вживання регресії в гіпнотерапії, і такий процес являється дуже успішною метою, бо конфлікти, яких звичайно не можна було б викрити при

помочі психоаналізи або при помочі інших психотерапевтичних метод на свідомому рівні, прикрасно відкриваються при помочі регресії.

Треба однак пам'ятати, що крім належного глибокого трансу, необхідною також відповідна глибока регресія, яка часом рівночасно причиниться до поглиблення трансу та до скріплення "репо" між пацієнтом та терапевтом.

Абреакція в гіпнозі

Абреакція-це безконтрольний емоційний вислів, який появляється при процесі регресії та який завжди присутній при ревіфікації і вона ціниться певними кругами гіпнотерапевтів та психологів, як дуже важливий чинник в терапевтичному процесі. Така метода, на жаль є також і понижувана деякими кругами, а особливо такими які є вірні ортодоксальній психоаналізі та певними колами які бувають під впливом англо-саксонської поведінки, згідно з якою людські емоції все повинні бути під належною контролею.

Досвідчений гіпноаналіст пізнає коли пацієнт зближується до абреакції по запримченій зміні у виразі його обличчя та наглім поглибленню трансу. Пацієнт часто стається нахмуреним, агресивним зі сціпленими устами та почервонілим обличчям; вираз та рухи його тіла міняються, і його увага буває стисло на чомусь зосереджена.

Якщо пацієнт щось говорить то в його мові відчувається глибший емоційний ступінь, а опісля появляється безконтрольна поведінка з сильними почуваннями злості, гніву, любови, ненависті та муки і таку емоційну інтенсивність можна, хоч дуже рідко, побачити в реальному житті та вона може бути дуже тривожною для недосвідченого гіпноаналіста, бо пацієнт в злості не скриває та не контролює агресії а демонструє її фізично, і з такою же силою він висловлює і жаль та інші емоційні болі; в нього немає найменшої спроби щоб себе контролювати.

Виймово можна стрінуги людину в процесі абреакції, яка притуплює емоції та не допускає їх до спонтанного вибуху, але таке стається дуже рідко.

Помимо того, що метою процесу абреакції-це дістатися до генези недуги пацієнта, отже якнайбільше дізнатися про те на кого та чому в яких умовах, коли та де є скеровані такі сильні емоції, що було причиною тої події, та яка роля в тому була пацієнта, то в абреактивному процесі не рекомендується пацієнта нічого питати, як теж не вільно до нього говорити.

Спонтанна абреакція, треба пам'ятати, може на жаль, також появитися в гіпнотичному трансі який був вжитий з ціллю переведення дентистичних процедур, хірургічних операцій, сугестивної або і іншої терапії, але вона найчастіше таки появляється лише при гіпноаналізі.

Мірс пояснює, що спонтанна абреакція появляється тому, що в гіпнозі є далеко менша контроля над емоціями чим вона, звичайно, буває в стані повної свідомості, що і підтверджує його атавістичну теорію про гіпнозу, згідно з якою, гіпноза являється первинною модою поведінки, а емоційна самоконтроля

появилася лише на шляху удосконалення людської поведінки тобто вже досить недавно.

Механізм який ініціює спонтанну абреакцію стається внаслідок появи думки про щось, що є сильно емоційно заряджене та, що може бути викликано при допомозі споріднення чогось в часі, в просторі або в зразку.

Якщо терапевт сподіється досягнути бажаних вислідів у процесі абреакції, тоді він її викликає; але тут завжди треба звертати увагу на глибину трансу, старатися щоб він був якнайглибший та щоб пацієнт мав якнайменше контролю над своїми емоціями.

Слідуюче завдання терапевта-це спонукати пацієнта думати про щось, що має сильний емоційний вплив на нього; тому терапевт мусить про те говорити з пацієнтом, а при тому віддзеркалювати належні емоційні переживання і тим самим побуджувати в нього відповідні емоційні реакції.

Раз відповідні реакції почнуться, тоді їх треба піддержувати аж поки вони не досягнуть належної інтенсивності, бо тоді пацієнт буде їх продовжувати сам, а терапевт прийме тоді пасивну позицію.

Абреакція має також властивості анулювати оборонний механізм пацієнта, і тим самим, дочасно переорганізувати функцію мислення пацієнта так, що в нього появляється відсутність спосібностей логічного мислення.

Вартість процесу такої абреакції, в гіпноаналізі полягає в тому, що пацієнт під сильним емоційним тиском, вискаже щось, що не буває доступне в психотерапії на свідомому рівні та, що потрібно буде вжити дальше в психотерапевтичному процесі.

Це звичайно відноситься до репресованого матеріалу з минувшини пацієнта, але воно може відноситися також і до теперішніх конфліктів та травм і тут процес абреакції проходить без регресії віку.

Процес абреакції дуже часто служить також як терапевтичний катарсис та він дає тривалі позитивні наслідки, а вже особливо при відсутності біжучих емоційних конфліктів.

Вживання та терапевтичне контролювання процесу абреакції являється мабуть найбільш технічно складним процесом, бо тут терапевт мусить вміти ініціювати, мусить відповідно контролювати хід та належно закінчити процес абреакції.

При ініціюванні абреакції велику ролю відіграє спосібність терапевта проявити відповідні емоції та пристосовувати і моделювати їх так, щоб вони належно сприяли розвиткові абреакції.

Злість пацієнта підчас абреакції провакованого процесом абреакції вимагає особливої уваги терапевта і тут Мірс сугерує щоб терапевт не надто ангажувався в співучасті де проявляється злість та агресивність, бо у випадку негативної трансференсії, терапевт може знайтися об'єктом безконтрольного агресивного пацієнта, і тоді він може втратити гіпнотичний репо з пацієнтом, а вже в гіршому випадку, терапевт може бути і фізично поранений.

У випадку злості та агресивності в абреакції, терапевт мусить віднайти дорогу при допомозі якої він довів би до відома пацієнта, що він є беззастережний його приятель та помічник, а при тому терапевт повинен вистерігатися фізичного дотику пацієнта.

Коли пацієнт переживає страждання, тоді позивна співучасть терапевта є дуже бажана і відповідними тут являються вислови йому співчуття при допомозі фізичної ласки чи навіть обіймів.

Коли підсилення емоцій пацієнта стається при допомозі підвищення відповідних емоцій в терапевта, то відповідне пониження емоцій в терапевта не спричинює пониження інтенсивності абреакції в пацієнта і така абреакція могла б продовжуватися довгий час.

Щоб пригасити процес абреакції, то терапевт мусить відповідно сугерувати спокій та релаксацію.

Бувають також випадки, що терапевт може згубити репо з пацієнтом, а особливо тоді коли він в невідповідний момент почне успокоювати пацієнта, а тому і рекомендується щоб терапевт брав активну участь в переживаннях пацієнта ще поки він почне сугерувати пригашення абреакції та щоб впевнився в тому, що він має з пацієнтом відповідний репо.

В деяких ситуаціях необхідним стає продовжування процесу абреакції, а щойно коли терапевт впевниться, що він має належний контакт з пацієнтом, тоді він може дати сугестію, що пацієнт буде відпочивати та буде спати.

Крім вище згаданих метод, можна також поступово вводити периферійні до абреакції елементи, які мотивували б більш спокійну та раціональну поведінку.

У висліді абреакції в пацієнта нерідко міняється глибина транс, але переважно транс поглиблюється, що спонтанно та несвідомо робиться пацієнтом з ціллю щоб пацієнт не був пошкодований наглим виявленням травми, але буває і противно коли пацієнт не тільки що полегшує глибину транс, але він може і цілковито вийти з транс та знайтися в сильній тривозі та збентеженим.

Запобігти небажаному пульсуванню транс, або і можливості виходу пацієнта з транс, терапевт зможе тільки при допомозі емоційної співучасті в процесі абреакції та відповідному позитивному репо з пацієнтом.

На початку абреакції, звичайно, репо з терапевтом буває прекрасний, але коли під час абреакції терапевт буде присвячувати багато уваги змістові абреакції, яку звичайно неясно передає пацієнт, а менше буде емоційно пов'язаний з пацієнтом, то у висліді такої поведінки терапевта, репо буде послаблюватися і може статися цілковито відсутнім, стан до якого терапевт не повинен допустити.

Репо з терапевтом ще більше скріпиться при успішному закінченні процесу абреакції.

Техніка гіпноаналізи

Мірс (1972, ст. 400) наводить слідуючі способи вживані ним в гіпноаналізі.

Сни, він вважає це найкраща та найлегша метода вживана в гіпноаналізі. Пацієнти які говорять, що вони не мають снів або, що вони їх не пам'ятають, часто роблять це тільки під впливом резистенції, тобто під впливом несвідомого самооборонного механізму.

До сугестії снів, як і до інших гіпнотичних та постгіпнотичних сугестій, Мірс рекомендує ліберальний (неавторитарний) підхід, а робить він це тому, щоб не викликувати тривоги яка звичайно появляється у висліді, коли пацієнт не виконує постгіпнотичної сугестії; тому він замість сугерувати, що "...ви будете мати сон, який запам'ятаєте" він сугерує "...ви *можете* мати сон...".

Пацієнтові можна сугерувати, що він матиме сон в природному спанні, який він запам'ятає та який зголосить підчас слідуючої візити, як також, взявши під увагу стабільність особистості пацієнта, можна йому сугерувати, що він матиме сон який буде мати символічне або навіть і пряме відношення до генези його недуги.

Другий спосіб підходу до снів, це-викликування снів таки в гіпнотичному трансі, коли сугерується пацієнтові, що він на відповідний сигнал, буде мати сон з певним відношенням до стану його здоров'я та, що він такий сон буде переповідати терапевтові.

Тут, маючи репо з пацієнтом, можна підходити до сугерування снів та до їх аналізу більш інтенсивно чим при сугеруванні снів в природньому спанні, у відсутності терапевта.

Сугерування снів являється дуже вигідною технікою, а вже особливо тоді, коли, з певних причин, не можливо щоб вживати процесу регресії чи абреакції.

Сугеровані галюцинації

Крім галюцинацій, при помочі яких можна досягнути певних успіхів в гіпносугестивній терапії, коли пацієнт бачить успіхи в досягненні чогось, що він вважав за недосяжне для себе і де галюцинації є чітко структуровані з ціллю та

з умовами відносними індивідуального пацієнта, галюцинації можна також вживати і в процесі гіпноаналізи.

Різниця галюцинацій в гіпносугестивній а гіпноаналітичній є та, що в гіпноаналітичній ситуації терапевт не сугерує ані змісту ані форми галюцинацій, а зміст галюцинацій постає в психіці пацієнта як вислід його бажання розв'язати, зрозуміти та позбутися болючих для нього психічних конфліктів.

При допомозі галюцинацій в гіпноаналітичних процедурах пацієнт може привести до свідомості активний психологічний конфлікт, який до того часу нуртував в його несвідомім.

Для того Мірс вживає декілька особливих метод, і перша з них є знана як *техніка екрану*; пацієнт тут в трансі одержує інструкції, що він приходить до кіна, а далі, щоб побудити в нього галюцинації, йому сугерується опис театру, людей, меблів і т. п., і під кінець йому вказується, що він бачить порожній екран, і оскільки пацієнт зголосить, що він насправду бачить чистий екран, щойно тоді йому сугерується, що кіно вже починається і, що на екрані появляються люди яких він прикрасно знає та які для нього важні.

Тут пацієнт звичайно галюцинує про щось, що є важливе в його житті та евентуально доходить до травматичних або конфліктних інцидентів, які бувають пов'язані з генезою його недуги.

Коли пацієнт вже є в належно глибокому трансі та проявляє готовість до галюцинацій, тоді рекомендується не структурувати його галюцинації, а оставити їх спонтанності пацієнта, бо тоді вони будуть дійсні та без затінювання і без спотворювання міркуваннями, переживаннями й впливами терапевта, а будуть віддзеркалювати емоційний стан пацієнта так як це було в оригінальній ситуації.

Чим менше структуровані галюцинації, тим меншою буває загроза, що пацієнт вживатиме галюцинацій за самооборонний механізм, одним із яких та найбільш популярним це переживання якоїсь сцени яку пацієнт колись в дійсності бачив на екрані, і яка взагалі не пов'язана з конфліктами або травмами пацієнта.

Друга популярна метода вживана Мірсом-це *техніки дому*; пацієнтові сугерується, що він йде вулицею та, що він входить до хати, яку він добре пізнає; він відкриває вхідні двері, входить до кімнати де йому все знайоме...та, де він має спомини з дитячих літ.

Ця техніка є дуже мало структурована, і тому вона має потенціал для відкриття несвідомого і має менше можливостей бути запламленою міркуваннями терапевта.

Читання кришлалу є також корисна техніка; пацієнтові дається інструкції щоб він дивився в кристал, в якому він знайде відповідь на його проблему. Пацієнт звичайно бачить там щось та переповідає терапевтові зміст його галюцинацій, які звичайно мають пряме відношення до здоров'я пацієнта та з огляду на чистоту кристалу бувають дуже рідко пересякнуті матеріалом сугерганим умовинами.

Незручність такої методи походить лише від сценічного та нечесного шарлатанства, і тому, якщо можна без неї обійтися то кращим є щоб такої методи уникати.

Неструктуровані галюцинації можна проводити з сомнабулістами, даючи їм прямі інструкції, що вони автоматично будуть мати вгляд в причини та обставини в яких виникали їхні недуги та, що вони про все те розкажуть терапевтові.

Метода *автоматичного писання* буває часто вживана при відшукуванні причини захворювання; пацієнта гіпнотизується при допомозі левітації руки та вдержується в нього мобільність та активність руки, а рівночасно йому сугерується диссоціація, яка відбирає в нього відповідальність за його вчинки.

Спочатку пацієнта треба вчити техніки автоматичного писання, вживаючи при тому попередньо знаного терапевтові емоційнонеутрального матеріалу, але впевнившись, що пацієнт вже належно володіє технікою писання, йому можна навіть прямо поставити завдання щоб його рука написала причину його захворювання.

Техніка автоматичного писання буває дуже пожиточна, а вже особливо тоді, коли причину недуги можна висловити якнайкоротше, або навіть і одним словом. Пацієнта при тому не вільно зобов'язувати щоб він подавав прізвища, або щоб він ідентифікував особи, а вже особливо тоді коли йдеться про інцестні сексуальні зносини, або про активність педерастів.

Гіпнографія має ще ширші застосування в гіпно-аналізі.

Принцип який вживається в терапії на свідомому рівні при допомозі *психодрами*, дає ще багато кращі висліди в експериментальному конфлікті в гіпнотичному трансі.

Пацієнта тут ставиться в уявній ролі в експериментальному конфлікті, який повинен бути подібним до його реального конфлікту, але якого він не визнає, або якого він не може належно зрозуміти.

Граючи роллю подібну до його реальної поведінки, в експериментальному конфлікті, він звичайно, буде себе вести подібно так, як він себе вів у реальному житті, тобто як невротик. Йому сугерується, що він докладно запам'ятає той експериментальний конфлікт в трансі та, що він буде його чесно та відкрито аналізувати, вийшовши з трансу.

Така метода, нерідко, приводить пацієнта до належного розуміння та вгляду в його невластиву поведінку в реальному житті, а вже особливо в конфлікті якого він не розумів та який він держав в своєму несвідомому.

Експериментальний конфлікт в гіпнозі, динамічно, має тенденції бути дуже потенціальною і тому повинен бути вживаний лише з необхідною для того обережністю.

Нарко-гіпноаналіза-це техніка при якій вживається комбінована нарко-аналіза з гіпноаналізою і якщо існує така необхідність, то вона буває дуже корисною

тому, що доза барбітурату в тому випадку є дуже мінімальною, а тому і пацієнт не спить, тож можна з ним спілкуватися.

Психодинамічний вплив на поведінку пацієнта, в цьому випадку, буває далеко більший чим фармакологічний, бо тут пацієнт знаходить оправдання (очевидна річ перед самим собою), що він найшовся в такій ситуації з огляду на інскіцію барбітурату, що вже була безвихідна і тому він “мусив” про все говорити.

Отже хід комунікації поліпшується далеко поза фармакологічний вплив барбітурату.

Барбітурат буває дуже придатний також для менш досвідчених гіпнотерапевтів, а вже особливо тоді, коли вони тратять рапо з пацієнтом, або коли вони відчувають безпомічність при безконтрольній абреакції пацієнта; в таких випадках дуже маленька додаткова доза барбітурату може успокоїти пацієнта та повернути рапо.

Гіпнографія-це техніка в гіпноаналізі, коли гіпнотизований пацієнт виявляє свій психічний конфлікт при допоміж рисунка або малювання.

Щоб почати гіпнографічний процес, необхідним є витренувати пацієнта до того ступеня, щоб він оставався в глибокім трансі з відкритими очима та щоб його домінантна рука була “в автоматичному русі”; отож потрібно також сугерувати диссоціацію руки яка має виконувати рисунка.

Мірс (ст. 405) також сугерує відповідне тренування пацієнта в рисунку на психічно неутральних для нього об'єктах та радить пацієнтові не говорити нічого про процес рисунка аж до часу коли він фактично приступить до самого процесу, бо в іншому випадку пацієнт може несвідомо, вживаючи самооборонний механізм, приготувати собі теми до рисунка, які не матимуть нічого спільного з його психічним конфліктом, або з його травмою.

Він також радить, щоб для малювання вживати тільки одну краску, бо многокольорова праця в гіпнотерапії буває надто складною та вона, на його думку, психодинамічно себе не оправдує.

При тому все треба надіятись, відмічає Мірс, що пацієнт не перестане рисувати, коли йому забракне місця на папері, або коли пензель буде без краски та сухий, але він буде й дальше рисувати по столові на якому вже не має паперу, тож треба хоронити і застелити папером цілий стіл.

Технічно, рисунка в гіпноаналітичному процесі рідко буває на високому “мистецькому рівні”, бо пацієнт відрухово креслить щось, часом дуже скоро, деколи буває пауза та застанова; пацієнт навіть рисує щось повторно по вже рисованім об'єкті, і на його обличчі можна побачити хвилювання, а часом і цілу гаму емоцій. Треба все пам'ятати, що пацієнт не рисує “якусь людину, хату чи дерево”, але він рисує *знаний та важливий йому об'єкт* і він відтворює щось йому важне, так як воно врізалось в його пам'ять в час якоїсь травми чи якогось конфлікту.

Малювання та рисунка буває ще більш недосконале тоді, коли якась травма або конфлікт походить з раннього дитинства пацієнта, бо тоді такий рисунок має

дуже недосконалий вигляд людини, але завжди можна розрізнити чи це картина чоловіка чи жінки.

Люди малювані пацієнтом які відображають його переживання в дитинстві часто бувають неодягнуті, і в чоловіків бувають побільшені геніталії, а в жінок побільшені груди.

Під час малювання чи малювання пацієнт говорить, або щось “муркоче”, наче б він описував те, що він малює, а в іншому разі пацієнта треба заохочувати щоб він розказував або описував що він малює; підкреслюючи йому, що його тіло функціонує автоматично, що його рука малює автоматично та, що його уста автоматично оповідають.

Для ще кращого поглиблення диссоціації в пацієнта, то можна підкреслювати йому, що все те що діється то воно стається в сні. При допомозі такої техніки та процесу диссоціації терапевт має можливість щоб досягнути дуже добру картину даного конфлікту чи даної травми.

Коли закінчиться сесія малювання, тоді намалюваний матеріал та фарбу і пензель терапевт забирає, а пацієнт відпочиває в глибокому трансі, з якого пробуджується при повній амнезії до травматичного матеріалу, який в іншому разі міг би побудити небажану тривогу.

Особлива важливість вживання гіпнографії походить від того, що гіпнозовану людину буває дуже важко заставити говорити, бо вона тоді свідомо факту, що вона щось сказала, що її зобов'язує та що являється ясним та недвозначним; в гіпнографії така відповідальність за *щось висказане*, показується, не є такою небезпечною для пацієнта як щось висловлене усно, і пацієнт впевнившись, що його виявлення сприймаються терапевтом безкритично, помірковано, а навіть благородно, дуже часто починає говорити.

Процес диссоціації в пацієнта найтяжче викликати при вокальному спілкуванні, бо пацієнт може далеко легше погодитися з фактом, що його рука функціонує автоматично, чим погодитися з фактом, що він неналежно володіє якимись іншими частинами тіла, включно з органами відчуття, але він ніяк не може погодитися з тим, що він нелогічно висловлюється, бо це свідчило б про його нелогічність та про присутність ментальної недуги, чого пацієнт найбільше боїться.

Тому говоріння пацієнта в трансі можливе лише тоді, коли йому сугерується, що він говорить будучи під впливом сну та коли він є в сомнамбулістичному стані.

Повище сказане не повинно робити враження, що самооборонний процес пацієнта при гіпнографії цілковито відсутній, бо він таки існує і тому треба звертати належну увагу на його маніфестації і приймати відповідні міри з ціллю прогресу терапії.

Пацієнт не бажає виносити на поверхню свої найглибші внутрішні почування і тому при процесі гіпнографії він дуже часто держить пензель дуже незручно, даючи при тому зрозуміти, що він тим пензлем не може належно володіти і демонструє гістеричну поведінку; дуже часто пацієнт оминає вираження

центральної теми в рисуванні тим, що він додає щось до рисунка, що цілковито змінює його значення, або не дорисовує чогось, що є суттєве.

Буває також, що пацієнт взагалі відмовляється від малювання, або намалювавши щось, він відмовляється коментувати або пояснювати намальоване.

Атавістичний характер поведінки пацієнта в гіпнографії проявляється дуже яскраво, підкреслює Мірс (ст. 409).

Основна практична вартість гіпнографії в гіпноаналізі це та, що пацієнт не знаходить можливостей щоб заперечувати виявлене через присутність амнезії, бо рисунок являється постійним свідомством про висказане, а не перехідним, як це може бути при усній ревелюції.

Присутність нарисованого також і конфронтує пацієнта кожноразом й тому пацієнт може виробити в собі толерантність до даного конфлікту, як це між іншим досягається і при повторних усних висловлюваннях або процесах дисентисезації в бегавйор терапії.

Графічний вираз конфлікту може викликати сильне емоційне потрясіння в пацієнта та не аби-яку тривогу; графічний вияв також викликає далеко сильнішу емоційну співучасть і тому він спосібний для того щоб спонтанно викликувати регресію та абреакцію, тому графіки в гіпноаналізі вживається лише тоді, коли менш складні процеси не дають належного успіху, або коли пацієнт не може пристосуватися життєво до існуючої в теперішньому конфліктної ситуації.

Гіпноплястика являється процесом схожим до гіпнографії, а різниця буває тільки в тому, що замість приладдя до рисування, пацієнт користується плястициною або глиною.

Для переведення такої процедури пацієнта глибоко гіпнотизується та приводиться до стола на якому є плястицина; йому в першу чергу сугерується автоматичний рух пальців та рук, а відтак дається інструкції, що перед ним є плястицина для моделювання при допомозі чого можна виразити те, що знаходиться в мислях пацієнта та в його несвідомім. Коли пацієнт не скоро візьметься до моделювання то терапевт терпеливо повинен спостерігати емоційні зміни, які можливо проходять в пацієнта і якщо емоційний стан пацієнта не віщує небезпеки, то терапевт тактовно заохочує пацієнта щоб той взяв плястицину в руки та пробував моделювання. Досвід вказує що сам дотик рук пацієнта плястицини ініціює процес моделювання, який буває дуже емоційний.

Все, що пацієнт змоделює, від нього відразу треба забирати та ставити так, щоб він його лише бачив, але щоб не міг його досягнути та перемодельовувати.

Об'єкти ним змодельовані бувають для спостерігача часто безсміслі, але пізніше показується, що вони не тільки щось конкретне відображають але, що вони мають і належне відношення до якогось конфлікту або до якоїсь травми.

Подібно як і в гіпнографії, пацієнт заохочуваний щоб він описував свої моделі.

В гіпноплястиці пацієнт проєктує себе, а також і долю та позицію інших співучасників конфлікту, і тому то він схильний перемодельовувати свої твори

радше чим лишати їх оформленими, а це мабуть тому, що він буває вглиблений в якусь подію, а не статичну картину.

Дуже часто пацієнт галюцинує якісь важливі події в докладних деталях та зі сильними емоційними збудженнями; такий процес дає всі можливості для символізації поведінки, яка буває інтенсивно емоційна.

Помимо того, що гіпноплектична процедура буває дещо більш комплікована чим інші методи гіпноаналізу то вона буває корисною тому, що при її допомозі можна оминати самооборонний механізм, який не настільки удосконалений як він буває удосконалений в словесній гіпноаналізі, бо мова вживається кожноднемно. Тому, що кожна людина далеко частіше користується графікою більш досконало чим вона володіє моделюванням плекстеліною тому гіпнографія є більш структурована чим гіпноплектика. Плектичне моделювання уважається ще більш примітивною діяльністю і тому воно автоматично поглиблює транс та уможлиблює регресію в віці та атавістичну регресію.

В гіпноплектиці часом буває, що пацієнт дуже нагло досягає вгляд в свою конфліктну ситуацію, а у вербальній гіпноаналізі, такий вгляд приходить поволі крок за кроком і тому пацієнт не дістає таких наглих потрясінь, як вони могли б прийти в тракті гіпноплектики.

Охороною психічного стану пацієнта перед сильним потрясінням завжди буває глибина трансу та спонтанна амнезія яка здержує вплив повного імпаку на пацієнта аж до часу поки він не буде емоційно спосібний щоб без особливого пошкодження прийняти такий удар.

Технічно, терапевт, у випадку зближення небезпечної абреакції, заспокоює пацієнта, що звичайно зміцнює його самооборонний механізм та відганяє несвідоме дальше від приходу його до свідомості, що рівночасно відбирає в нього тривогу та дає йому тимчасовий спокій. Таке успокоювання мусить бути здійснюване дуже тактовно та поступенно, щоб не викликувати в пацієнта наглого підозріння та критичного розсудку, що в свою чергу могло б привести до пониження, або навіть і до виходу з трансу.

Щоб не допустити до передчасного виходу з трансу, то терапевт мусить зробити все, щоб поглибити транс та щоб успокоїти пацієнта, тому він сугерує йому цілковитий спокій та глибокий відпочинок; допоміжним при таких маневрах буває переведення уваги пацієнта на периферійні умови, а не на центральні його травми чи на теми конфлікту.

Коли пацієнт, після виходу з трансу, нагло досягає вгляд в його травму, на яку він сильно реагує, тобто на яку він дає сильну тривогу яка викликає в нього потіння, прискорення пульсу чи навіть втрату притомності, тоді самотнім виходом з ситуації є як найскоріше та якнайглибше перегіпнотизувати пацієнта і привернути його до емоційної стабільності.

Такий процес все буває дуже складний, бо пацієнт переживаючи тривогу має причини на упередження до гіпнози та і до лікаря.

Тому дуже важливим є щоб в такій ситуації лікар не бентежився, а вдержався при належній рівновазі та, коли цього необхідно, навіть дуже авторитарним способом загипнотизував пацієнта та привів його до емоційної рівноваги.

Тому отже, ще поки лікар приступає до складних гіпноаналітичних процедур то він вже мусить мати докладно опановані та випробувані всі методи потрібні для введення та вдержування якнайглибшого трансу.

Найбільш небезпечним та найбільш небажаним-це побудити пацієнта з трансу в той час, коли він є в стані абреакції, або в стані наглого відкриття травми.

Крім неправильної або неуспішної гіпноаналітичної процедури, у висліді якої пацієнт побудиться та страждатиме сильною тривогою, пацієнт також може знайтися з новоз'явленим неприємним симптомом, який теж буде для нього дуже тривожним, бо джерело його походження буде йому чуже. Ще гірші наслідки можна очікувати в пацієнтів які знаходяться на порозі психози, бо вони можуть, у висліді невдалих гіпноаналітичних процедур страждати делюзіями та галюціяціями, що не тільки матиме жалюгідний вплив на нього, але і на його рідню.

Тому отже, після складних гіпнотерапевтичних процедур, лікар завжди повинен провести відповідний проміжок часу в інтеракції з пацієнтом для того щоб виелемінувати можливості небажаних наслідків даних процесів, або щоб їх унешкідливити, якщо такі появилися.

Буває також, що у висліді гіпноаналітичних процедур, пацієнт входить в гіпнотичну кому або остовпіння, що на щастя появляється дуже рідко та у висліді дуже буйної абреакції.

Пацієнт тоді знаходиться в несвідомому стані та не реагує на жодні сугестії. В такому випадку терапевт має реальні та великі труднощі навіть і з виведенням пацієнта з трансу.

Важливим в такому випадку пам'ятати, що терапевт не сміє розгубитися чи попадати в паніку, але він повинен старатися досягнути та продовжувати контакт з пацієнтом; давати йому сугестії, що пацієнт відпочиватиме в трансі, який переміниться в природне спання, з якого він побудиться, почуваячись прикрасно.

Часом фантазування якими гіпноаналіст користується в дослідницьких та в терапевтичних процедурах, мають тенденції продовжуватися і поза терапевтичними межами, тож обов'язком терапевта є впевнитися та належно запобігти, щоб такого не було.

Пацієнт повинен бути привернений до повної реальності, ще поки він опустить кімнату у якій відбуваються гіпноаналітичні процедури чи дослідницькі експерименти.

В процесі психоаналізи пацієнт призвичаюється до фокусу на минуле, і коли такий процес тягнеться роками то стає ясним, що увага пацієнта зосереджується на його минулому.

В процесі гіпноаналізу буває також таке саме, але різниця в тому, що процес гіпноаналізу буває далеко коротший від психоаналітичного процесу, а крім того, гіпнотерапевт може та повинен, збуджувати заінтересування пацієнта його реальним оточенням та майбутнім.

Техніка гіпноаналізу Бровна і Фрома (1986, ст. 149-195) являється мабуть найбільш цьогочасною і тому я над нею зупинюся дещо докладніше.

Дискутуючи принципи гіпнотерапії вони звертають увагу на факт, що процес гіпнотерапії це щось нового навіть для дуже досвідченого психотерапевта і може викликати не тільки захоплення, але і тривогу, коли терапевт буде сконфронтований з деякими параметрами в клінічній ситуації.

Терапевт повинен пам'ятати, що сама гіпноза не являється клінічною процедурою але, що вона є додатком чи параметром, який може бути включений в процес психотерапії та який приносить нові сподівання, нове співвідношення з пацієнтом та новий стан свідомості, який ми називаємо трансом.

Дуже важливим є, щоб терапевт був свідомий, яким способом гіпноза змінює процес психотерапії та щоб він не забував про основні принципи психотерапії, а не лише використовував обмежені можливості відіймати симптоми, однак найважливішим це щоб він вмів в процесі гіпнотерапії, зробити відповідні клінічні рішення, такі як продовжувати щось, "...що має відношення до проблеми" або викликати сни, які "...найкраще проявили б справу".

Початковий гіпнотерапевт часто буде дуже заскочений спонтанністю з якою появляється потрібний матеріал в трансі, а особливо тоді, коли він стрінеться вперше зі спонтанною регресією, ревіфікацією та відповідною емоційною інтенсивністю. Він замість належно терапевтично використовувати матеріал, який спонтанно появляється, може старатися успокоювати почування пацієнта і тим самим гальмувати терапевтичний процес, який і є мотивуючою силою в терапевтичній зміні.

Бровн і Фром пропонують, що терапевтична сесія повинна б відкриватися відповідною фазою на свідомому рівні, відтак переходити до праці в гіпнотичному трансі та закінчуватись інтеграційними заходами на свідомому рівні.

В першій фазі, звичайно, терапевт повинен підсумувати вплив попередньої сесії на терапевтичний процес, вчислюючи туди також і поведінку пацієнта в нормальному природньому житті, вплив на нього постгіпнотичних сугестій та наскільки пацієнт асимілював попередню сесію.

В трансі, терапевт структурує сугестії та приймає відповідні міри згідні з терапевтичною ціллю, і як він вважає таке за відповідне, то він дає належні постгіпнотичні сугестії, включно з амнезією, якщо цього вимагає потреба. Терапевт повинен завжди планувати сесію так, щоб мати досить часу для інтеграції матеріялу похідного від трансу.

Якщо транс приводить до відкриття нового матеріялу, то терапевт мусить впевнитися який та наскільки, певний матеріял є пересяклий емоціями та, що із

того пацієнт може бути спосібний належно прийняти на свідомому рівні та відповідно інтегрувати в матрицю власної особистості.

Дуже часто такі виявлення в гіпнозі вимагають декілька терапевтичних сесій на свідомому рівні для того щоб пацієнт їх належно прийняв та зрозумів, і щоб він був належно приготований до відповідних змін у його природному житті.

Терапевт також мусить бути свідомий факту, що емоційне співвідношення, яке появилось в пацієнта в стані гіпнотичного трансу, не зникає відразу при виході пацієнта з гіпнози але воно продовжується в терапії на свідомому рівні.

Технічні похибки в короткотривалій гіпнотерапії

Основною похибкою початківців в гіпнотерапії це те, що вони переносять стиль терапії на свідомому рівні, до якої вони призвичаєні, в гіпнотерапевтичну ситуацію. Ситуація тоді дуже ускладнюється тому, що неофіти гіпнотерапевти не свідомі того, що властиво вони внесли в процес гіпнотерапії щось чого вони не бажали б вносити та, що у висліді могло дати небажану гіпнотерапевтичну або, ще гірше, постгіпнотерапевтичну сугестію.

Наприклад, коли терапевт забуде, що він не є в “класент-центед” терапії і вживє, в невідповідний момент, рефлексивні зауваги, то він може дуже збентежити пацієнта, коли він скаже пацієнтові що “ти себе сьогодні дуже погано відчуваєш”, бо пацієнт, будучи в трансї, прийме це за сугестію і буде себе почувати насправду погано. Тому терапевт мусить добре засвоїти певні властивості гіпнотерапії, помімо найкращого знання психотерапії.

В гіпнотерапії терапевт не сміє бути надто директивним, а вже ніколи він не сміє бути імперативним; він завжди повинен бути сенситивним, спостережливим і використовувати внутрішній потенціал пацієнта та досконало розуміти його символічні процеси.

Вживаючи процесу фантазії терапевт не повинен давати специфічних картин чи уяв пацієнтові, а повинен конструювати їх так, щоб вони були якнайбільше відкриті, і віддзеркалювали психіку та уяву пацієнта, а не терапевта.

Терапевт надто директивного напрямку, коли стрінеться з пацієнтом в гіпнозі, який не є особливо активним може для того щоб стимулювати терапевтичний прогрес, сугерувати пацієнтові щось, що внесе в процес терапії щось невластиве та чуже для пацієнта, що звичайно зруйнує терапевтичний прогрес.

Тому терапевт мусить призвичаїтися, щоб відповідно користувався внутрішніми засобами пацієнта, а не спішив вносити щось не приналежне до терапії, а краще щоб при такому застою докладніше працював з пацієнтом над матеріалом об’явленим в попередніх сесіях.

Емфатичне відношення та належне розуміння пацієнта є дуже важливим і терапевт повинен бути дуже чуйним та відповідно реагувати на почування

пацієнта, а вже ніколи не сміє думати, що пацієнт ” в трансі та не інтересується що кругом нього діється”.

Вся увага терапевта повинна бути на пацієнтові для того щоб належно збагнути ним виражені тонкощі які не все бувають дуже чіткі, а пацієнт дуже негативно реагує коли він відчуває, що він не є належно зрозумілий.

При постгіпнотичних сугестіях потрібна особлива увага щоб не викликати непорозуміння, яке через відсутність терапевта, буде неможливо вчасно коректувати, а непорозуміння можуть принести чимало клопотів та шкоди; постгіпнотичні сугестії мусять бути дуже чіткі, точні та можливі пацієнтові до виконання.

Техніка відкривання травматичного матеріалу

Гіпно-проективна техніка є корисною тому, що вона уможливує пацієнтові при допомозі уяви та фантазії, приводити в свідомість несвідомий матеріал і при її допомозі використовується також візуальна та моторна методи.

Так звана *техніка хмар*, має природню тенденцію до регресії.

В ній терапевт описує прекрасний літній сонячний день, коли пацієнт лежить на зеленій пахучій траві, а далше він запримічує велику пушисту та білу хмару, яка огортає його як перина огортала його тоді коли він був ще дитиною; а коли хмару освічують сонячні проміння тоді кольор хмари міняється та буває жовтий, зелений, рожевий бо хмари мають спосібність приймати різні кольори (пацієнт перед тим називає відповідні йому приємні кольори).

”Приємна тепла та м’яка хмара обвиває вас ніжно та підносить вгору, і разом з вами обертається та приємно плаває в повітрі; підноситься та спускається вниз... і вкортці приблизиться до місця...до особливого місця, про яке ані я ані ви нічого не знаєте, але це є для вас особливе місце, і коли ви в тому місці знайдетеся, то ваша рука піднесеться щоб дати мені знати, що ви вже знаходитесь в тому місці...про яке ваші уста мені розкажуть...що може кинути світло на вашу проблему.”

Подібно вживається техніку *пильного вгляду в дзеркало*; дзеркало повинно бути скероване так щоб на ньому не відбивалася жодна картина крім нейтрального кольору, і пацієнт дістає інструкції, що при пильному догляді він буде бачити в дзеркалі щось, що має певне пов’язання з його проблемою та, що він терапевтові опише.

Такий самий підхід та інструкції вживається при читанні *кристалу*.

Анаграмна техніка; Терапевт говорить пацієнтові, що перед ним лежить велика коробка наповнена перемішаними літерами; рука ваша сягає до неї та набирає повну пригорщу літер і кидає їх вгору; деякі із них впадуть навиворіть, а деякі із них можна буде читати; слова які вам появляться при допомозі тих літер, будуть якось пов’язані з вашою проблемою.

Техніка театру, екрану та телевізії вже була згадана раніше;

Театральна техніка є важлива й корисна тим, що її можна продовжувати певними сеансами чи стадіями, які поступово будуть приводити до несвідомого матеріялу.

Пацієнт тренується так щоб він свobodно та зрозуміло говорив, будучи в трансі; найскоріше терапевт просить пацієнта детально описати театральну залю та блище йому людське оточення, а відтак куртину яка закриває сцену. Коли куртина відкривається, а пацієнт ще не готовий для того щоб зближуватися до своєї травми, то він тоді може сказати, що обірвалася лінва яка відкриває куртину або, що сцена порожня, що терапевт повинен прийняти як оборонний маневр пацієнта та ніколи його не примушувати до передчасних виявлень.

Коли терапевт є впевнений, що пацієнт вже має належний вгляд в його проблему, він тоді може продовжувати техніку театру щоб досягнути розв'язання тої проблеми, сугеруючи пацієнтові, що майбутня сцена це буде про успішний кінець історії, або драми.

Така театральна картина являється тільки символічною репрезентацією психодинамічних процесів пацієнта, а завданням терапевта є мобілізувати відповідні психічні сили для того щоб настанова та діяльність пацієнта мала позитивні та здорові для нього наслідки, і тому терапевт дає гіпнотичні, або (коли це вказане) постгіпнотичні сугестії, що пацієнт передискутує з терапевтом відношення змісту сцени до його проблеми, або до його симптома.

В додатку до театральної техніки, техніка телевізії буває ще важлива й тим, що пацієнт, регулюючи силу голосу телевізії, може регулювати емоційну інтенсивність з якою він сприйматиме фантазуванні ним картини; він, як це буде необхідним, має також можливість виключити дану програму, або включити інший канал, з більш підхожою для нього програмою.

Пацієнт страждаючий травматичною неврозою або фобією, зможе замінити програму на відпружуючу, якщо цього вимагатиме ситуація, а також рівночасно зможе контролювати інтенсивність власних емоцій.

Техніка старинних картин корисна тим, що пацієнт відчуває можливість звертатися до важливого для нього періоду та очищаючи від порохів та бруду картини, відкривати все щось, що вже колись було, що вже сталося та що по якомусь часі, показується новим та в іншому світлі, з іншим значенням та з відмінною емоційною силою.

Терапевт дає інструкції пацієнтові, що він стоїть перед пакою картин, старинних, або старих як і пацієнт, які припали порохом та брудом та, що він їх очищує, оглядає та, що ті картини мають до діла з темою якомсь подібною до проблеми пацієнта, а вкінці і до розв'язки його проблеми.

Техніка пендулюм, якою Істон і Шор (1975, Information Processing Analysis of the Chevreul Pendulun Illusion; Journal of Experimental Psychology; Human Perception and Performance, 1, 231-236) оригінально послуговувалися при індукції гіпнози, має дуже конкретне примінення в гіпноаналізі тому, що тут пацієнт є активним учасником процесу бо він своїм раменом творить та порушує пендулюм, а рівночасно тут існує відчужування його ромени, бо воно "автоматично"

порушується, що відбирає в нього відповідальність за відкриття несвідомого травматичного або конфліктного матеріалу.

Терапевт договориється з пацієнтом, що відповідні рухи рамени, яке рушатиметься автоматично, означатимуть “так, ні, не знаю, не хочу відповідати” і він, маючи належні інформації, ставить точні питання на які пацієнт може відповісти вгорі наведеними чотирьома відповідями.

Терапевт говорить пацієнтові, що глибоко в нутрі пацієнта знаходяться відповіді на відносні питання та розв'язка його проблем та, що пендулюм безпосередньо пов'язаний з пацієнта найглибшими переживаннями і, що там знаходяться конкретні відповіді на проблеми пацієнта; терапевт приймає таку методу, будучи впевненим, що пацієнт знаходиться в належному стані до такої техніки.

Терапевт ставить питання та очікує відповідей, які звичайно появляються. Таку техніку можна вживати не лише при відшукуванні генези недуги, але і для розв'язування проблеми.

Сигналізування пальцями може бути вживане о много частіше чим пендулюм; хоч техніка пендулюм в певних випадках має слабості то в інших перевагу. Тому, що пендулюм не вживаний людиною в щоденних послугах, то людина не посідає відповідних можливостей контролі, а тим самим її відповіді на питання бувають більш спонтанні та вражають своєю відчуженістю від свідомості пацієнта і тим самим відбирають в нього відповідальність за щось ним висказане.

З негативної сторони в техніці пендулюм це те, що пацієнт має можливість дати лише чотири різні відповіді на конкретні та точні питання терапевта, і тому плінність комунікації між пацієнтом а лікарем досить обмежена.

Сигналізування пальцями, навпаки, можна вживати дуже широко; пацієнт може дати знак, піднісши відповідний палець, що він себе почуває вповні релаксованим або навпаки, що він є в паніці.

Йому можна сугерувати сон та щоб такий сон йому не переривати, то пацієнт може рухами пальця, дати терапевтові знати, що він ще має сон, або що він вже його закінчив.

Брак належної відповіді може означати, що пацієнт не добре зрозумів терапевта. Терапевт може одержати відповіді на сотні різних питань та тверджень. Треба однак відрізнявати якість руху пальців, бо надто свобідні та легкі рухи пальців віщують, що такі рухи волеві, а сіпання пальця вказує на факт, що порушується безвільно.

Автоматичне писання має особливо багато примінювань в гіпноаналізі і помимо того, що це досить складний процес, у якому необхідно інтегрувати рух руки, відповідно керувати пальцями та висловлювати певні ідеї, то пацієнти його досить легко засвоюють, а вже особливо такі, які є призвичасні до рухів пальців при говорінні, або при телефонічних розмовах (Вольберг, 1945).

Важливим першим кроком в приготуванні пацієнта до автоматичного писання це-внести диссоціацію домінантної руки від решти тіла, що робиться при

звичайній сугестії, говорячи пацієнтові, що його рука не прикріплена до його рамена та, що його пальці будуть порушуватися автоматично без його свідомої волі.

Подавши олівець в руку пацієнта, терапевт говорить, що рука маючи олівець буде писати сама, керуючись підсвідомими внутрішніми силами.

Для ще кращої диссоціації можна сугерувати пацієнтові, що в той самий час, коли його рука пише, його очі дивляться на якийсь фільм, або читають якусь книжку. А для покращання чіткості писання, терапевт декілька разів відбирає олівець від пацієнта і при тому сугерує йому, що кожний раз, коли олівець появиться в його руці, його письмо буде більш чітке та більш ясне.

Коли терапевт вже належно впевнений, що пацієнт відповідно витренований він тоді йому сугерує, що рука в якій знаходиться олівець, знає та пам'ятає все про переживання пацієнта та, що вона особливо знає про причини проблеми пацієнта, і що навіть тоді коли такі переживання були надто травматичні і їх тому немає в свідомості пацієнта, то рука з олівцем про них точно знає і напише.

Таке писання дуже рідко буває чітке; воно звичайно нерівне, тягнеться не по лінійці, незграбне, слова поперекручені, неясні, пацієнт пише поза листком чи табличкою, і терапевт в тому не може відчитати нічого.

Найкращим способом відшефрування такого письма це попросити пацієнта щоб він його прочитав, а коли бувають дальші труднощі тоді можна йому сугерувати, що чим довше його очі будуть дивитися на написане, тим краще та точніше вони його відчитують.

Коли ж і це не успішне, то можна йому сугерувати, що пацієнт вийшовши з трансу, буде спосібний щоб відчитати написане та його належно зрозуміти. При тому треба збагнути чи пацієнт на свідомому рівні матиме належну емоційну стійкість для того щоб могли прийняти травматичне або конфліктне виявлення.

Техніку автоматичного рисування за Вольбергом (1945) та Мірсом (1972), я вже описав на попередніх сторінках, а тут лише можна додати, що рисування є більш продуктивне на символіку чим писання, та при його допомі, буває легше виявити несвідомі бажання пацієнта, його страх і мотивації. Процес рисування більше віддзеркалює психіку дитини чим зрілої людини і такі рисунки вимагають інтерпретації пацієнта, але найкращі висліди бувають тоді коли пацієнт їх інтерпретує будучи в стані трансу.

Структурована уява буває найкращою дорогою до емоційного світу, бо при її допомі можна дістатися до несвідомого, можна зрозуміти явище трансференсії, резистенції а також просякнути через логічну цензуру еґа.

Гіпнотерапевт може працювати при допомі спонтанної уяви, або при допомі структурованої; він може сугерувати пацієнтові різні сцени в залежності від потреб пацієнта, включно з уявами які мають належне відношення до проблем пацієнта, на що вказують його сни.

Він рівно ж може провокувати вирази уяви пацієнта без конкретних сугестій, як наприклад, “уявіть собі якусь сцену” або “літайте як птиця аж поки прилетите

до якогось місця”, при тому сугерувати пацієнтові “дивіться що є кругом вас, що ви бачите, що ви чуєте, що ви відчуваєте” і т.п.

При тому треба заохочувати пацієнта щоб він був учасником таких уявних сцен, а коли він є психічно спосібний то і щоб він брав емоційну участь в уявних сценах та щоб він в них більш вглиблювався, бо тоді краще покажеться структура особистості пацієнта, його проблема та дорога до розв’язання його проблеми (Бровн і Фром, 1986).

Пацієнта треба тренувати та заохочувати щоб він до уявних експериментів вживав всі свої органи відчуття; візуальні, слухові, ольфакторні, тактальні, кінестетичні й смакові.

Пацієнтові рівно ж треба звернути увагу, щоб він був чуйний та відзивчивий на уявні сцени, які в нього появляються спонтанно, але також щоб він уникав навмисного викликування якихось сценічних уяв, бо уявність буває пожиточною тоді, коли вона спонтанна а не волева та цілеспрямована; в спонтанній уяві пацієнт краще вглиблюється і вона тоді більше віддзеркалює несвідоме пацієнта й без цензурної інтервенції суперега.

Дальшими завданнями терапевта в цьому процесі це помагати в розвиткові та у вербалізації уяв; роля пацієнта тут це ампліфікація, а не сугерування уявних переживань, тож терапевт не сміє структурувати якихось історій, але він мусить стимулювати хід розвитку подій які появляються спонтанно в уяві пацієнта та мусить їх поглиблювати.

Коли наприклад пацієнт говорить, що він увійшов до якоїсь хати то терапевт не сміє йому сугерувати, що він увійшов до власної хати яку він знає з дитинства або, що він увійшов до хати свого сусіда, але він може йому сугерувати щоб пацієнт приглянувся ближче, але без того щоб йому піддати думку, що він знаходиться в певній хаті.

При таких виявленнях, звичайно, появляються відповідні емоції які терапевт старається допомогти пацієнтові толерувати, а дальше він помагає пацієнтові досягнути вгляд в символічну репрезентацію конфлікту, травми або трансференції та зрозумівши її, пацієнт зможе прийняти та інтегрувати в матрицю свого особистого переживання.

Резистенція може вдертися в хід процесу та пацієнт нагло може заявити, що він “знайшовся в порожнечі або, що він в темноті, що він бачить тільки перепони і не може зробити більше ані одного кроку”.

В такому випадку терапевт повинен звернути добре увагу на емоційний стан пацієнта та застановитися над питанням чи підвищення емоційної напруги не причиниться позитивно до терапевтичного процесу, бо розвиток уяви має свою рацію, в якій проявляються намагання пацієнта знайти розв’язку своєї проблеми при помочі спроб та репетицій в уяві чи в мріях як це стається в дитинстві, або в снах.

Чи терапевтична уява сама в собі вже має лікувальні властивості, чи вона ще потребує відповідних інтерпретацій в гіпнозі та на свідомому рівні; це питання,

згідно з Мері Воткінс, остається спірним (Watkins, Mary M.1976, *Waking Dreams*. New York; Gordon & Breach).

До фантазування можна долучити *гіпно-проективні прийоми такі як гіпнотичні сни та асоціація слів*; коли пацієнт говорить наприклад, що він йде прикрасною дорогою з алеями дерев по обох сторонах та зупиняється на довший час, тоді йому можна сугерувати, що він в своїй подорожі зближується до резолюції або до розуміння проблеми над якою ми працюємо. Або коли пацієнт говорить, що він знаходиться в хаті свого дитинства, і коли анамнеза сугерувала, що пацієнт був травматизований у власній тобто в родинній хаті, і він тут довго зупиняється без жодних ревеляцій та без емоційних змін, тоді можна йому сугерувати, що він зможе зближатися до якоїсь кімнати, яка матиме зв'язок з його проблемою. Таких та подібних можливостей буває безліч.

Гіпнотичний сон уможливорює пацієнтові доступ до символіки підсвідомого конфлікту; для того необхідним відповідно глибокий транс, а тоді терапевт сугерує, що пацієнт почуватиметься сонливий та, що його сон появиться спонтанно і що пацієнт дасть сигнал терапевтові тоді коли він зачне мати сон та дасть відповідний знак коли такий сон закінчиться.

Буває, а особливо тоді коли сон приемний для пацієнта, що пацієнт продовжує сон надто довго, тоді доводиться терапевтові попросити пацієнта щоб він закінчив свій сон через п'ять або більше минут та щоб він дав терапевтові відповідний знак.

Сни в глибокому гіпнотичному трансі бувають дуже подібні до природних снів та вони спосібні до вияснення, як також і до приховання несвідомих конфліктів. Бровн і Фром (1986, ст. 171) сугерують, що коли сон спонтанно не буде такий який має відношення до проблеми пацієнта, тоді можна сугерувати, що пацієнт матиме сон який буде мати відношення до його симптому, травми чи до його конфлікту, а часом можна також сугерувати, що пацієнт буде мати сон про хід терапії, про гіпнозу та про терапевта який співпрацює з пацієнтом в гіпнотерапії.

Коли такі сни ще потребують блищих пояснень, тоді можна вжити асоціацію слів, додавши при тому, що дані слова будуть викликувати думки, уяви та почуття, які пацієнт повинен спонтанно зголошувати.

Емоції в психотерапії, а вже особливо в гіпнотерапії-це необхідна складова частина, бо вони не тільки підсилюють певні переживання пацієнта так, що терапевт може їх легко зауважити та присв'ятити їм відповідну увагу, але вони і є основним промотором психотерапевтичного процесу.

Присутність та динамічність емоційного стану, свідчить пацієнтові та терапевтові про поступ терапії, і також служить вказівкою терапевтові на які аспекти він повинен зосереджувати свою увагу.

В декотрих випадках терапевтові доводиться підсилювати певні емоції, а в декотрих приходить необхідність їх притуплювати до такого ступеня, щоб пацієнт міг, толеруючи їх, інтегрувати даний епізод в свою життєву скарбницю.

Емоції є вплетені в спомини, в переживання та в фантазії людини, з одного боку, а з другого вони інтегровані в самообраз людини, що сталося під впливом інтеракції людини в його житті. Тому дуже важливим завданням терапевта це модифікувати, де потрібно, відношення між емоціями та пов'язаними з ними споминами, фантазіями та репрезентацією себе й інших.

Тут гіпнотерапія демонструє перевагу на психотерапією на свідомому рівні, бо вона має прекрасний доступ до людських емоцій та при допомозі сугестій можна модулювати їх інтенсивність, їх вираз та їх співвідношення до когнітивного апарату.

Як і в природному житті, так і в психотерапії, людина не вповні свідомо її емоційного стану пов'язаного з певними переживаннями.

Гіпнотерапія має можливості, використовуючи відповідну техніку, для того щоби у відповідний час вказати пацієнтові на якість та інтенсивність його емоцій. Пацієнтові безпосередньо сугерується щоб він звернув увагу на його почуття при певних переживаннях, а далі йому сугерується, що його почуття стануть йому вповні ясними та, що він зможе описати та переказати їх докладно терапевтові.

Тут не вільно сугерувати якість та інтенсивність емоцій, але це треба залишити для пацієнта, але йому далі сугерується, що з появою свідомості власних емоцій, пацієнт буде відчувати вплив емоцій на його організм та що він відчує їхній вплив в якісь частині власного тіла та пов'язані з тою частиною тіла м'язами. Йому треба вказати також, що емоції мають вплив на процес його думання, на уяву і на спомини пов'язані з такими почуваннями.

Таку методи можна вживати завжди для поглиблення розуміння появи чи присутності якогось симптома, або якоїсь проблеми в поведінці і тим самим покращувати процес та успіх терапії.

Треба також завжди мати на увазі інтенсивність емоцій та вживати їх відповідно для промоції терапевтичного процесу, але не вільно проминути появи й засильних емоцій які могли б викликати розпач або психозу в пацієнта, і тому пацієнтові говориться, що при інтенсифікації емоцій, він найде найкращу дорогу для того щоб їх належно висловити.

Гіпнотерапевтам добре відомо, що емоційна інтенсивність пацієнта в терапії, і без відповідних сугестій, буває лише дуже рідко відсутньою та не легкою щоб її відповідно толерувати. Тому гіпнотерапевт може релаксувати пацієнта при допомозі прямих сугестій, таких наприклад як, що пацієнт "...станеться більш релаксованим з кожним його віддихом", або він може вжити техніки затискування кулака, говорячи при тому, що коли пацієнт відкриватиме кулак, то він буде себе почувати більш релаксованим.

Таку релаксацію можна викликувати і при допомозі фантазування відповідних приємних та релаксуючих сцен, але перед тим треба належно впевнитися, чи сугерована сцена є на правду приємна та релаксуюча для пацієнта, щоб часом не сугерувати чогось, що могло б мати якась відношення до травми чи до конфлікту пацієнта.

Можна також вишколити пацієнта щоб він міг, відповідним “регулятором”, наприклад зі шкалою від 1-10, контролювати інтенсивність своїх емоцій сам, що і також краще втягне його в процес гіпнотерапії.

Згідно з нео-диссоціативною теорією гіпнози Гільгард вказує, що (Hilgard, E.R.; Toward a Neo-dissociation Theory; Multiple Cognitive Controls in Human Functioning. Perspectives in Biology and Medicine, 17, 301-316, 1974) когнітивні операції є ієрархічно організовані; вони мають екзекутивну секцію, яка планує та контролює поведінку, і спостерегаючу секцію, яка обсервує всі операції та дозволяє на те, щоб деякі з них були в свідомості, а інші щоб не були в свідомості.

В нормальному побудженому стані свідомості, такі операції бувають належно інтегровані в кожного індивіда.

А в гіпнотичному трансі, така організація є змінена; екзекутивні та спостережні секції міняються; деякі аспекти “себе”, які бувають поза-свідомістю, можуть планувати та можуть керувати поведінкою, а деякі аспекти, які звичайно є поза обсягом свідомості, можуть прийти до свідомості.

Гіпноза тому є дуже придатною для того щоб відшукувати несвідоме та щоб регулювати інтенсивність почувань, відчужень, а особливо болів.

Біль при участі гіпнози, або принайменше якусь його частину, можна скривати від свідомості, але і рівночасно іншим шляхом, мати про нього належні фактичні інформації.

На конгресі Міжнародної Асоціації Гіпнози в Мельборні 1978 р. Гільгард демонстрував суб'єкта який вербально інформував, що він не відчуває болів рамена яке було занурене в воду з дуже низькою температурою, але його друга рука, автоматично писала, який то на правду рівень болів він відчував.

Користуючись клічними спостереженнями які стоять в основі теорії нео-диссоціації Воткінс і Воткінс, (1979) сконструювали методу психотерапії якій дали назву “стани его” припускаючи, що особистість індивіда складається з много станів та, що деякі з таких станів знаходяться в несвідомому людини. Вони твердять, що такий “стан его” має великий вплив на поведінку людини, на її почуття та на формування небажаних симптомів.

Воткінс і Воткінс використовують стан гіпнози для того щоб реорганізувати співвідношення між такими станами, а особливо для того щоб повернути належну роллю екзекутивній та моніторній системам .

В практиці гіпнотерапевт звертається до пацієнта з проханням, чи він не бажав би говорити з такою частиною в людини яка спричинила недугу (симптом), бо така частина знає коли та чому такий симптом постав, та як його позбутися.

Гелен Воткінс практично демонструвала таку методу в Філядельфії на світовому конгресі Міжнародної Асоціації Гіпнози і мені така метода видається придатною.

Інша метода яку Воткінс пропонує (1971) та яка має властивості здатні для широкого практичного застосування в гіпнотерапії, це *емоційний міст* при допомозі якого Воткінс викликає регресію віку.

Лікар, маючи на увазі певний емоційний стан пацієнта, підсилює інтенсивність даного стану, а коли такого у відповідний час немає, тоді він його в пацієнта викликає і сугерує, що по такому емоційному мості пацієнт дійде до часу та місця коли, та де, він такий стан переживав та, що це дасть йому можливість зрозуміти чому в нього появився такий стан.

Лікар може використовувати такий емоційний міст і для того щоб повернути пацієнтові почуття, які будуть сприяти його здоров'ю та реально базованій поведінці.

Регресії віку можна також викликати при допомозі різних фантазованих сцен, таких як плавання в морі чи в річці, або в хмарах; фантазування годинника спосібного показувати час в минулому, а також і при допомозі коробки з листами, книжками чи знімками і т. п.

Еріксон (1964в) викликає регресію при допомозі дезорієнтації пацієнта.

Всі ті методи гіпнотерапевт може використовувати, але тільки тоді, коли вони, після належного випробування, будуть реально та позитивно вражати самого терапевта, а найважливіше чи вони будуть належно серйозні та позитивні для пацієнта.

Терапевт мусить дуже докладно розуміти пацієнта поки він вживатиме гіпноаналітичні методи, щоб не зранити його браком належного розуміння, належного такту, належної сенситивності чи підходу.

Стан регресії можна удосконалювати, чи пак підсилювати, при допомозі відповідних сугестій; “...ваша поведінка станеться дитячою; ви думаете, відчуваєте та робите все як п'ятилітня дитина... та до часу доки я не подам вам відповідного знаку, ви не будете обізнані зі способом вашої теперішньої поведінки.”

При тому можна теж добавляти сугестії відносно стану розвитку чи росту тіла пацієнта; “...ви відчуваєте себе молодшим...ваше тіло стається меншим, та об'єкти в кімнаті в якій ви знаходитесь є для вас дуже великі.”

Регресія в віці не буває легкою та стабільною і тому терапевт мусить вводити таку регресію поступенно, відповідними стадіями та ніколи не спішитись з новими сугестіями, а давати час та можливість пацієнтові щоб він “вжився” у свій відповідний вік та щоб він призвичаївся до поведінки в такому віці.

Терапевт мусить також бути приготований для того, що пацієнт прийме його як когось знаного йому з відповідного регресованого віку, а це може бути учитель, хтось з батьків чи з родини.

Він, будучи ознайомлений з життєвою історією пацієнта, повинен належно грати ролю тої людини, та по можливості ставити себе в ролю “доброї” людини для пацієнта; він також мусить комунікуватися з пацієнтом в теперішньому часі

(не в минулому), та мовою зрозумілою та званою пацієнтові у віці до якого він є звернений.

Терапевт мусить відноситися до пацієнта як до дитини у відповідному віці, та як цього вимагатиме ситуація, він належно та відповідно повинен з ним бавитися.

Деякі пацієнти бувають спосібні на транс в якому вони можуть бути регресовані з відкритими очима, тоді очевидна річ, вони стрінуться з протилежними явищами, і кімната в якій відбувається психотерапія, може для пацієнта представляти собою якесь приміщення, яке увійшло в його пам'ять в дитячому віці.

Така ситуація не справлятиме жодних труднощів для пацієнта, згідно із спостереженнями Орна (1959), і тут мова йде про явище яке він назвав "логікою трансу", бо пацієнт може примиритися з явищами які логічно не співзвучні.

Часом дуже вигідною дорогою контакту з пацієнтом в регресії є розмова з ним, а радше опис ним його переживань в регресії при допомозі стану диссоціації. Терапевт пояснює пацієнтові, що він є в глибокому трансі, та що "частина його є спосібною на те щоб точно відчувати та знати як пацієнт в регресованому стані себе почуває та рівночасно говорити про це".

Постгіпнотична амнезія може бути спонтанною, або вона може бути викликана при допомозі постгіпнотичної сугестії; повна постгіпнотична амнезія появляється спонтанно в пацієнта особливо тоді коли в трансі пацієнт стрінеться з переживаннями які були для нього надто травматичні та які є в його несвідомому і яких він ще не спосібний емоційно прийняти за свої. Амнезія тут виступає спонтанно як охоронний механізм даного пацієнта.

Коли однак такі травматичні переживання були належно опрацьовані в ході психотерапії і терапевт хотів би інтегрувати їх в матрицю переживань пацієнта, він тоді може обережно сугерувати пацієнтові, що той може "привести до свідомості стільки, скільки він уважає для нього за вигідне за відповідне та бажане".

Терапевт повинен завжди респектувати почування пацієнта; він не сміє настоювати на тому щоб пацієнт вчинив щось, на що він не є ще готовим, а в ніякому випадку терапевт не повинен знецінювати оборонний механізм пацієнта, навіть тоді, коли йому може видаватися, що такий оборонний механізм є зайвий.

Постгіпнотичні сугестії мають особливі пристосовування в психотерапії; як вже згадувалося вище, вони уможлиблюють хід терапії далеко поза рамки терапевтичної сесії, бо при допомозі постгіпнотичних сугестій можна міняти, до належної міри, поведінку пацієнта; його почуттєву, відчутєву та когнітивні функції; можна міняти вегетативні функції людського організму; можна звертати увагу людини на минуле на теперішнє та на майбутнє; можна орієнтувати людину специфічно по відношенню до особливих ситуацій, до часу, до місця, до подій.

Постгіпнотичні сугестії дається пацієнтові в трансі, з ціллю, щоб він їх виконував поза формальним трансом, і такі сугестії мають наполегливий та

компульсивний характер (Шіін і Макконкі, 1982) та пацієнт може, але він не мусить бути свідомий джерела яке спонукає його до якоїсь поведінки. Деякі сугестії викликається тільки при допомозі відповідних знаків, які дається пацієнтові в трансі; інші можна визначувати якимось часом чи умовами; деякі сугестії можна давати з ціллю щоб міняти ментальний стан пацієнта, як наприклад сугерувати пацієнтові, що він свою проблему з якою стрічається в певній ситуації, буде бачити та буде оцінювати під іншим кутом.

При постгіпнотичній сугестії терапевт мусить взяти під належну увагу слідуюче:

- Фізичну, психічну, соціальну, економічну, культуральну та інші спосібності пацієнта виконувати певні пост-гіпнотичні сугестії, бо часом, незалежно від глибини трансу, людина не буває спосібною щоб побороти перепони які унеможливають її виконувати постгіпнотичні сугестії; тому треба впевнитися, що людина може дані сугестії виконати, і в деяких випадках необхідно тренувати пацієнта, даючи йому найпростішу та найлегшу до виконання сугестію та впевнитися, що пост-гіпнотична сугестія є для нього легкою до виконання (Крогер і Фецлер, 1976).
- Пацієнт мусить бути відповідно мотивований щоб виконувати постгіпнотичні сугестії, і такі сугестії не сміють бути суперечливими особистим принципам пацієнта, або бути ним небажаними, вони в жодному випадку не сміють суперечити підставовим вартостям які визнає пацієнт, бо це може викликати шалений внутрішній конфлікт в пацієнта.
- Пацієнт повинен почуватись, що він легко та свобідно виконає постгіпнотичну сугестію і при тому треба мати на увазі і умови в яких певні сугестії мають виконуватися; бо коли наприклад людина легко, маючи на собі купальний стрій, зніме зі себе убрання, будучи на пляжі, то вона чогось подібного не зможе зробити, будучи на вулиці чи де-небудь інше на публічному місці.
- Постгіпнотичні сугестії мусять бути точні та відповідно зрозумілі пацієнтом бо ж тут немає місця для амбівалентності; постгіпнотичні сугестії виконуються інволюнтарно і тому пацієнт не має найменших можливостей, щоб застановитися та відповідно подумати чи йому треба щось, та як це зробити. Терапевта очевидна річ при тому немає і пацієнт через неточність та необережність терапевта може остатися дуже розчарованим.
- Амнезія не є обов'язковим складником при пост-гіпнотичній сугестії та терапевт даючи сугестію може відмітити, що пацієнт не зобов'язаний запам'ятати сугестію, радше чим сугерувати пацієнтові, що він не пам'ятатиме сугестії.
- Вживання постгіпнотичної сугестії дає пацієнтові можливості імплемтувати те, що він досягнув в терапевтичній сесії, в життєві обставини; він може себе почувати зовсім вигідно, згідно з сугестією, там де він досі чув себе тривожно, в болях чи в страху; йому можна також сугерувати, що після пробудження з трансу, пацієнт матиме належний вгляд в щось, що він переживав в трансі; йому можна сугерувати також, що його

природній сон дасть йому зрозуміти причину його стану; йому можна сугерувати новий спосіб поведінки, дисенсетизувати якусь фобію, або навіть і сугерувати йому транс для майбутньої терапевтичної сесії.

Невиконавши постгіпнотичні сугестії, пацієнт почуває себе дуже винуватим і у результаті такої невдалої сугестії він може потрапити в стан депресії, в стан тривоги, в стан конфлікту; тому то до постгіпнотичних сугестій треба підходити дуже обережно, бо такий пацієнт підсвідомо відчуває винуватість перед терапевтом, тому, що він чогось (чого він не знає), не вчинив і замість звернутися о поміч до терапевта то він буде його, за всяку ціну уникати, що й може принести велику трагедію.

При підкріпленні особистості, вживаючи методу Гартланда (1965), використовується також принцип постгіпнотичної сугестії, і хоч такі сугестії виглядають доволі “невинними”, то фактично вони приносять пацієнтові велику користь та у великій мірі причиняються до підкріплення стану здоров'я й до кращого почування людини.

Крім загальних та особливих успішних сугестій скерованих на підкріплення особистості, можна також користуватися гіпнопроективними методами, такими як мрійництво та театр, коли пацієнт проектує себе як такого, який є спосібний виконувати чи досягати чогось, що він уважав для нього недосяжним, і коли він досягне відповідних успіхів, тоді таку подію треба вживати як приклад, що пацієнт досягнув щось, що він ще недавно вважав за недосяжне, і що він при певній психічній настанові та зусиллях зможе досягнути далеко більше. Терапевт сугерує пацієнтові, що він стається все більш впевнений та більш компетентний, ...спосібний щоб належно розв'язати свої проблеми та насолоджуватися своїми життєвими успіхами.

Крім гіпноаналізи, гіпнозу можна дуже позитивно та корисно вживати в усіх галузях медицини, про що докладніша мова буде дещо пізніше, а тепер я досить побіжно зупинюся над болями, які як відомо товаришують людині під час її життєвої мандрівки, а вже особливо в часі недуги.

Болі

Мірс (1972, ст. 425) звертає увагу, що при вживанні гіпнози в лікуванні всіх недуг треба впевнитися в правильності діагнози, а це особливо відноситься до вживання гіпнози при відніманню болю. Болі як всім добре відомо вказують що організм страждає; вони як маяк вказують присутність або загрозу недуги, чого ніколи не можна ігнорувати.

Він вказує на факт, що болі мають два різні складники, а саме біль який виражається в чистій формі, без психологічних ускладнень та біль який підсилюється почуваннями горя.

Він теж вказує на факт, що ті два складники нерозлучно собі товаришують та, що стоїк далеко менше відчуватиме сенсацію болів, чим такий самий біль відчуває гістерик або гіпохондріяк в яких при кожному болю є велика присутність горя та страждання, і який проявляється в почуванні жажливості та в непереносимості.

Мірс даліше твердить, що не сама сенсація болю, але жах та паніка перед болем, буває непереносимою.

Сенсація болю та жах і паніка, які супроводять біль бувають дуже доступні до впливу гіпнози, і то в усіх випадках, незалежно від того чи біль є органічного чи функціонального походження, бо почування жаху можна відняти, або при найменше понизити його інтенсивність, при допомозі звичайної гіпнотичної сугестії.

Органічно-спричинений біль нерідко буває відпирний на постгіпнотичні сугестії, хоч такі болі піддаються прямій сугестії в трансі.

Коли ж болі мають функціональне походження, тоді найкращою метою це когнітивна терапія, в якій пацієнт досягає вгляд в генезу та в психічний механізм пов'язаний з його болями.

Мірс також спостерігає, що гіпноза сама-в-собі посідає властивості, які злагіднюють болі та він звертає увагу, що той факт також підтверджує його атавістичну теорію гіпнози. Знаним є, що менш цивілізовані та примітивні народи не відчувають болів до такого ступня, як його відчувають висококультурні та цивілізовані народи, і це також підтверджується фактом, що людина будучи в глибокому трансі, і без спрямованої сугестії з ціллю відняти

біль, не відчуватиме болів навіть тоді, коли вона прийме позу тіла яка в нормальному випадку була б непереносимою з огляду на великий біль.

Безпосередні сугестії в гіпнотичному трансі скеровані на притуплення відчуття болю, мають властивості ефективно відняти жах та страждання які супроводять болі та досить успішно контролювати органічно спричинений біль, але для цього необхідною відповідна глибина трансу.

При допомозі постгіпнотичних сугестій можна, до певної міри, успокоювати жах супроводячий болі, але не завжди, а особливо тоді, коли недуга буває тяжка та довготривала, як це буває при захворюнні пістряком.

Часом сугестії скеровані на піддержку чи на покращання життєвого стилю пацієнта й такі як зацікавлення власним оточенням та для пробудження зацікавлення й співучасті в життєвих актах, дають далеко кращі успіхи в контролюванні болів при хронічних недугах, чим безпосередні сугестії скеровані на удалення болів, які нерідко і свідомо відкидаються пацієнтами як нереальні або абсурдні.

Для усунення болів функціонального походження, при існуючому конфлікті, необхідною відповідна психоаналіза, і це також стосується до психосоматичних та до гістеричних болів.

При контролюванні болів органічного походження, постгіпнотичні сугестії, в загальному, мають дуже малий позитивний вплив та і пацієнт, знаючи про органічну причину його болів, часто не годиться на гіпнотичну інтервенцію.

Але, якщо на таку методу пацієнт погодиться тоді автогіпноза, звичайно, приносить найкращі висліди.

Треба також належно прийняти до уваги великий вплив таких чинників як амнезії та міжособистого співвідношення в гіпнотерапії, коли гіпнозу вживається як середник для приглушення болів. Багато пацієнтів, у висліді спонтанної постгіпнотичної амнезії, не пам'ятають відчуття ними болів в гіпнотичному трансі, а деякі пацієнти не зголошують відчуття болів лише тому, що вони мають бажання тим зробити приємність лікареві.

У випадках органічного болю з присутністю великого психічного впливу, треба добре впевнитися чому та яку методу можна пристосовувати для даного пацієнта при удалюванні болю.

Дуже часто, в інтенсивності болю, велику роль відіграє почуття винуватості в пацієнта.

Він тоді страждає за "свої провини", або часом він страждає для того щоб покарати когось навіть йому дуже близьких, які йому співчують.

Часом пацієнт й "очікує" щоб мати небезпечну недугу та він не може повірити, коли йому офірується певна полегша в болях.

При випадках пошкодження за яке є надія на компенсацію треба особливої насторожливості, бо пацієнт дуже радо піддається гіпнотичній інтервенції, але він це робить тільки з одною ціллю, а саме щоб доказати, що він зробив вже все

що тільки можливо та все чого від нього вимагалось, включно з вживанням гіпнози, але “і гіпноза йому не допомогла”.

Лікування болів присутніх при психосоматичних недугах, вимагає від лікаря відповідної орієнтації в специфіці психодинаміки та належного розуміння впливу пов'язаного з даним організмом на психодинаміку, і щоб він в залежності від даної ситуації, відповідно вживав певну, тобто належну стратегію лікування.

Гістерично викликувані болі потребують теж особливого виrozumіння, бо вони служать оборонним механізмом для певних людей, в певних ситуаціях, і мають не тільки певне значення для пацієнта, але і певну мету.

Тому, поки зосереджувати увагу яку гіпносугестивну стратегію можна вжити для усунення болів то треба наперед мати на увазі позитивні висліди психотерапії, і навіть тоді безпечнішим буває коли такому пацієнтові дається замінений симптом, а не безпосередньо сугерується, що його симптом зник або, що він при певних умовах та в певному часі зникне.

Галюциновані болі стрічаються також і в амбулаторних умовах, але переважно це пацієнти які бувають госпіталізовані та які страждають шизофренією і їхні болі мають велике символічне значення й тому підхід до них мусить бути дуже обережний.

Одержимий-обсесивний біль-це вид неспецифічного болю, який компульсивно проявляється та зникає в пацієнта і навіть сам пацієнт часто має труднощі з локалізуванням такого болю та він фактично не терпить болями, але він страждає під тиском компульсивного думання про біль.

Тут не можна вживати гіпнотичних метод для усунення чи для контролювання такого болю, а ще більш небезпечним було б вчити авто-гіпнози такого пацієнта, бо він міг би інтегрувати автогіпнотичні сугестії в свою компульсивну рутину.

Депресивні болі вимагають окремого досліджування, бо часом людина сприймає болі як властиве покарання його за якийсь вчинок чи за його поведінку і він вважає, що даний біль являється слухним покаранням за його винуватість. Така форма болів проявляється при ендогенній депресії і Мірс вважає, що така недуга повинна бути контрольована електро-конвульсійними потрясеннями, а в жодному випадку не вільно вживати гіпнотичних метод.

Гіпохондричний біль не піддається сугестивній гіпнотерапії, бо у випадку гіпохондрії, та сама людина є суб'єктом, інструментом та джерелом всіх сенсацій, а тому вона повинна перейти реконструкцію особистості.

Масочистські болі мусять бути відрінені від депресивних та від гіпохондричних болів, тому що масочист досягає насолоду при переживанні болів, часто подібну до сексуальної насолоди, і тому гіпносугестивна терапія не дасть жодних позитивних наслідків.

Такий пацієнт мусить досягнути вгляд в його психодинамічний механізм і для того можна застосовувати психотерапію на свідомому рівні і як бажано, вживаючи при тому гіпноаналітичні методи.

Масочистські болі є характерні і тим, що вони скриваються пацієнтом від інших людей, а вже ніколи не демонструються так як це буває при гістеричних чи при гіпохондріяльних болях.

Вживання гіпнози при контролюванні болів в *хірургії*, крім його історичної вартості, має також і практичну вартість.

Пригадаймо лише, що Есдайл, працюючи в Індії, широко вживав гіпноанестезію при хірургічних операціях та він свої висліди опублікував в книжці названій "Мезмеризм в Індії" в 1846 р. Пам'ятаймо також, що фармакологічна анестезія була вжита перший раз при родах князя Леопольда королевою Вікторією Англії шойно 1853 р., а крім того не забуваймо що гіпноза була вживана навіть і підчас Другої Світової Війни, а особливо в таборах воєнно-полонених з огляду на брак анестетичних ліків та, що гіпноанестезія буває необхідною і тепер, а вже особливо тоді, коли пацієнт дає алергічну реакцію на анестетичні препарати.

Коли умови на це дозволяють, бо часом немає часу на відповідну підготовку, то пацієнт повинен познайомитись з принципами та процедурою гіпноанестезії та повинен дати свою згоду, що він хоче бути оперований під гіпноанестезією.

Транс повинен бути приведений до відповідної глибини; дуже бажано щоб гіпнотизувати пацієнта навіть декілька разів перед операцією та щоб пацієнт був витренований так щоб він, на умовний сигнал, спонтанно йшов у відповідний транс.

Побажано було б також, щоб хірург який оперує пацієнта, мав добрий досвід та достовірні інформації про природу та ролі гіпнози, але найважливіше щоб він мав беззастережне довіря до гіпноанестезії та щоб крім виконання операції вдержував репо з пацієнтом, інформуючи пацієнта що він робить в даний момент, що ще осталося до виконання, або навіть щоб вчас операції пацієнт, згідно з сугестією лікаря, слухав музики, рецитував поезії або щось подібного, а це для того щоб вдержувати необхідний репо-контакт та щоб заінтересування пацієнта не зводилося до відшукування болів, або викликування сумнівів в ефективність гіпноанестезії.

Оперативна обслуга повинна якнайменше говорити, але бути впенена в ефективність гіпноаналгезії й виконувати належні їм завдання.

В залежності від стану та від обсягу операції, пацієнт повинен бути відгіпнотизований у відповідний час та повинен відпочивати згідно з постгіпнотичними сугестіями.

Самостійна або цілковита гіпно-анестезія можлива лише тоді коли пацієнт спосібний на відповідний транс, але якщо він не спосібний на відповідну глибину трансу та не алергічний до фармакоанестетичних препаратів, тоді йому говориться, що йому дається стільки ліків скільки буде необхідно, щоб пацієнт почував себе вигідно та без болів, і навіть в таких випадках користь з гіпнози

буває дуже великою, бо пацієнт почуває себе більш релаксований, більш самовпевнений та більш компетентний і його процес видужування стається скорішим та більш успішним.

Роля гіпнози в медичній амбулаторній практиці, в якій проводяться такі процедури як зашивання ран, змінювання биндажів, а вже особливо при перев'язуванні опареної шкіри, при відкриванні абсцесів, при ректальних баданнях та інших процедурах які бувають неприємні й часом болючі, є дуже бажаною, бо такі процедури можуть бути обезболені при вживанні гіпно-анестезії.

Лікарі необізнані з процедурами індукції гіпнози чомусь вважають, що досягнення відповідної глибини трансу вимагає дуже багато часу. Досвід показує, що відповідну глибину трансу можна досягнути часом дуже скоро, а вже особливо в дітей, які приходять ранені, попарені та з іншими потребами. Гіпнотичний транс, як було вказано вище, не тільки що знечулить біль, але також причиниться до покращання відносин пацієнта до лікаря.

Роля гіпноанестезії в *обстетриці* є дуже важливою та бажаною, бо крім того, що дитина не появляється на цей світ з поважною дозою отруйної речовини, яку вона відразу споживає з молоком матері, але і матір має великий привілей бути свідомим співучасником та свідком народження її дитини, без того щоб страждати болями та невгодами, а навпаки, вона може бути свідомою, дуже гарно кооперувати при родах та насолоджуватися таким прикрасним природнім процесом.

Метода Гранті Діка Ріда позбутися болів при допомозі формули “відійми страх-напругу-біль”, є далеко більш успішною при вживанні гіпнози чим без гіпнози.

В *генекології* гіпноза має велике поле до попису в таких недугах як психосоматична *дисменорея*, яка постає внаслідок конфлікту, часто навіть взагалі непов'язаного зі статевими органами жінки; пацієнтка страждає тривогою і лікарі першої інстанції звичайно лікують дисменорею при допомозі успокоюючих препаратів, які віднімають болі та тривогу і тому такі жінки приходять по поміч навіть і декілька років після початку дисменореї та відрікаються від можливих психічних конфліктів, мовляв все було б впорядку коли б не ті болі.

Лікар який має знання гіпнотерапії не повинен дати себе намовити щоб він, без відповідної застанови безпосередньо сугерував удалення болів пацієнтки, бо такі пацієнти звичайно потребують психотерапії, яка дасть їм зрозуміти генезу та психодинаміку їхньої недуги, і таким шляхом вони позбудуться дисменореї.

Гістерична дисменорея різниться від повищої тільки тим, що пацієнтка голосно демонструє всім, що вона страждає болями та не скриває їх від родинного оточення та від друзів. Лікування, як і повище, вимагає належного вгляду та розуміння психодинаміки пацієнтки, але такі пацієнти не радо лікуються з поміччю психо-чи-гіпнотерапії.

Зумовлена дисменорея, яка постає внаслідок неправильних чи неналежно прийнятих інструкцій відносно сексуальних зносин від приятельок, матерей чи

навіть і від лікаря, різниться від попередніх тим, що тут психотерапія є непотрібна та противо-показна, а пряма сугестія в гіпнотичному трансі вповні вистарчає щоб успішно відібрати болі та повернути здоровий стан пацієнтки.

Дисменорея яка появляється у висліді *маскулінної ідентифікації*, буває досить рідко, і пізнати її природу можна лише при вдалому процесі психо-або-гіпноаналізи; початки генези дисменореї звичайно бувають при ревалізації з братом, який завжди буває здоровший, сильний та який, “будучи правдивим мужчиною”, не відчуває болів.

Успішне лікування такого стану стається можливе лише при перевиховній терапії, і тут очевидно також можна вживати гіпнозу.

Знову інша гінекологічна недуга при лікуванні якої можна вживати гіпнотерапію це *аменорея*.

Але поки приступлю до назви тих гінекологічних недуг які піддаються лікуванні при допомозі гіпнотерапії, хочу звернути увагу, що аменорея яка появляється у висліді психози, не піддається гіпноінтервенції, а крім того гіпноза уважається противопоказною, не тільки тому, що людина такого ментального стану не особливо спосібна для того щоб увійти в транс але що і сам транс, в багатьох випадках, може навіть погіршити ментальний стан пацієнта, а це тому, що реальність психотика не часто буває такою самою як реальність терапевта, отже в таких випадках гіпнотерапію не рекомендується.

Аменорея пов'язана з *анероксією неврозою* піддається гіпноаналізі; треба однак звертати увагу на психічний та ментальний стан цілісної людини, а не лише концентруватись на симптомові, який постав у висліді нездорової особистості.

Аменорея, яка постала внаслідок *тривожного стану пацієнтки*, наприклад від наглого чи небажаного сексуального акту, являться досить частим явищем, і вона позитивно реагує на піддержувальну форму психотерапії, таку як з'ясування причини тривоги та напруги, а також на повернення самовпевненості в пацієнтки, що найкраще вдається досягнути в стані гіпнози.

Аменорея яка появляється внаслідок *страху перед вагітністю*, хоч рідко, але стрічається та вона характерна тим, що на свідомому рівні, пацієнтка не боїться вагітності, і тому то гіпноза, в тім випадку, буває дуже допоміжною.

Аменорея яка постає в результаті прихованої гомосексуальности може появитися без появи ендокриноальних перемін і тут гіпнотерапія буває особливо успішною, бо пацієнтка, крім аменореї, часто демонструє агресивність характерну поведінці мужчини, якої вона теж бажає позбутися.

Інсомнія

Подібно як і болі, інсомнія являється частим попутником людини, і тому теж коротенько зупинюся над методом лікування інсомнії при допомозі гіпнотерапії.

Брак належного сну, має фізіологічний та психологічний вплив на функціонування людини як також і на її ментальність, за виїмком особливо психічно здорових людей.

В багатьох людей, брак відповідного сну приводить до неспокою до тривоги, до нервового подразнення та навіть до великого горя, а в деякого недоспана ніч викликає сильну паніку, і то навіть тоді коли людина спить добрих декілька годин, що для інших людей буває вповні вистачаючим та фізіологічно вдовольняючим.

Людина яка журиться тому що вона в ночі будиться, попадає в паніку і це відбирає в неї можливість заснути та робить її втомленою. Страждання, в наслідок інсомнії завжди присутнє незалежно від джерела походження інсомнії, і воно майже завжди віднімається при допомозі гіпно-сугестивної терапії, а це в свою чергу, уможливує людині спання.

Навіть тоді, коли людина фактично й не спить довше чим вона попередньо спала, але вона почуває себе далеко краще бо позбулася жаху в обличчі інсомнії.

Коли інсомнія появляється в наслідок фізичних болів, які не піддаються гіпно-сугестивній терапії, тоді досягається кращий результат при вживанні автогіпнози, що в свою чергу залежатиме від особистості пацієнта та від його мотивації вживати самогіпнозу замість фармакологічних препаратів, які в нашу добу є дуже популярні, хоч і на жаль, так само шкідливі бо вони стаються згубною звичкою.

Інсомнія також дуже часто появляється через *привичаєння*; коли ситуація вимагає щоб матір доглядала хворіюче немовля протягом декількох тижнів, або не спала з яких-небудь інших причин, вона тоді може привикнути щоб не спати якусь частину ночі, а це пізніше може викликувати в неї тривогу, бо спання в людини, теж пов'язане з певними церемоніями. Таким пацієнтам в гіпнотичному трансі, треба відібрати страх перед інсомнією, вказуючи їм на причину їхньої інсомнії а також на те що спання це фізіологічна необхідність

яка природно приходить тоді, коли людини йде до ліжка з ціллю відпочинку а не змагається зі собою щоб спати.

Тому ще поки приступити до вживання гіпнотерапевтичних метод при лікуванні інсомнії, треба обов'язково виключити можливість присутності в пацієнта перед-психотичного стану, коли вживання гіпнози було б протипоказаним.

Найкращою методою лікування інсомнії це таки автогіпноза, якої дуже легко пацієнта навчити. При тому треба йому теж вказати, що гіпнотичний транс прикрасно переходить в природне спання та він замість виводити себе з трансу, в який він входив би перед спанням, може в трансі остатися з сугестією, що його транс перейде в природне спання та що він своєчасно пробудиться.

Інсомнія дуже часто появляється *внаслідок тривоги*; людина може знаходитися в сталому конфлікті, або мати проблеми, яких не може належно розв'язати, і тому замість у сні відпочивати, вона змагається зі своїми проблемами, до яких ще добавляється інсомнія.

У багатьох людей страждаючих інсомнією бувають також і сни які викликають тривогу в пацієнта і вони звичайно пов'язані з несвідомим пацієнта, але тоді він будиться в кошмарі і далі боїться заснути.

Такі причини інсомнії можуть бути усунені лише при належній психотерапії і це припинить кошмарні сни пацієнта та уможливить йому прикрасне природне спання.

Індукція гіпнози

Згідно з гіпнологами західного світу, як вже підкреслювалося вище, суть гіпнози і до сьогодні ще не достатньо знаюмо, а тому і сама метода індукції гіпнотичного трансу теж буває недосконалою.

Знаємо є, що гіпнотичний транс появляється в людини на самоті та у юрбі; в абсолютній тишині та при сильних звуках; при інтенсивній праці та при цілковитому відпочинку; при сильному світлі та в темноті; в жінок та в мужчин; в дітей та в старців; в геніальних інтелектуалів та в пересічних людей.

Знаємо також, що глибина трансу в даної людини (хоч до певної міри стабільна), може мінятися в тих самих обставинах та з тим самим гіпнотистом.

Спірні погляди про гіпнозу є безнастанні та навіть і до того ступеня, що гіпноза, як окреме явище чи стан, деякими гіпнологами виключається.

Помимо суперечних поглядів гіпнологів відносно суті гіпнози, за майже двіста років практики та наукового досліджування і пізнання гіпнози, з певністю можна таки вказати явні досягнення, а вже особливо коли мова йде про практичні методи індукції та вживання трансу.

Тут я маю на увазі формально введену гетерогіпнозу.

Заки прийду до опису окремих метод індукції та поглиблювання трансу, хочу звернути увагу на декілька умов, які могли б мати вплив на стан гіпнози та на самий процес індукції;

- При індукції гіпнози в клінічних умовах необхідним дати пацієнтові беззастережне почуття забезпеченості та повне довір'я до лікаря; потрібним спокій та відсутність середників які перескаржали б в процесі концентрації, а коли які-небудь небажані перешкоди бувають непоборні, тоді можна пацієнтові сугерувати, що середники перешкод будуть поступенно зменшуватися та, що пацієнт буде концентрувати увагу згідно з інструкціями лікаря.
- Бажано щоб світло в кімнаті в якій гіпнотизується пацієнта не було надто різке, але щоб воно було настільки сильне щоб пацієнт та лікар себе взаємно бачили.

- Крісло, софа або ліжко, на якому знаходиться пацієнт, повинні бути солідно побудовані й такі щоб пацієнт почувався на них свобідним, та щоб вони часом не скрипіли, або щоб не ламалися. Лікар повинен бути звернений до пацієнта під прямим кутом, а не сидіти чи стояти напроти пацієнта так, щоб він конфронтував пацієнта.
- Мова лікаря повинна бути ясна для пацієнта та вповні зрозуміла; в мові та взагалі в поведінці лікаря, повинна відчуватись впевненість, шляхетність, тактовність, м'якість та виrozumілість.
- Лікар не повинен конфронтувати пацієнта фізично та не повинен ставити пацієнтові конфронтуючі питання чи завдання, але пацієнт повинен почуватись вповні сприйнятим та спокійним.

Ще поки лікар приступить до формальної індукції трансу то він мусить впевнитися, що відношення пацієнта до трансу є позивне, тобто, що пацієнт не має упереджень до гіпнози та жодних фальшивих, негативних а-пріорних поглядів (виїмки становлять методи індукції Еріксона, який гіпнотизує пацієнта без його згоди, без його відома та без його кооперації. Мені така метода теж подобається і я її дуже часто та успішно вживав, аж поки така метода не була заборонена “кодом поведінки” Австралійського Об'єднання Гіпнзи та Міжнародного Об'єднання Гіпнози (Australian Society of Hypnosis та International Society of Hypnosis). Як члена тих професійних товариств мене такий “код” зобов'язував і я його мушу додержуватися, але я переконаний, що нерідко, поки лікар пояснить пацієнтові те чого він сам ще не знає; наприклад, що таке гіпноза, чи я буду спати, чи я буду чути, чи я буду розуміти, чи я буду змушений говорити, писати, виказувати правду, чи я буду змушений робити все, що мені буде сказано, чи буду чути болі, чи буду знати та пам'ятати все, що зі мною сталося, чи я зможу ставити опір гіпнозі і т.п., то він може легко згубити ентузіазм та віру в покращання свого стану). Лікар, який поки ще не мав даного пацієнта в гіпнотерапії для певних цілей, може давати тільки спекулятивні відповіді на всі ті питання, які можуть мати негативний та і часом позивний вплив на хід та на результат гіпнотерапії; такі відповіді та прояснювання можуть та й часто бувають прийняті пацієнтом нарівні з гіпнотичними сугестіями і такий пацієнт буде себе вести в гіпнозі так, як він зрозумів, що терапевт бажає щоб він себе вів. Коли насправді пацієнт, маючи належний респект та довір'я до лікаря, без попередніх пояснень піде в належний транс на який він є спосібний, тоді він, якщо на таке дозволить терапевт, приступить безпосередньо до праці з ціллю досягнення того, що він мав на меті досягнути при допомозі терапії чи гіпнотерапії. Такі “пояснювальні передтерапевтичні сесії” не мають нічого спільного з процесом лікування, крім негативних наслідків, бо пацієнт прийшов з ціллю та з надією на все позитивне, а терапевт мусить представити йому “реальність”, тобто можливості позитивів та негативів, а тим самим і підірвати його позитивні сподівання. Потреба прояснювання, на мій погляд, виникла лише через надто дорогі літіраційні процеси та в наслідок недостатнього досвіду психотерапевтів, а гіпнотерапевтів зокрема.

Вайценгофер (1957, ст. 33) вказує на шість передумов необхідних для індукції гіпнотичного трансу, і такими передумовами являються:

- Концентрація уваги.
- Монотонність.
- Обмеженість волонтарних рухів.
- Обмеженість поля свідомості.
- Інгібіція, або класичне зумовлювання та.
- Використовування позитивних реакцій на сугестії.

Бровн і Фром (1986, ст. 66) вказують на дев'ять передумов необхідних для досягнення бажаного трансу гіпнози, ілюструючи їх методом індукції при допомозі левітації руки:

1. Концентрація уваги; без уваги пацієнта до інструкцій лікаря, реакція або відповідь є неможливою, і тому лікар акцентує; “прошу звернути та держати вашу увагу на пальцях вашої правої руки.”
2. Безпосередня обсервація переживань; щоб вдержати увагу пацієнта на його руці то лікар, згідно зі своїми спостереженнями, продовжує словами;” прошу звернути вашу увагу на сенсації вашої руки та прошу їх мені описати”; лікар при тому побуджує надію в пацієнта, що з рукою щось станеться, а також, він мобілізує пацієнта кооперацію, бо просить щоб той йому коментував про те що з його рукою стається.
3. Лікар слідить за новими рухами та переживаннями пацієнта ведучими до побуджування сподівань нових сенсацій та говорить;” ви зараз відчуєте легкість ваших пальців та вашої руки; ви вже напевно запримітили рух ваших пальців та легкість вашої руки, яка постійно зростає, так наче б вона наповнювалась легким газом”. Пацієнт звичайно, якщо не скаже, то через здивований вираз лица дає знати, що його рука наповнюється легким газом та спонтанно починає зноситися.
4. Лікар дефініює мету або ціль його сугестій, свобідно та впевнено говорячи, що “ваша рука вже стається легшою повітря, піднімається з поруча крісла та зноситься вгору... все вище та вище, як сильний аеростат.”
5. Повторювання та змінювання форми сугестії; лікар повертається до третього кроку та іншими словами повторює, що пацієнт переживає рух пальців який викликає сильну легкість руки, яка подібно як аеростат зноситься вгору.
6. Підсилювання диссоціації та безволонтарності; тут лікар з акцентом говорить, що рука становиться легкою та, що рука підноситься вгору та плаває в повітрі як аеростат.

7. Тут ще раз лікар підсилює передбачування позитивного кроку; коли пацієнта рука зноситься поволи, тоді лікар пригадує, що мета сугестії є близька до здійснення, що рука вже зноситься та, що в скорому часі знайдеться високо при повному вивершенні рамені.
8. Лікар контролює та пристосовує швидкість реакції пацієнта на сугестії, якщо цього вимагає ситуація; "ваша рука скоро доткнеться вашого чола, або доткнувшись до вашого обличчя, балон випустить повітря та рука повільно опуститься до рамена крісла."
9. Лікар звертає увагу пацієнта на позитивні реакції та говорить, що пацієнт мав присемні, хоч незвичайні переживання; рука сама знеслася та як балон плавала в повітрі.

Мої спостереження з довголітньої практики та з вишколювання гіпнотерапевтів вказують на те, що лікар повинен концентрувати свою увагу виключно на пацієнтові; він не сміє користуватися скриптами чи записками при індукції гіпнотичного трансу по-перше тому, що його темп не буде синхронізоване зі швидкістю реакції пацієнта, і тоді пацієнт відчує, що лікар "не є з ним", а ще і тому, що його інструкції не будуть мати належного особистого чи інтимного "тону", що необхідно пацієнт спостереже та, що він буде інтерпретувати як брак належного фахового вишколу, або брак самовпевненості лікаря, що буде мати негативні наслідки не тільки на сам процес індукції, але і на хід та на результат психотерапії.

Тепер подам декілька метод індукції гіпнози та при тому хочу підкреслити, що згідно з Вольбергом (1964, 1965, 1967), Мірсом (1972), Бровном і Фромом (1986) та іншими, між тими методами немає жодної переваги а, що найважливішим це те, щоб лікар почував себе вигідно при вживанні даної методи та щоб така метода мала нележне природне сполучення з відповідною працею яку лікар проводить з пацієнтом в кожному випадку та щоб техніка індукції не була дивною, або неприродною і щоб вона не викликувала в пацієнта небажаних почувань.

Техніка індукції гіпнози при допомозі релаксації

Подаю за Вольбергом (1964, ст. 34).

Така техніка зводиться до чотирьох кроків:

1. Вправ глибоких віддихів.
2. Прогресивної релаксації м'яз.
3. Візуалізації релаксуючих картин.
4. Числення помалу від одного до двадцяти.

Темп сугестій повинно бути дуже повільне й синхронізоване з поведженням пацієнта. Лікар говорить;

Прошу сісти найбільш вигідно, закрити ваші очі і прошу віддихати повільно глибокими віддихами; віддихайте так, щоб ви відчували як повітря наповняє ваші

легені; дихайте глибоко...глибоко, але завжди так, щоб ви почували себе вигідно та щоб ви відчували, що ваші груди наповнюються повітрям; вдихайте та видихайте повільно, і як ви відчуєте, що ваші груди, ваші легені, є пересяклі свіжим повітрям, то ви теж відчуєте певну втому та певну і належну відпруженість, а навіть сонливість та цілковиту релаксацію.

Тепер я хочу щоб ви концентрувались на ваших м'язах, на групах м'яз на які я вам вкажу; відпружіть їх цілковито, при тому візуалізуйте їх. Ви напевно і відчуваєте, що декотрі частини вашого тіла зціпілі отже нашим завданням є їх цілковито відпружити; найскоріше концентруйте увагу на вашому чолі та відпружіть прекрасно м'язи вашого чола, ваших очей, та всі м'язи кругом очей, а відтак м'язи вашого обличчя, уст та губ, а навіть і м'язи в середині ваших уст, а даліше ваші челюсті та бороду дайте можливість вашим м'язам звисати свobodно.

При вашому відпружуванні ваше дихання вповні регулярне, легке та свobodне.

Ви відпружуєте м'язи вашої шиї, кожна тканина ваших м'яз вповні відпружена, теж саме і ваші плечі, ваші рамена, лікті, руки, та пальці ваших рук цілковито відпружені. Все ваше тіло знаходиться вповні відпружене та всякає в крісло.

Ви можете потрясти головою щоб краще відпружитись. Тепер зверніть вашу увагу на ваші груди... на передню та на задню клітку, а відтак на ваше черево, яке вже відпружене цілковито.

Відпружіть ваші бедра, ваші коліна, стопу та пальці; все ваше тіло вповні відпружене та м'яве, і коли я підніму вашу руку вона буде дуже...дуже відпружена та дуже тяжка... ви таку тяжкість та відпруження відчуєте у вашому цілому тілі.

Ваше тіло дуже перевтомлене, і ви відчуваєте сонливість яка знаходить на ваше тіло починаючи від голови та переходить до ваших стіп. Кожне вдихнуте повітря всякає у ваші легені, і разом з тим, ви стаєтесь більш та більш дрімливим, більш та більш сонливим.

Тепер я хочу щоб ви, у вашій уяві, мали найбільш приємне, найбільш спокійне та найбільш відпружуюче місце; уявіть собі прекрасну відпружуючу картину; картину яку-небудь у якій ви відчуваєте себе прикрасно та вигідно; це може бути щось, що ви пережили в минулому, або щось що ви бажали б робити у майбутньому; це може бути картина з пляжі де ви спостерігаєте прихід та відхід хвиль; це може бути озеро по якому спокійнесенько та тишком проходять човники з парусами; це можете бути і ви, ... лежачий на м'якій та теплій траві, спостерігаючий синє небо в якому плавають білі хмарки; це може бути яка-небудь сцена, яка впливає на вас успокоююче, приємно та сонливо.

Ви стаєтесь більш сонливим та кожний ваш віддих поглиблює вашу сонливість.

І тепер, коли ви є при візуалізації приємних сцен, я буду числити від 1-20 і ви будете йти все глибше та глибше... в більш глибоку сонливість, більш приємно відпружений глибше та глибше глибокий відпочинок... в глибокий транс.

Протягом декількох слідуючих хвилин, ви на дальше насолоджуйтеся приємними та успокоюючими картинами, а при тому ви будете більш відпружені з кожним вашим віддихом та більш сонливі.

Вище подана метода може бути змінена; може бути скорочена або продовжена, в залежності від спосібностей пацієнта входити в транс та пристосована до потреб пацієнта в послугах індукції гіпнотичного трансу, але найважлишим це щоб пацієнт та лікар при тому почувались природно та приготовлялись до терапевтичних завдань які перед ними стоять.

Згідно з моїми спостереженнями, метода релаксації, часто наводить сонливість, а то і спання в пацієнта, і коли терапевт хоче вживати гіпноаналітичні методи, про які вже згадувалось раніше, то йому прийдеться перетреноувати пацієнта щоб він був активний та щоб говорив (чого звичайно людина в спанні не робить), щоб він писав, рисував, читав кристал чи дзеркало, щоб він управляв автом чи їхав на ровері, щоб він виготовляв моделі і т. д., отже метода релаксації буває добра та потрібна але не у всіх випадках, а крім того лікар повинен знати декілька метод, щоб могли їх використати для потреб пацієнтів.

Індукція гіпнози при допомозі зорової фіксації

Лікар ставить перед очі пацієнта на віддалі яких 30-50 см. та під кутом 45 ст. вгору який небудь об'єкт як наприклад олівець або ключ чи монету, а часом просить пацієнта щоб той дивився на дану точку на стелі, і починає сугерувати йому словами (тут я знову використовую та представляю методу Вольберга 1964, ст. 36):

Пильно дивіться на точку, або на такий об'єкт. Ваші очі можуть рушатися, але вони завжди повернуться до тої точки, і як ви пильно дивитись, то ви відчуваєте втому ваших очей; вони стаються тяжкими та втомленими; тепер вже є тяжче і тяжче тримати їх відкритими, Ваші очі слезять, та печуть і повіки стаються тяжкими як чавун, все більш та більш тяжкі і замикаються та остаються тяжкі як чавун. При тому ви відчуваєте велику втому та сонливість; ваші очі закриті, та ви почуваетесь сплячим та цілковито відпруженим; ваші рамена відпружені; тіло ваше відпружене; ваші ноги відпружені та ви дуже дрімливі.

Ваш віддих глибокий та регулярний і ви все більш сонливі.

Вольберг, часом, числить від один до десять та сугерує, що поступово очі замикаються і замкнуться як він відчислить. Коли ж очі не замкнуться, тоді він сугерує пацієнтові щоб той слідив за його рукою яку він близько лица підносить вгору та спускає в долину; він теж близько лица пацієнта замикає помалу два пальці руки в одно коло, що служить пацієнтові вказівкою, що його очі повинні замикатися.

Індукція при допомозі лєвітації руки

Пацієнт сидить в кріслі з інструкцією дивитися на обидві руки, які спочивають на колінах пацієнта долонями в долину, а лікар говорить пацієнтові:

Пильно стежіть за вашими руками, дивіться на них безперервно. Як ви дивитесь на ваші руки, ви відчуєте певні сенсації. Тепер ви свідомі, що ви сидите дуже спокійно, що ваш віддих є легкий та глибокий та, що ваша голова децю рушається але це не важне.

Прошу безперервно дивитися на ваші руки, і хоч ваша увага часом відійде від ваших рук, то вона знову до них повернеться. Ви може відчуєте тяжкість ваших рук на ваших колінах як вони натискають, або ви може будете відчувати матеріал ваших штанів, або може підвищену температуру ваших пальців, що спочивають на ваших колінах. Незалежно від того які сенсації ви тепер маєте, концентруйтеся на них.

За хвилину часу ви відчуєте рух ваших пальців; ви ще не знаєте котрі пальці та на якій руці будуть рушатися; це може бути котрийнебудь палець та котроїнебудь руки, і це не зробить жодної різниці.

Рух пальця скоро появиться; ви почуєте сіп пальця; такий сіп вже появился.

Дальше ви запримітите що ваші пальці почнуть розкричуватися, та розкричуються все більше і більше; дивіться та зрівняйте котрої руки пальці ширше розходяться, а тепер концентруйтеся на тій руці і ви скоро зауважите, що пальці тої руки починають зноситися вгору; це є особливо інтересно, бо палець сам підноситься вгору, а вслід за ним і інші пальці підносяться та йдуть просто вгору в повітря все вище та вище, а з ними підноситься ціла рука вгору, в повітря.

Ваші очі з приємністю слідять за тим як ваша рука підноситься вгору, все вище і вище.

Тепер ваша рука находиться прямо перед вами, і ви пильно слідкуєте за тим куди вона буде рушатися дальше, і ви побачите, що вона почне згинатися та буде зближуватися до вашого обличчя; рука йде ближче і ближче в сторону вашого лица, та як рука рушається то віддих ваш стається все глибшим, та ви починаєте попадати в сон.

Ви тепер вже є дуже сонливі, та ви попадаєте в глибший та глибший сон, з кожним вашим віддихом.

Рука зближується до вашого обличчя і ви йдете в глибший та глибший сон, і коли ваша рука доткнеться вашого обличчя ви тоді йдете в глибокий сон, але ви силою вдержуєтесь від спання, аж поки ваша рука не доткнеться вашого обличчя.

Тепер ваша рука доткнулася вашого обличчя і ви будете спати аж поки я вас не обуджу.

Техніка поглиблення гіпнотичного трансу

Транс поглиблюється при допомозі різних сугестій, які пацієнт спосібний виконувати; пов'язання виконання попередніх сугестій з наступними, впливає позитивно на ріст глибини трансу.

Вольберг для того вживає слідуєчі методи:

Каталепсія рамена; рамено пацієнта спочиває на його стегні, а лікар йому сугерує словами;

Я буду погладжувати вашу ліву руку, а ви при тому будете відчувати тяжкість тої руки... вона вже починає бути дуже тяжкою... тяжкою як чавун і тяжкість зростає до того ступня, що ви не будете всилі її порушувати; вона не порушиться; вона стається все та все тяжкою.

Я тепер числю від один до п'яти і коли я відчислю то ваша рука буде такою тяжкою наче б її притискало кілька десятків кілограмів.

Лікар числить від один до п'яти, а при тому повторює, що рука пацієнта є дуже тяжкою як чавун та пацієнт її рушити не може.

Лікар підносить руку вгору і випустивши її, рука пацієнта повинна впасти в долину; лікар опісля бере руку випростовує її горизонтально перед пацієнтом та говорить;

Тепер коли я гладитиму ваше рамено, то воно станеться штивним наче дошка; я вже натискаю ваше рамено і воно стається дуже штивне та таке штивне, що ви не можете ваше рамено зігнути а теж не можете ним порушувати ані вгору ані в долину. Бачите, що ви не зможете порушувати ваше рамено, і коли ви пробуєте ним рушати то воно стається ще більш штивним.

Коли каталепсія рамені є успішною тоді лікар, ставить рамено у вигідну позицію та сугерує пацієнтові словами;

Ви тепер стаєтесь цілковито релаксованим; ваші очі, ваші рамена... всі частини вашого тіла вповні релаксовані і ви глибоко відпочиваєте.

Каталепсія повіки

Лікар продовжує сугестії слідуючими словами;

Ви тепер глибше і глибше релаксуєте всі частини вашого тіла; всі мускули вашого тіла є вповні релаксовані; мускули голови, шиї, плечей, спини, рамен, ніг та навіть пальців на руках та ногах. Ви стаєтесь більш сплячим, ваш віддих є все більш глибокий, повільніший та регулярний. Вдихайте та видихайте ще глибше; ви почуваете себе тепло, вигідно та релаксованим.

Ви стаєтесь свідомим того, що вас вже більш не інтересує нічого крім мого голосу та, що ваші повіки сталися такими важкими наче б вони були зроблені з чавуну; ваші очі закриваються вгору, але ваші повіки стаються склеєні до купи так міцно, що всякі ваші спроби їх відкрити не будуть успішними; ваші очі лишаються закритими аж до часу поки я вам не дозволю їх відкрити, пробуйте відкрити, а переконаєтесь, що ваші очі так міцно закриті неначе б вони були склеєні.

В більшості випадків пацієнт не зможе відкрити очей, хоч бувають пацієнти які, помимо того, що знаходяться в глибокому трансі, вони чомусь таки можуть очі відкрити, а тоді лікар їм пояснює, що це нормальне явище та просить їх, щоб вони волонтарно закрили очі та дотикається очей рукою, даючи тим невербальну сугестію, що очі повинні бути закриті (Вольберг там же, ст.42).

Згідно з моїм досвідом та зі стилем моєї праці, я ніколи не вимагаю від пацієнта щоб він закривав очі, а вже ніколи я його не визиваю але звичайно говорю, що оскільки пацієнт уважає, що він почуватиметься вигідніше із закритими очима, то нехай чується свобідним їх закрити. Мені теж видається, що коли пацієнт бачить, як безволонтарно його рука зноситься вгору, або як безволонтарно вона крутиться в повітрі то він тоді скоріше та глибше піде в транс чим тоді коли в нього вимагається, щоб його очі були закритими, тому я волю транс з відкритими очима. Ще важнішим для мене-це мати пацієнта приготованого до гіпноаналітичних процедур, а саме до автоматичного писання, рисування, читання дзеркала або кристалу, моделювання глиною або плястициною, а всі повище названі та і інші процедури краще переводити з відкритими очима; я волю працювати “з пацієнтом”, тобто з активною людиною, бо пацієнт скоріше або пізніше буде свідомий всього що з ним ставалося в трансі, і оскільки він зорієнтується, що все що тоді з ним “ставалося” то ставалося в процесі його активної кооперації на несвідомому рівні, отже він буде себе почувати більш щасливий, вдоволений бо всі терапевтичні досяги він також завдячуватиме і власним зусиллям.

Слідуючий крок в поглиблюванні трансу Вольбергом це гальмування волонтарних рухів, і воно базується на принципі контролі груп мускулів, а дальше поширюючи таку контролю на все тіло людини. Лікар дає інструкції такими словами:

Тепер зложіть ваші руки разом та сплетіть ваші пальці, все сильніше та сильніше, і коли я відчислю від одного до п'яти то ви їх не зможете розлучити.

Дальше лікар дає інструкції для релаксації більших груп мускулів.

Релаксуйтеся цілковито; всі мускули вашого тіла вже вповні релаксовані, а ваше тіло плаває в повітрі і ви не маєте найменшого бажання щоб послуговувались вашими мускулами; ви більш і більш релаксовані і коли б навіть ви хотіли підвестися з крісла, то ви переконаєтесь, що ви не зможете рушитися; пробуйте навіть дуже вперто, але ви лише переконаєтесь, що ви не зможете рушитися з місця.

Автоматичний рух

Автоматичне порушення вказує на дещо глибший транс; для того Вольберг послуговується технікою ротації рук, він складає руки пацієнта перед ним та пускає їх щоб вони кружляли одна поза другу, а при тому говорить;

Я поставив ваші руки так щоб вони оберталися одна кругом другої. Ви зверніть увагу, що ваші руки кружляють одна з другою, все скоріше та скоріше та сильніше з такою швидкістю, що ви їх не зможете зупинити, навіть коли ви того бажаєте.

Вони зупиняться тільки тоді, коли я їм дозволю. Тепер вони перестають кружляти та спочивають на вигідному місці, а ви йдете все в глибший транс.

Викликування гіперсенситивності шкіри

Ви переходитеся коридором та спостерігаєте посуду з гарячою водою. Ви знаєте що та посуду є наповнена гарячою водою тому, що ви спостерегли як з посуду виходить пара. Коли ви це спостережете, то ви дасте мені проте знати, піднісши вгору палець правої руки.

Ви тепер стаєтесь дуже зацікавлені тим наскільки вода є гарячою і тому підійшовши до посуду, вкладаєте руку в виходячу з посуду пару; ви це можете робити дуже реально навіть до такого ступня, що ви будете відчувати гаряч; отже вставляйте вашу руку в пару, яка виходить з видра, та сигналом дайте мені знати, що ваша рука вже в парі.

Я тепер голкою диткнуся до руки яка є в парі і ви переконаєтесь, що вона сталася дуже сенситивною та, що ви дійсно відчуваєте болі.

Після того експерименту можна вводити анестезію, яка однак вдається дуже рідко при підготовці підчас лише одної сесії. Лікар дає слідуючі сугестії;

Як ви вже зауважили, то ваша права рука є дуже сенситивна, тому ваша ліва рука буде несенситивною.

Уявіть собі, що на лівій руці маєте грубу шкіряну рукавицю, та так скоро, як ви відчуєте рукавицю на вашій руці, сигналом дасте мені про це знати; коли голкою вколю вашу руку то ви тоді відчуєте тільки дотик до вашої руки так, як ви його відчували б через рукавицю; без найменшого болю, а відчуєте тільки дотик.

Тепер я продемонструю вам різницю між лівою рукою, яка є надто сенситивною, а між правою, яка не відчуває болю.

Ви відчули різницю між ними; права рука навіть більше стається знеболеною; знечуленість руки поширюється та поглиблюється так, що ваша ціла рука верхня та долішня частина, включно з пальцями, взагалі не відчуває болів; ви відчуваєте дотик, але не відчуваєте болів.

Ви тепер йдете в глибший транс та будете в глибокому трансі аж поки я вас не побуджу.

Ви чуєте мій голос та виконуєте мої сугестії.

Як вийдете з трансу, ви можете пам'ятати все що з вами діялось в трансі, або ви можете не пам'ятати чогось як захочете. Все те залежить від вашого рішення.

Слідуючий раз, коли буду вас гіпнотизувати, то ви підете скоріше та в глибший транс.

При допомозі повищої процедури, деякі пацієнти можуть досягнути сомнамбулістичного трансу, хоч це рідко трапляється.

Компульсивні невротики звичайно вишукують способів щоб "охоронятися" від глибокого трансу, і тому бажаним гіпнотизувати їх глибоко вже при першій сесії та дати їм постгіпнотичну сугестію, що коли вони будуть гіпнотизовані слідуючий раз, тоді вони відразу підуть в ще глибший транс, чим вони знаходяться тепер.

Ця метода може причинитися до глибшого трансу при слідуючій сесії (Вольберг, там же ст. 45).

Спосібність говорити в гіпнозі без пробудження

З ціллю проведення гіпноаналітичних процедур, бажаним є щоб пацієнт будучи в трансі, міг говорити, і це можливо досягнути при допомозі відповідного тренування навіть тоді, коли пацієнт ще не є спосібний для того щоб в нього можна викликати анальгезію. При тренуванні пацієнта можна вживати такі методи, як от наприклад, лікар говорить пацієнтові;

Помимо того, що ви є сонливі, але ви будете добре чути мій голос та зможете говорити до мене, без того щоб ви побуджувались; ви будете говорити зі мною так як людина говорить будучи в сні; ви відповісьте на мої питання без труднощів та без побуджуванняся.

Тут звичайно дається якесь легке та коротке питання, без того щоб мобілізувати емоції пацієнта і пацієнт почне говорити. Мова пацієнта, спочатку не все буває дуже ясна, але скоро покращується.

Переконавши пацієнта, що він непобудившись говорить, лікар звертається до нього словами;

Ви тепер станете впевнені, що ви говорите зі мною, будучи в сонному стані; ваші очі остаються закритими, ви не маєте найменшого бажання порушуватись і ви спите помимо того, що ви зі мною говорите. Говорячи зі мною вам може захочеться відкрити очі, або порушуватись, але ви того не зробите аж поки я не дам вам на це дозволу.

Впевнившись в тому, що пацієнт вже спосібний для того щоб він міг в трансі говорити, лікар ставить йому питання та говорить з пацієнтом на теми, які для пацієнта мають і емоційне значення, а тим самим лікар приготує пацієнта до участі в свобідній асоціації слів та інших гіпноаналітичних метод.

Сугестії галюцинацій

Лікар дає такі інструкції пацієнтові;

Як ви тут сидите в цьому кріслі, я вам сугеруватиму, що ви і я, виходимо з кімнати, і ви це приймаєте сильно у вашій уяві; дальше, ви уявляєте, що ми йдемо дорогою та звертаємо на подвір'я школи, на якому бавляться діти, а тут появляється учень з дзвінком в руках, він дивиться на годинник, який висить на стіні і починає дзвонити.

Звуки дзвону ясно пригадують вам дзвінок школи до якої ви ходили, маючи 12 літ.

Як ви добре та досконало почувте дзвінок, ви дасте мені про це знати, піднявши вгору праву руку.

Виходячи з подвір'я школи, ми находимо на куц покритий білими цвітами, які мають прикрасний та сильний аромат; ви мені скажете як називається цей куц, та як вам подобається запах його цвітки.

Подібні галюцинаційні тренування треба перевести з усіма органами відчуть, ще поки лікар приступить до гіпноаналітичних процедур.

Фантазування та індукція снів

Ці дві методи бувають дуже корисні при гіпноаналітичній праці. Лікар дає такі інструкції;

Ви тепер собі уявляєте, що ви в театрі та сидите в другім кріслі третього ряду, ваші очі звернені на куртину яка закриває сцену. Прошу мені дати знати, що ви все те, що я вам говорю, бачите та чуєте; з правої сторони куртини появляється мужчина, який заглядає поза куртину, а на його обличчі показується жах; вас дуже інтригує питання, чому він так жахається.

За хвилину куртина відкриється і ви побачите чому той мужчина так жахається. Так скоро як ви будете бачити та чути, що діється на сцені, то ви мені переповісьте.

Ви продовжуєте бути в театрі, жахлива картина вже скінчена, а куртина замикається; перед нею, як і попередньо, появляється той самий мужчина, що

появився перед тим, але він тепер не має виразу жаху, а навпаки, він дуже веселий та щасливий і його щастя якимось переливається на вас, і ви теж відчуваєте себе щасливим.

Вас інтересує, що робить його таким щасливим. За хвилину куртина відкриється і ви побачите, що робить того мужчину таким щасливим і ви мені про це докладно розкажете.

Після того як пацієнт детально розкаже про все, що він бачив, що він чув та переживав, лікар пояснює пацієнтові, що;

Все, що пацієнт бачив, це фантазії. Фантазія це процес думання, який появляється в час спання. Такі фантазії є споріднені зі сном; фактично сни це нічого іншого як фантазії в стані спання.

Коли в майбутньому я буду просити вас щоб ви мали сон, то ви дозволите вашим мислям вести себе спонтанно і тоді у вас появляться серії думок подібних як ви їх тепер переживали.

Ви також можете мати дійсний сон, тільки дайте собі волю думати, бажати, мріяти про все цілковито свobodно та без жодної контролю. Коли ви будете мати труднощі з темою сну, то ви завжди можете знайти тему, звертаючись до якоїсь театральної сцени.

Найважнішим-це щоб ви безцензурно та спонтанно відносилися до ваших фантазій та до ваших снів. Так скоро як у вас появиться сон, ви мені будете його переповідати.

Дисторзія

Дисторзія часу буває особливо придатною в гіпноаналізі та в гіпносугестії; час можна продовжувати, конденсувати або переміщувати, в залежності потреб; пацієнта можна звернути до якогось потрібного часу при гіпноаналізі, його можна проєктувати в майбутнє; час можна конденсувати так, що години часу на годиннику можуть прийматися пацієнтом за пару хвилин, або навпаки.

Лікар дає слідуєчі інструкції;

Ви будете відчувати, що час тягнеться в безконечність, що кожна хвилина виглядатиме так як довга година.

В такий час багато дечого появиться у ваших мислях, а вже особливо відчуєте, що ви приємно та довго й успішно відпочивали, що ви і відмітите зараз після того як я вас виведу з трансу.

Повторні гіпногичні сесії, закінчені сугестіями, що пацієнт при слідуєчій сесії піде ще в глибший транс, або і без подібних сугестій, завжди (хіба, що для того будуть певні причини, такі як невпевненість, страх, стид, недовір'я, або сотні інших інтра-чи-інтерперсональних) піде скоріше та в глибший транс, але крім того є ще процедури, про які вже згадувалось вище та які вимагають особливо глибокого трансу та набутих способностей і до них належать:

Відкриття очей без того щоб пробудитися

Тренуючи пацієнта, для того, щоб він не пробудившись, відкрив очі, лікар йому сугерує;

Фантазуйте, що я підношу пляшку з водою близько до вашого обличчя; ви бачите, що вода в пляшці є прозора, але як ви блими приглядаєтесь то ви зауважуєте що колір пляшки міняється на рожевий, а далі на червоний.

Так скоро як ви побачите, що колір відповідно міняється, ви мені дасте знати піднявши праву руку.

Помимо того, що ви є в глибокому трансі, ви зможете відкрити очі, але не пробудитися. Спочатку ви будете бачити все туманно, але скоро вам все проясниться і ви ще глибше підете в транс.

Помимо того, що ваші очі будуть вповні відкриті, то ви йдете в глибший транс, та останетесь в трансі аж поки я вас не пробуджу; ви зможете встати та зможете порушуватись по кімнаті; ви зможете дивитися на речі які я вам вкажу.

Коли ваші очі будуть вповні відкриті, я піднесу до вашого обличчя пляшку з водою і дивлячись на неї ви побачите, що краска води зміниться на рожеву, а відтак на червону, так як це було попередньо, коли ви були ще із закритими очима.

Так скоро як ви запримітите, що колір води міняється то, піднявши палець правої руки, дасте мені про це знати.

Тепер ви встанете з крісла і перейдете до стола на якому є догоряюча свічка і ви свічку погасите.

Такі експерименти треба повторити декілька разів, даючи пацієнтові емоційно нейтральні сугестії, ще поки лікар буде їх вживати в гіпно-терапевтичних ситуаціях, бо треба пам'ятати, що спомини які мають сильні емоційні забарвлення, можуть сприяти в поглиблюванні, але також і в полегшуванні глибини стану.

Постгіпнотична амнезія

Пацієнти які мають спосібності входити в сомнамбулістичний транс, нерідко мають спонтанну постгіпнотичну амнезію, але часом така амнезія буває тільки частинною, або неповною, тобто пацієнт пам'ятає дещо але не все.

Буває також і так, що спонтанна амнезія стається дуже коротко-тривалою і тоді буває загроза, що пацієнт може передчасно привести до свідомості щось, чого він емоційно ще не зрілий прийняти.

Тому від сомнамбулістів треба довідатись та впевнитись який ступінь та яку тяглість має їхня спонтанна амнезія, та вразі необхідності їх можна тренувати сугеруючи, що поки пацієнт побудиться з трансу, то він буде мати коротенький але дуже ясний сон, який він вповні запам'ятає але, що він забуде все, що з ним було від індукції трансу, або від якогось точно означеного пункту, аж до сугерованого сну.

Пацієнтів також можна тренувати так, щоб вони пам'ятали якусь визначену терапевтом частину пережитого в трансі, та щоб вони приводили до пам'яті щось лише згідно з вказівками лікаря.

Деякі пацієнти вважають надто принизливим для себе сам факт, що вони чогось не пам'ятають, тому ніколи не пошкодить коли таким, або і всім пацієнтам, лікар сугерує, що вони будуть пам'ятати певний фрагмент пережитого в трансі, що їх вповні вдовольнить, а що все інше їх "не буде інтересувати".

Постгіпнотичні сугестії

Як вже попередньо підкреслювалось, до постгіпнотичних сугестій треба підходити особливо обережно з огляду на факт, що лікар в амбуляторних випадках не буває з пацієнтом тоді коли той повинен виконувати дані йому в трансі сугестії, а тому він і не зможе йому допомогти.

Лікар, поки почне вживати постгіпнотичні сугестії, мусить докладно впевнитись, що дані сугестії не суперечать особистим принципам пацієнта, що пацієнт не ламаючи соціальних, релігійних, культуральних та інших важливих для нього приписів, має повну можливість для того щоб могли виконати постгіпнотичні сугестії.

Гіпнотичні сугестії мають компульсивний характер на пацієнта, а в додатку до того, і походження компульсії є йому дуже рідко відоме; не виконавши постгіпнотичних сугестій пацієнт не тільки почувається психічно дуже погано тому, що він завжди відчуває, що він щось не зробив, що він повинен був зробити; він остається не тільки прибитий почуттям самообвинувачування, але він також почувається, що він нечесний в його відношенню до терапевта, і тому, замість звертатися до нього о поміч, то пацієнт буде від нього втікати, він буде за всяку ціну його уникати, отже він останеться без помочі, якої він часом дуже негайно потребує.

Тому треба впершу чергу належно витренувати пацієнта щоб бути певним, що стан є такий, що він без особливих труднощів може виконувати постгіпнотичні сугестії.

Вольберг (там же, ст. 53) рекомендує, що найскоріше треба витренувати пацієнта щоб він мав постгіпнотичні сни, таки в кабінеті лікаря, а далше йому сугерується, що на певний сигнал, пацієнт представить щось про що він мав сон.

Тоді йому сугерується анестезію одної руки та гіперстезію другої руки, яка в нього появиться на відповідний сигнал лікаря і так же само, на відповідний сигнал, зникне.

Пацієнт мусить докладно зрозуміти зміст та умови, в яких він повинен виконувати постгіпнотичні сугестії, і тому їх треба належно передискутувати з пацієнтом та впевнитись що йому все зрозуміле.

Сомнамбулістам особливо потрібно також дати постгіпнотичну сугестію, що вони не будуть гіпнотизовані ніким іншим, крім лікаря який його тепер гіпнотизує, або іншим лікарем в порозумінні з ним, та для певних, знаних і зрозумілих пацієнтові цілей.

Вищенаведені, в деталях, методи індукції та поглиблювання трансу є тут подані з ціллю запізнати читача не тільки з “технікою”, але радше з розвитком гіпнотерапії та гіпноаналізи.

Бо досвідчений гіпнотерапевт технікою не інтересується, і наслідування “техніки” може бути більшою перепоною в успішному вживанню гіпнози, чим поміччу.

Оператор, в клінічній ситуації, мусить все звертати увагу на своє положення, на свою ролю, на свій стаж, престиж і тим подібно, а “мавпування” техніки може бути тільки перешкодою та причиною неуспіхів.

Терапевт мусить відчувати, що його поведінка є природною та властивою в даній ситуації, а не наслідуваний артефакт, який і йому самому, а ще більше пацієнтові, може видаватись негідним та бридким.

Терапевт повинен пам'ятати *принципи індукції та поглиблювання трансу*, а техніка в нього повинна впливати з його досвіду, особистості, його становища та професійного стану.

Важливим на мій погляд-це самодосвід в трансі, бо при читанні можна дуже багато навчитися “про гіпнозу”, що і до речі для професійної людини

необхідним, але без особистого переживання в трансі, лікар не легко зрозуміє всіх тонкощів характерних гіпнотерапевтичному процесові.

Психолог чи лікар, ніколи не буде свідомий вартості гіпнози настільки, спостерігаючи чи читаючи, студіюючи теорію та практику, наскільки він навчиться, а радше *пізнає гіпнозу, будучи сам гіпнотизований*.

Чим більше разів, та в інших змінливих ситуаціях при різноманітних потребах та іншими операторами людина яка вчиться гіпнотерапії, буде гіпнотизована, тим краще поняття вона буде мати про почуття людини гіпнотизованої, а різноманітності таких почувань, що є найважливіше в гіпнотерапії, висловити не можна.

Знаючи принципи, та опанувавши спосіб автогіпнози, психолог чи лікар повинен пускати себе в транс принайменше раз в тиждень, а недосвідчені в гіпнотерапії лікарі повинні хоч раз на пів року, віднімати бородавки, які прикрасно зникають при гіпнозугестії, з виїмком плянтарних бородавок, а це пригадає їм, що гіпноза-це *потенціальний та гострий інструмент, який треба належно респектувати*.

Для того щоб читач познайомився з різноманітними способами індукції та поглиблювання трансу, які можуть йому придатися, або на яких він схоче взоруватися, в скорочені подам ще декілька прикладів.

Техніка падіння монети

Її можна використовувати з дітьми, особливо в дентистичних кабінетах, для того щоб дитина кооперувала з дентистом та для есентуального контролювання болю та кровотеч. Такий спосіб можна вживати при закритих або при відкритих очах. Пацієнтові дається до руки монету з такими інструкціями;

Прошу закрити руку та держати всю увагу на вашій руці; тепер витягніть руку перед собою, та уявіть собі, що монета яка у вашій руці перемінилася там в балон який тому, що ogrівається вашою рукою, поширюється, та поширюється так сильно і так скоро, що за пару хвилин він розкриє вашу руку і монета випаде з руки; зверніть увагу, що пальці вашої руки вже рушаються, вже відкриваються, а коли я ще мою рукою дитткнуся вашої руки, тоді температура повищиться, балон нагло відкриє вашу руку, з якої монета випаде і ви підете в глибокий транс.

Я волю говорити, що пацієнт піде у глибокий відпочинок, та все в більш прийнятний з кожним його віддихом.

Такої самої методи можна вживати з малими змінами; пацієнта проситься щоб він витягнув перед собою руку долонею вгору і на долоню положити йому монету з пересторогою щоб він без порушень держав руку, бо монета впаде на підлогу... і тоді він піде в транс.

На такій самій засаді ставиться монету дитині на руку, з інструкцією щоб вона сильно замкнула руку, та витягнула рамено перед собою, й сугерувати їй, що вага монети скорим темпом зростає і як лікар відчислить від 1-10, то тягар

монети буде такий, що потягне руку в долину та, що монета випаде з руки, а очі дитини замкнуться і вона буде глибоко відпочивати.

Ідеомоторні явища це припинювання або витворювання руху, який викликається пацієнтом як реакцію на думку або на уяву сугеровану гіпнотистом при гетерогіпнозі, або й самим суб'єктом при автогіпнозі. Ідеомоторні явища бувають цікаві та корисні тим, що вони не тільки суб'єктивно переживані, але крім того вони спостерігаються посторонньою людиною, а що найважливіше самим суб'єктом, що при індукції гіпнотичного трансю, відбирає сумніви суб'єкта що він є в іншому чим звичайному стані свідомості, а тим самим уможлиблює, прискорює та поглиблює транс.

Ідеомоторні явища, крім їхньої ролі при індукції та при поглиблюванні трансю, відіграють колосально важливу роллю в процесі гіпноаналізи, бо автоматичне порушування руки, при “автоматичному рисуванні, при писанні” та інших процедурах, відбирає в пацієнта відповідальність за щось об'явлене, бо воно не сталося з волі чи наміру пацієнта.

Індукцію трансю при допомозі левітації руки, де використовувалося ідеомотор, вже описувалось раніше, а тепер в скорочені подам ще одну методу (Бровн і Фром, 1986, ст. 87) знану як “магнети”.

Терапевт дає інструкції пацієнтові щоб він перед собою витягнув обидві руки долонями зверненими до середини на віддалі 40 см. одна від другої, а даліше; уявіть собі, що до долоні вашої правої руки прикріплений сильний магнет, і такий же сильний магнет, але протилежного полюсу, є прикріплений до вашої лівої руки і ви відразу відчуваєте як магнети зводять ваші руки до купи .

Тут без того щоб багато разів повторювати сугестії, які пацієнт часто використовує для того щоб показати лікареві, а особливо собі, що він не є “людина слабої волі”, при інструкції кількома словами та при пасивному спостережуванні, лікар має в трансі пацієнта в кількох хвилинах.

Техніка *бентеження, або фракціонування чи роздріблювання*-це метода яку вживав Мільтом Еріксон (1967), особливо з пацієнтами, які з різних причин, уважалися неспосібними до гіпнотичного трансю, або неспосібними до глибокого трансю.

Новочасні гіпнологи (Бровн і Фром, ст. 105) навіть вважають таку методу “зневажаючою” для самого явища “зміненого стану свідомості”, як також і для достоїнності пацієнта. Вони вказують, що пацієнт замість бути ніжно та поступово впровадженням в глибший транс, буває насильно “вкинтий” в транс, або він туди втікає сам.

Вони однак признають, що лікар часто витрачає забагато часу (та безуспішно) для того щоб допомогти пацієнтові, який має фальшиві поняття про гіпнозу та про її властивості і роллю в психотерапії і що такі пацієнти дуже часто остаються без потрібної їм допомчі.

Такі методи Еріксона особливо послуговуються гіпнотичними та постгіпнотичними сугестіями. В першій сесії пацієнт повинен досягнути

принайменше середньої глибини трансу, а наступні індукції повинні послугуватися постгіпнотичними сугестіями.

Деякі із його технік включають послуги певними ритмічними натисками на тіло пацієнта, які мають точно окреслені значення, і такі ритмічні натиски вживається так довго, як цього потрібно для індукції та для поглиблення трансу. Тут варто згадати, що Франц Андреас Фольгієші подібні методи використовував при гіпнотизуванні тварин. (Фольгієші, 1963)

Інша метода Еріксона це техніка “бентеження”, яка також допроваджує пацієнта до стану, коли він тоді скривається, або “втікає” в гіпнотичний транс.

Повище я вже висловив моє становище що до вживання метод індукції; ідіосинкразія тут відіграє важливу роллю, і тому я вважаю, що сліпе копіювання метод індукції чи гіпнотерапії рідко, якщо взагалі дасть успішні висновки. А коли терапевт стрічається з пацієнтами, які з огляду на неналежну а то і фальшиву поінформованість, негативно відносяться до гіпнотерапії і якщо йому не пощастить переконати даного пацієнта, що гіпнотерапія-це потрібна та корисна метода для його лікування, і коли закон дозволяє вживання певної методи, яка між іншим віддзеркалюватиме природню поведінку та особовість і професійний стан лікаря, то я вважаю, що він повинен, маючи на серці добро пацієнта, вжити відповідної з його оцінкою методи для того щоб уділити помочі пацієнтові.

Інші методи, які вживають уяву та фантазію для індукції та для поглиблювання трансу, це *техніка сходів, елеватора та екскаватора, техніка човна, фантазування пляжі, фантазування плавання в хмарах, фантазування відвідин музею, фантазування сходу чи заходу сонця, фантазування океану та інші*, які терапевт може достосовувати до потреб своєї праці.

Методи фантазування нерідко також викликають чергування уяв та фантазій терапевта та пацієнта, тож треба бути приготованим щоб такі фантазії пацієнта стрінуті належно з терапевтичною відповідальністю, а не оправдувати себе, що пацієнт ще “тільки в стадії індукції гіпнози, а не в стадії терапії”.

Вже вище підкреслювалось, що терапевтичні співвідношення, якщо вони повинні принести очідані плоди то вони повинні бути терапевтично прийняті вже від першого контакту пацієнта з терапевтом.

Методи фантазування при індукції повинні використовувати всі відчуттєві органи пацієнта від зорового до смакового, бо чим більше органів відчуття вживається при індукції тим буває, не тільки кращий результат індукції, але і кращий результат терапії, бо пацієнт навчиться та призвичаїться вживати весь свій потенціал відчуттєвий та почуттєвий, для того щоб собі належно допомгти.

Коли, наприклад, пацієнт поглиблює транс при помочі ступаючи сходами, то для належної підготовки треба використовувати не тільки ступенування чи глибину, яку можна досягнути йдучи по сходах, але і наприклад стимулювати зорові відчуття (звертаючи увагу на картини, які прикрашують сходи) та відповідні до картин почуття пацієнта.

Треба також стимулювати тактальні відчуття, йдучи по коврах, по цементі чи по кафлях; використовувати уяву пацієнта при відшукуванні тайн які можуть знаходитися в закритих кімнатах, або в інших недоступних місцях.

Це також відноситься до плавання човном; тут необхідно включати багатство природи (флори і фауни), які знаходяться при річках, озерах чи морях, а при тому призвичаювати пацієнта до мінливості, які проявляються і бувають характерні плаванню човном.

Пацієнт дуже часто держиться чогось та боїться змін, яких він дуже потребує, і такі фантазійні виїзди човном, можуть зрушити пацієнта з місця до якого, під тиском страху, він себе “прикував”, і спочатку бачити себе в фантазії десь у якомусь місці яке дає йому прикрасну насолоду та вдовolenня та евентуально рішитись, щоб у реальності щось подібного пережити.

Фантазування хмар, має властивості підносити пацієнта “понад буденне” життя, вводити його в містичність, яка є поза обсягом творчості людини та її контролю, а тим самим відтягати від пацієнта його навичку щоб тільки вічно за собою дивитися, себе берегти, себе контролювати, себе осуджувати.

Екстеріоризація заінтересувань пацієнта це дуже важлива та необхідна для здоров'я черта та активність.

Коли ж людина зможе, разом з хмарами звестися і пливати понад полями, океанами, понад містами лісами та ріками, вона тоді ідентифікує себе з потенціалом, з мобільністю та зі свободою хмар.

Ще інший спосіб індукції та поглиблення трансу-це при допомозі музики. (Волкер, Венди-Люїз, 1979, 1991)

Вона прикрасно вибирає відповідні мелодії для даного індивіда, беручи під увагу його потреби та евентуалії які можуть проявитися в ході індукції та терапії.

Музика мені сталася дуже придатною при переведенні курсу з “Продовженого гіпнотичного відпочинку”, який тривав 10 годин. Учасники були прошені щоб, на письмі, принесли зі собою особисту мету з якою вони прийшли на 10-годинний гіпнотичний відпочинок (це крім того, що вони хотіли познайомитись з принципами та практичним переведенням такого відпочинку), який мав усім учасникам послужити за постгіпнотичну сугестію.

Кожний з учасників мав доступ до мене та моїх асистентів для того щоб впевнитися, що особиста ціль учасників не суперечить добрим, здоровим психічно й фізично цілям та тенденціям (це по мимо того, що всі учасники мали наукові ступені з психології або медицини), бо відповідальність за результат курсу лежала на мені, а я вже мав досвід, що університетський диплом не є запорукою для того, що людина, під психічним оглядом, завжди здорова та нормальна.

Ще поки я приступив до індукції трансу, я дав, для цілої групи “передгіпнотичні сугестії” такого змісту;

“Коли буду сугерувати вам в трансі, що ви досягнете бажаних вами цілей, то буду мати на увазі ціль кожного з вас особисто, яку ви принесли на записці та

яку ми з вами узгіднили, і така ціль являється вашою особистою *постгіпнотичною сутестією*.

Разом з екзистенціалістами; Сартром, Марсельом, Гайдеггером, Бінсвангером, Босом, Ван Кааомом, Ясперсом та іншими я вірю, що кожна людина є ковалем власної долі, що кожна людина є в постійнім формуванні та, що вона вкинута та змушена щоб вживати свобідної волі та вибирати собі цілі і робити власні рішення та, що такі рішення мусять віддзеркалювати глибину власного “я”; його принципи, його бажання, його любов, але його власні мрії та бажання, а не бажання посторонніх людей, але бажання свої власні.

Бо людина мусить бути відкритою до себе, мусить бути справедливою перед собою-вона *мусить бути автентичною*.

Люди, які позбулися автентичності, тобто люди які сліпо наслідують чи емітують когось, завжди ставлять себе в другорядне положення, вони знаходяться завжди “під або поза кимось або поза чимось”; вони тоді, в найкращому випадку стаються другорядними, а ніколи не бувають перші та у результаті вони почуваються все недостатніми, другорядними, виснаженими та навіть безнадійними, і вони можуть перестати змагатися для того щоб щось досягнути, і тому залишать себе опорожнілими від бажань, від мрій, від ідей від цілей, а тим самим зроблять своє життя опорожнілим від винагород та в багатьох випадках безвартісним, безнадійним та нудним.

Тому то, коли я сугеруватиму, що ви будете почувати себе більш автентичними; що ви будете респектувати ваші бажання та ваші мрії і надії то це буде означати, що ви будете мати цілковите довір'я до себе та, що ви *самі будете робити ваші рішення з ціллю власного добра*.

Слідуюча сугестія говорить, що ви останетесь “відкритими” до переживань, бо нерідко людина буває так зануреною в змаганнях зі своїми проблемами, пересякними почуваннями стида, викидами совісті, жалів і т. п., що вона навіть не добачує, що щось кругом неї діється, щось стається, що має належне відношення до неї, і тому вона, будучи занурена у власних проблемах, не візьме участі в тому щоб творити свою власну теперішність та майбутність.

Вона не візьме жодної участі в процесі творення світу такого яким вона бажала б його бачити та в якому вона хотіла б жити.

В результаті така людина відчуває, що вона *насилно втягнута в ситуацію* якої вона не творила, не бажала, а стається це тільки тому, що людина, будучи занурена у власних проблемах, не бачить руху життя кругом себе яке належить їй та вона й не бачить можливостей для того щоб вложити свій вклад в формування світу такого якого вона бажає, і тому вона почувається нещасливою, бо знаходиться в оточенні яке творилося без її волі, вона знаходиться в чужому в нудному та в небажаному для неї світі.

Практичний висновок такої ситуації диктує людині, щоб вона перестала карати та тортувати себе тому, що вона “недостойна та слаба”, щоб вона перестала бути прикована до почувань нещастя, але щоб піднялася та брала активну участь в своєму житті.

Людині також потрібно пізнавати та респектувати реальність. Екзистенціальна філософія вчить нас, що свобода є реальною тільки тоді, коли вона є *обрамована* реальністю; тож без уваги на реальність людина завжди натрапить на катастрофу, або найменше на невдачу.

Такі реальності можуть бути фізичного характеру, соціального, економічного, культурального, та деякі можуть бути незмінні й перманентні, такі як генетично удіичені, але більшість реальностей, бувають таки змінливі і тут потрібна увага екзистента.

Важливим завжди пам'ятати, що почуття щастливості це найдорожчий дар, який людина посідає та який вона може поділяти з іншими.

Треба також не забувати, що *щастя не є самоціллю*, бо щастя появляється в людини тільки в наслідок досягнення чогось, що людина своїми зусиллями досягне та що згідне з її особистими принципами.

Дехто почувається, що він, в ім'я *чийогось щастя*, наприклад дітей, родичів, батьків чи подружніх партнерів, бажав би жертвувати навіть *собою* забуваючи при тому, що любимі нам люди, не хочуть наших сліз але хочуть відчутти тепло нашого щастя.

Людина не сміє *прикріплювати себе до жалюгідного стану* та до страждань тому, що вона себе засуджує за свої помилки, за свої слабості або недосконалість; вона повинна пам'ятати, що вона хоч будучи навіть геніяльною, то всеж остається недосконалою та спосібною на невдачі та на помилки.

Шлях від нещасливих почувань, шлях до щастя є тільки один, тільки *через досягнення чогось*, що вона вважає потрібним, добрим та шляхетним, а не з безпідставним безконечним міркуванням над власними недосконалістями, над слабостями, над помилками.

Дуже важливим для людини-це пам'ятати, що людина родилась для того *щоб піклуватись*; ми піклуємось дітьми, батьками, сусідами, біженцями, голодуючими та бездомними, ми піклуємося тваринним та рослинним світом, а при допоміж емоцій ми піклуємося і явищами, яких ми ніколи природно не стрічали .

Спосібність людини піклуватися та турбуватися долею близьких та далеких її людей та світу, оставляють її з відповідною дозою тривоги, а це вповні нормальний стан людської екзистенції.

Для того щоб людина могла піклуватися, щоб могла досягати, щоб бути в зв'язку з реальністю, щоб бути відкритим до життя, щоб бути автентичним, щоб могли вибирати та робити рішення, то людина мусить вести відповідний життєвий стиль; вона крім праці, мусить відпочивати, мусить їсти, мусить пити, мусить спати, та мусить мати час на розвагу.

Важлим також, щоб людина відмежовувала працю від снання та відпочинку, бо без належного відмежування, людські зусилля будуть безуспішні і людина буде перевтомлена та розчарована.”

Після таких передгіпнотичних сугестій, які були широко та відповідно передискутовані, я перевів “Тест гіпнотичного профілю” (про який буде мова пізніше) та індукцію трансу, мною комбінованою метою, пов’язуючи левітацію руки з відповідною-успокоюючою музикою.

Техніка гіпнотизування при допомозі левітації руки, була вже описана раніше.

Сугестії для індукції трансу при допомозі музики, треба пристосовувати для кожного пацієнта зокрема, але для гомогенної групи, можна в загальному сугерувати, що людина "...на хвилях музики полине в приємний та корисний транс..., що кругом нього появляються прикрасні картини та явища...в які він спонтанно включається..., що його тіло стається легким та вигідним ..., що його думка прикріплюється до приємних музичних мелодій та його тіло піде в глибший відпочинок... а, що його фантазія буде сильніше лучитись та переплітатись з мелодією і він буде спосібніший в досягненні своїх цілей..., що коли я перестану говорити та давати вказівки, тоді суб`єкт буде в контактї зі мною при допомозі музики, аж поки він формально не буде виведений з гіпнотичного трансу..., що він буде почуватись спосібним для того щоб використовувати транс для корисного відпочинку та, що він побудиться з прекрасним самопочуттям.

Всі його тілесні потреби він задовольить так, або і більш успішно, як він їх задовольє в нормальному стані.”

Перед виведенням з трансу, учасникам сугерувалися змодифіковані версії “Підкріплення особистості” Гартланда (1965) та Стантона (1989).

Такий гіпнотичний відпочинок можна вживати в амбулаторних умовах, але тоді не довше як 12 годин.

В госпітальних умовах, якщо цього потрібно, така процедура може тягнутися так довго як того вимагатиме стан пацієнта.

Тут потрібно мати відповідно вишколену обслугу, для якої гіпнотичний транс не був би незнаним явищем та яка була би спосібною відповідно реагувати на спонтанні та неочіжані явища.

Довготривалий гіпнотичний відпочинок пов`язаний з музикою, може визвати, між іншим, і спонтанну абреакцію, тому треба присутності досконало вишколеного гіпнотерапевта, який прийняв би таке явище терапевтично.

Продовжений терапевтичний відпочинок рекомендується для консолідації та для закріплення успішної психотерапії.

Довготривалий транс відбирає в пацієнта заскору зустріч з елементами які в минулому служили для нього як стимули до патологічної поведінки і тим самим охороняє пацієнта від почувань розчарування, що він, маючи вгляд в генезу патології, все-таки “поводиться хворобливо як і перед терапією”.

Психотерапія та психічна недуга буває не менш виснажуюча чим недуга “фізіологічна” і тому відпочинок в трансї буває дуже корисний, а особливо тому, що такий відпочинок природний, без наркотиків та без снотворних

речовин та і при тому людина не тільки, що відповідно кормиться, але вона може мати відповідні та належні їй фізичні вправи.

Тому продовжений гіпнотичний відпочинок рекомендується для реабілітації пацієнтів після фізичних та психічних недуг.

Продовжений гіпнотичний транс рекомендується і для пацієнтів які не роблять належних прогресів в психотерапії.

У результаті продовженого трансу та відповідних даним пацієнтам сугестій, вони часом можуть позбутися старих навичок та компульсій, як також і осягнути належний вгляд в генезу захворювання, без того щоб ним ділитися з психотерапевтом, чого вони бояться часто в ході формальної та активної психотерапії, і вийти цілковито здоровими після належного відпочинку (Куріама, 1968), (Платонов, 1959), (Вольберг, 1967), (Кратохвіль, січень 1970, квітень 1970), (Веттерштранд, 1902).

Тести глибини трансу

Як вже багато разів згадувалося вище, гіпнотичний транс, навіть тоді, коли він видається дуже легким, дуже часто має лікувальні властивості. Але не залежно від того треба мати на увазі, що є багато гіпноаналітичних та гіпнотерапевтичних процедур яких, без відповідної глибини трансу, перевести не можна, і тут виринула проблема ступенування трансу.

Повище також згадувалося про глибину трансу та про її ступенування, але тут в тому розділі, над цим питанням застановлюся дещо докладніше.

Читач може брати під увагу не лише історичний розвиток ступенування трансу, але також звернути увагу на периметри які у відповідних стадіях пізнання природи гіпнози, інтересували дослідників, бо багато з тих периметрів ще і досі не знайшли вдоволяючих відповідей, а осталися об'єктом наукових досліджень.

В минулому столітті питанням сусцептебільності та глибиною трансу займалися кільканадцять дослідників, а між ними; Брамвел, Форель, Гільгер, Ллойд-Таклей, Либо, Восінг, Пероне, Веландер, фон Еден, фон Рендергем, фон Шренк (Bramwell, Forel, Hilger, Lloyd-Tuckley, Libeault, Vosing, Peronnet, Velandier, Von Eeden, Von Renterghem, Von Schrenk) та інші.

Шкала Бернгайма (1888), зводилася до дев'яти точок

Ступінь	Пояснення	
<ul style="list-style-type: none"> • Після побудження суб'єкт був свідомий та пам'ятав про все що сталося під час трансу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 	<ul style="list-style-type: none"> • Неактивність, сонливість, реакція на різні сугестії такі як теплота, або заціпілість. • Неспособність відкрити очі, як реакція на визов. • Сугерована каталепсія при кооперації та пасивності суб'єкта, але суб'єкт спосібний відкрити очі, якщо він захоче • Каталепсія та ротарний автоматизм рук, чого суб'єкт не спосібний контролювати. • Сугерована анальгезія та контракція мускул буває присутньою. • Присутність автоматичного послуху операторові, суб'єкт поводитьсь безволево
<ul style="list-style-type: none"> • Присутність амнезії при виході з трансу 	<ol style="list-style-type: none"> 7. 	<ul style="list-style-type: none"> • Суб'єкт має галюцинації під час трансу та у результаті постгіпнотичних сугестій

Шкала глибини трансу Либо;

Ступінь		Пояснення
Легкий сон	1.	<ul style="list-style-type: none"> • Дрімливість; неактивність, важкість голови, неспосібність відкрити очі.
	2.	<ul style="list-style-type: none"> • Легкий сон; присутні всі явища з першого ступеня та присутність каталепсії, але з умовою, що коли суб'єкт конфронтований то він буває спосібний щоб змінити позицію
	3.	<ul style="list-style-type: none"> • Легкий, але дещо глибший сон; характерний сціпілістю, присутністю автоматизму, а також і можливістю викликування каталепсії, суб'єкт вже не може здержати ротарний автоматизм рук.
	4.	<ul style="list-style-type: none"> • Середньо-легкий сон; в додатку до каталепсії та ротарного автоматизму, суб'єкт не спосібний щоб присвячувати увагу постороннім явищам, а вся його увага буває зосереджена на інструкціях оператора
Глибокий сомнамбулістичний сон	5.	<ul style="list-style-type: none"> • Звичайний сомнабулістичний сон; при побуджені присутня тотальна амнезія, суб'єкт може мати галюцинації підчас трансу, але вони зникають так скоро як суб'єкт побудиться.
	6.	<ul style="list-style-type: none"> • Суб'єкт виконує волю гіпнотиста

Широко знаний на заході суцетпібільний гіпнотичний транс з першої половини двадцятого століття-це тест Дейвіса та Гасбанда (1931), який тут передаю;

Він поділяв транс на; *гіпнодальний* який є характерний;

1. Несусцептибільністю
2. Релаксацією
3. Безконтрольним кліпанням очей
4. Закриванням очей, та
5. Цілковитою фізичною релаксацією.

До такої категорії вони зачисляють 29 процент пробуваних.

Легкий транс, який є характерний;

6. Каталепсією очей
7. Каталепсією частини тіла
8. Рігідною каталепсією
9. Анестезією рук.

До категорії легкого трансу вони зачисляють 18 процент пробуваних.

Середній транс, який є характерний;

10. Частинною амнезією
11. Постгіпнотичною анестезією
12. Змінливістю особистості
13. Позитивною реакцією на прості постгіпнотичні сугестії
14. Кінестетичними делюзіями та цілковитою амнезією.

До тої категорії входить 15 процент пробуваних.

Сомнамбулістичний транс, який є характерний;

15. Спосібністю суб`єкта відкрити очі без того щоб послабити глибину трансу
16. Спосібність прийняти нереально базовані та ексцентричні сугестії
17. Цілковитий сомнамбулізм
18. Можливість викликування позитивних візуальних пост-гіпнотичних галюцинацій
19. Можливість викликування позитивних аудиторних галюцинацій
20. Системазована постгіпнотична амнезія
21. Можливості викликування аудиторних галюцинацій
22. Можливості викликування візуальних галюцинацій та гіперстезії.

До тої категорії він вчисляє 29 процент пробуваних.

Число пробуваних становило 55 осіб.

В 1941 році Е. С. Катков, в *Матеріали до фізіологічної характеристики стадій гіпнозу і об'єктивної діагностики глибини гіпноідних станів у людини*; Наукові записки Харківського державного Педагогічного інституту, том 6., опублікував свою шкалу, яку він поділив на три стадії, а кожен етап на три ступені, яку передаю за Платоновим (1959, ст. 425)

Ступінь перший першої стадії характерний тим, що;

1. Суб'єкт відчуває лише спокій та відпочинок.
2. Він не відчуває тяжіння тіла, а навпаки, дехто відчуває приємну легкість тіла.
3. Він чує все що кругом нього діється та він контролює хід своїх думок.
4. Його чутливість буває вповні нормальна.
5. В нього легко викликати моторні реакції.
6. Суб'єкт може свobodно вийти з такого стану.

В загальному такий стан можна б назвати відпочинком із закритими очима, який, згідно з методою Бехтерева-Бернгайма, є придатним в психотерапевтичному процесі.

Другий ступінь, першої стадії характерний тим, що;

1. Очі суб'єкта спонтанно замикаються, але він їх і легко може відкрити.
2. Можна запримітити рухи ликання в деяких суб'єктів.
3. Дотик до рамена суб'єкта викличе в нього нормальне напняття рамена (вистачить тільки піднести рамено щоб переконатися, що суб'єкт поверне руку до попередньої або до вигідної йому позиції). Таке явище є дуже важливе, бо воно служить об'єктивним доказом чи мускули суб'єкта відпружені чи навпаки, і якщо вони є релаксовані, то це вказує на факт, що людина розвиває сонливість, та рівночасно показує чи людина спосібна на гіпнотичний транс.
4. Сугестії моторної реакції виконуються легко, хоч нерідко вони переходять довшу передрішаючу стадію.
5. Суб'єкт відчуває звуки та має зв'язок зі своїм оточенням.
6. Суб'єкт має повну свідомість, та
7. Може довільно вийти з такого стану.

Вказівки третього ступеня першої стадії;

1. Суб'єкт запримічує дрімливість й сонливість та проявляє байдужість до мислення.
2. Він має відчуття тягару власного тіла; мускули його тіла бувають відпружені.

3. Підняте вгору рамено, коли його опустити, то воно впаде в долину.
4. Суб'єкт не зможе відкрити довільно очей, ані порушувати рамена, а спроби рушати руками бувають дуже тяжкими.
5. Спроби викликати в нього безконтрольний рух рук буває невдалий.
6. Спроби говорити з людиною в такому стані трансу, бувають безуспішні, він звичайно мовчить, або мовчки порушує губи.
7. Суб'єкт чує та розуміє всьо, що кругом нього діється. Треба пам'ятати, що суб'єкт, вийшовши на інструкції терапевта, з такого стану, настоює на тому, що він при помочі власної волі та бажання міг би вийти з такого стану, але, що він "не мав такого бажання", хоч воно так, згідно з обсерваціями, не є.

Перший ступінь другої стадії, характерний тим, що;

1. Суб'єкт відчуває потребу спати ("відчуває безсилля опору до сонливості") та безсилість в рухах тіла. Тут належить зазриміти, що коли терапевт не має наміру щоб суб'єкт спав та він не сугерує йому сонливості, а сугерує йому активність, то відчуття сонливості в такого суб'єкта звичайно буває відсутнє (Є. Г.).
2. Дихання стається більш легке, ритмічне та регулярне.
3. Зауважується легкий стан каталепсії (піднесена вгору рука спускається в долину, під впливом сили гравітації, але дуже повільно, а спроби прискіпити спад руки в долину стрічаються з опором.)
4. Неможливо викликати стереотипний рух (наприклад такий як плавання руки в повітрі, коли лікоть спочиває на подушці). Таке явище викликається з великим трудом та тільки при повторних сугестіях.
5. Моторно-реактивних сугестій не можливо викликати.
6. Суб'єкт буває свідомий голосів в докілью, але він не має до них особливих заінтересувань.

Другий ступінь другої стадії характерний тим, що;

1. Суб'єкт стверджує, що він спав (він "відчував сильну потребу спати") та, що він не міг рушатися.
2. Він відчуває "Flexibilitas cerea".
3. Суб'єкт відчуває послаблення сенситивності дотику шкіри (тобто він має спонтанну анальгезію), яка може бути підсилена при помочі сугестій.
4. Легко можна викликати моторну реакцію, і характерне вагання чи нехить, буває відсутнє.
5. Появляються стереотипні моторні рухи, такі як ротація рамен, але вони не бувають довготривалі та перестають самі від себе.
6. На сугеровані сугестії ілюзій, суб'єкт не реагує позитивно.

Третій ступень другої стадії, характерний тим, що;

1. Суб'єкт зауважує цілковиту відсутність власної думки і починає слухати тільки гіпнотиста.
2. Часто спостерігається тетанічна каталепсія (де рука суб'єкта відбивається).
3. Легко визиваються як активна моторна реакція (хоч повільно та з потрясеннями) та пасивна реакція, така як неспосібність відкрити кулака, або порушувати раменем.
4. Стереотипні (автоматичні) рухи викликається дуже легко та вони бувають довготривалі.
5. В суб'єкта із закритими очима можна визивати ілюзії.
6. Можна викликати сугеровану аносмію, навіть до ароматичних спиртів амонії.

Перший ступінь третьої стадії характерний тим, що;

1. Спонтанна каталепсія зникає.
2. Суб'єкт із закритими очима має ілюзії (з виїмком слухових та зорових).
3. Можна визивати галюцинації при допомозі стимулювання шкіри, носа або язика.
4. Можна визивати сенсації голоду та спраги.
5. Не можна зауважити присутності амнезії.
6. Легко та скоро можна викликувати моторні реакції всіх форм .

Другий ступінь третьої стадії, характерний тим, що є ;

1. Присутність позитивних візуальних галюцинацій (суб'єкт із закритими очима ловить мотелів, або відганяє комарів).
2. Відкриття очей в декотрих пацієнтів анулює присутність галюцинацій, та вони спосібні самовільно побудитись.
3. Буває присутність частинної амнезії (суб'єкт з труднощами приводить до пам'яті та до свідомості лиш деякі уривки з сесії).
4. Суб'єкт позитивно та дуже скоро реагує на всі форми, позитивної та негативної, моторної реакції.

Третій ступінь третьої стадії, характерний;

1. Викликуванням позитивних та негативних галюцинацій всіх видів, при відкритих очах суб'єкта.
2. Позитивні та негативні галюцинації можна викликати пост-гіпнотично.

3. Можна викликувати явища які не є сумісні та є нелогічні, і які суб`єкт прекрасно толерує.(це феномен, який Орн назвав “льогікою трансу, Є.Г.)
4. Після виходу з трансу, суб`єкт має повну та спонтанну амнезію.
5. Можна легко викликувати трансформацію віку суб`єкта, таку як регресію до дитинства та інші.
6. При відкритті, очі такого пацієнта видаються сплячими та вогкими.
7. В такого суб`єкта можна викликати гіпнотичний транс з блискучою скорістю.

Я вповні передав ступенування гіпнози Катковом, не тільки як вклад в розвиток суспенсїбельних тестів гіпнози, але і тому, що його праця писана Українською мовою та, що той тест, може прикрасно послужити початківцям при індукції та при поглиблюванні трансу.

Починаючи від 1957 року, Ернест Гільгард та Андре Вайценгофер зі Станфордського Університету, вживаючи для того 124 студентів приготувляли Станфордську Шкалу Гіпнотичної Суспенсїбельности, яка появилася в 1959 році.

Вона перейшла малі удосконалювання та малі зміни і я тут передаю версію того тесту з 1962 р., базованого на перевірці 307-х суб`єктів;

Станфордський тест суспенсїбельности до гіпнози:

Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (SHSS-C);

0.	Закривання очей в час індукції	Без пунктів, прийняте до уваги.
1.	Рука опускається в діл	Опускається 6 інчів за 10 секунд.
2.	Руки розходяться	Розходяться 6 інчів за 10 секунд
3.	Галюцинація москіта	Суб`єкт зголошує вплив
4.	Галюцинації смаку (квасне-солодке)	Відчуває обидва, один сильно
5.	Штвнність рамена	Згинається менше як 2 інчі за 10 секунд
6.	Сон	Людина переживає сні
7.	Регресія віку до 5 та 2 року школи.	Характерна зміна письма між теперішнім та шкільним та між шкільними роками.
8.	Аносмія до амонії	Запах амонії не відчувається

Імобілізація лівого рамена	Рука підноситься менше інча за 10 секунд.
Галюцинація голосу	Суб`єкт відповідає на голос, хоч раз
Негативні візуальні галюцинації	Суб`єкт бачить тільки дві з трьох речей.
Постгіпнотична амнезія	Суб`єкт пам`ятає не більше як три речей, поки він дістане інструкції, що він "пам`ятає про все, що було в трансі".

.962 році, Шор та Орн, Емілі Карот, сконструювали подібну шкалу ієптибільности до гіпнози, яка носить назву Шкала Гарвардської Групи та з огляду на престиж університету та психологічних лабораторій на кампусі ерситету, є широко знана та часто використовувана і тому я передам її в істі;

вадської групи шкала гіпнотичної сусцептибільности:
 vard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, (HGS)

Похиляється голова	Голова хилиться вперед, не менше 2 інчі
Очі закриваються	Очі закриваються спонтанно, без інструкцій
Імобілізація руки	Спускається не менше 6 інчів, без волево
Імобілізація руки	Піднесеться не більше як 1 інч вгору
Переплетення пальців	Рук не можна розлучити на власне бажання суб`єкта
Штивність рамена	Рамено не зігнеться більше як 2 інчі
Руки притягаються разом	Рук неможливо розлучити на віддаль більше як 6 інчів
Інгібіція мови	Помахом голови суб`єкт дає знак, що не може говорити.
Галюцинація мух	Суб`єкт відганяє мухи від обличчя
Каталепсія очей	Суб`єкт очей не може волево відкрити
Постгіпнотичні сугестії	Зауважується намагання суб`єкта дотикнутися до ноги, згідно з постгіпнотичною сугестією
Амнезія	Суб`єкт не може пам`ятати більше як три речі про які з ним говорилося та висказати їх на протязі трьох мінут.

Як вже попередньо згадувалося, що Ксенофор Теодор Барбер відкидає теорію гіпнотичного трансу як окремого “стану” свідомості, а намагається доказати, що явища, які викликається в “гіпнотичному стані”, появляються без гіпнотичної індукції, “без зміненого стану свідомості”. Він говорить, що такі явища появляються в ході нормальної поведінки у результаті сугестивности та уяви.

Свою шкалу, без формальної гіпнотичної індукції він приготував при співучасті Гляс-а (Барбер і Гляс, 1962), та вона носить назву “Шкала сугестивности Барбера”.

Пояснювання Барбером явищ, які звичайно появляються в формальному гіпнотичному трансі, як звичайної зовсім нормальної поведінки, яка появляється згідно із сугестією та фантазією, без вживання слів таких як “гіпноза, транс, спання” і тим подібно, і які сугерують певний стан споріднений або викликуваний при помочі гіпнотичної індукції, для мене не є чужим. Не рідко, бо аж до появи “коду поведінки”, про що вже згадувалося вище, я дуже часто, в психотерапевтичній ситуації вживав сугестивности та фантазії пацієнта з ціллю терапевтичного маневрування, яка носила всі атрибути гіпнози, включно з тотальною амнезією та яка в багатьох випадках, була навіть більш успішною чим “формальна гіпнотерапевтична сесія”.

Факт кращої успішности психотерапії, без формального гіпнотизування, я пояснюю тим, що для пацієнта такий стан є далеко більш природний, чим стан трансу і при тому пацієнт є переконаний, що все, що діється та що стається, то стається при його кооперації та при участі його зусиль.

Він переконується, що він “може досягнути чогось”, що він уважав за неможливе для досягнення та без постороннього впливу, а вже особливо, без “компульсивного” впливу гіпнози чи трансу.

Я також запримітив, що коли людина не знає, що вона буде гіпнотизована, вона тоді “не мобілізує спротиву” до гіпнози та не насторожує уваги та чутливості до своєї поведінки; бо власна особиста поведінка для кожної людини, а особливо в змінених умовах, є завжди дуже важливою, але й рівночасно стан сильної зацікавленості собою та змагання зі самим собою, не дозволяє пацієнтові ввійти в глибину трансу, на яку пацієнт буває природно спосібний.

Крім того, коли пацієнт знає, що він є гіпнотизований то він тоді, замість старатися щоб досягнути можливих успіхів, при помочі власних зусиль, часто пасивно та тільки *ожидає результатів* від інтервенції гіпнози; він тоді навіть приймає роллю критичного спостерігача в процесі гіпнотерапії, а не активного учасника з позитивною інтенцією.

Шкала сугестивности Барбера: Barbers Suggestibility Scale (BSS), 1962

0.	Адміністрація “пендулюм Шевреля”	Не числиться
1.	Спадання вниз рамена (при закритих очах)	1 точка, при спаді рамена на 4 інчі

Принципи Психотерапії і Гіпнотерапії

2.	Левітація руки з горизонтальної позиції	1 точка, при піднесенні на 4 інчі.
3.	Сплетення пальців, при відкритих очах.	Пів точки при неповному розлученні в часі 5 секунд; 1 точка при неповному розлученні за 15 секунд.
4.	Сугерування сильної спраги, при закритих очах	Пів точки, коли суб`єкт ковтає слину та лиже губи; пів точки, коли суб`єкт при інтерв`ю, говорить, що він відчував сильну спрагу.
5.	Неспосібність вимовити власного імена або прізвища, при закритих очах.	Половину точки, як суб`єкт не скаже свого прізвища до п`яти секунд; Одна точка, як не скаже прізвища до 15 секунд
6.	Нерухомість тіла (очі закриті, не може встати)	Половину точки як не встане до 5 секунд; одна точка, як не встане до 15 секунд.
7.	Реакція постгіпнотична, дається при закритих очах, визов кашлю на стук.	1 точка якщо кашляє при відкритих очах.
8.	Селективна амнезія; пам`ятати всі точки тесту з виїмком елевації (руки), закриті очі	1 точка як є позитивна відповідь

В 1962 році появилась шкаля гіпнотичної суспенцибілности Пері Ландона.

Вона складається з двох частин, які становлять 22 точки та яка може бути придатного для молодших та для старших дітей.

Гіпнотична шкаля суспенцибілности для дітей, Пері Ландона

(The Children's Hypnotic Susceptibility Scale (CHSS), (London, 1962a)

1.	Нарушування пози	Дитина стратить баланс, але не впаде
2.	Закриття очей	Очі закриваються до 10 секунд
3.	Схил руки в долину	Рука впаде не менше 30 ступенів
4.	Нерухомість рамена	Коли рука підніметься на 1-3 інчі.
5.	Сплетення пальців	Коли дитина не зможе розлучити пальців рук
6.	Шттивність ремена	Коли рамено не зігнеться на більше як 2 інчі

7.	Руки зводяться	Коли руки зйдуться разом, або коли до стику бракує лише 2 інчі.
8.	Неможливість говорити	Коли дитина не зможе сказати свого імена
9.	Звукова галюцинація	Яку спостерігається при відповідних рухах
10.	Каталепсія очей	Очі закриті, а є лише малі намагання відкрити
11.	Постгіпнотичні сугестії	Коли дитина встане, або пошкрябується
12.	Амнезія	Коли дитина запам'ятає 3 або менше явищ з гіпнотичного трансу
Частина друга		
13.	Постгіпнотична сугестія (реіндукція)	Не може відкрити очей.
14.	Візуальна та аудиторна галюцинації	Відкриє ТВ, чує голос та бачить.
15.	Галюцинація холоду	Дитина зголошує, що її холодно
16.	Анестезія	Може бути свідомо подразника, але не відчує болю
17.	Галюцинації смаку	Відчуває смак без подразника
18.	Галюцинації запаху	Зголошує запах парфуми
19.	Візуальні галюцинації	Дитина бачить зайчика, опише, бавиться
20.	Регресія віку	Поводиться, говорить, пише або рисує відповідно віку
21.	Сни	Недбалий репорт сну, але дитина його не komponує під час репорту
22.	Пост-гіпнотичні сугестії	Виконує дуже поважну частину сугестій

Тести гіпнотичної сусцептибельности мають дуже важливі функції в гіпнотерапевтичних інтервенціях, в діагностиці, а особливо вони цінні при експериментах та дослідницькій праці.

Як навіть видно вже з наведених процедур, то всі ті тести, включно з найкоротшими, вимагають доволі багато часу та вони, як і все пов'язане з людиною показують лише, що суб'єкт може робити в даній ситуації та в даному часі.

Людина безперервно "калібрується", чи пак настроюється і в залежності від її настроїв, глибина трансу, а радше її поведінка в трансі, буде відповідно мінятися, включно до того ступня, що найкращий сомнамбуліст, в залежності

від внутрішніх та зовнішніх умов, не буде спосібний на навіть гіпноїдний стан та останеться в повній та незмінній свідомості.

Однак, помимо всіх недостатків та нестабільності трансу, тест може дуже добре прислужитись в дослідницькій праці та в клінічній ситуації.

Поки я залишу тему тестів, то мушу з читачем поділитися моїми заінтересуваннями “Профілем гіпнотичної індукції”, знаним як NIP-Hypnotic Induction Profile.

З тою процедурою я мав нагоду познайомитися в ранніх 70-х роках будучи на заавансовану курсі психотерапії в США під предсідництвом професора Герберта Шпігеля, який і є автором того тесту.

Поява ще одного тесту сусцептибельности до гіпнози, не була прийнята з особливим ентузіазмом, з виїмком самого автора та декількох його прихильників.

Приїхавши з Австралії до США на стажування, я старався вповні використати доступ до професора Шпігеля, для того щоб якнайбільше навчитися, а тим більше тому, що вже при інтерв'ю, в якому рішалась моя доля, чи я буду допущений до певної групи чи ні, він, зорієнтувавшись, що я не є особливим прихильником ортодоксальної гіпноаналізи, досить щедро поділився зі мною своїми поглядами на ортодоксальну психоаналізу, відмітивши, що він знає, що він був “ранений” в процесі психоаналізи, яку він переходив в славних двох психоаналітиків та від тоді, дуже щедро давав мені свій час, при тому не жалів його для мене навіть поза обов'язковими годинами.

В ньому я побачив людину, яка “насліпо” не повторювала того чого він навчився та стисло додержувався теорії та процедур які були загально-прийнятими (тому, що були друковані), але яка вперто квестіювала теорію та практику психотерапії, знаючи з досвіду, що вона ще не є в ідеальному стані та, що концепція психотерапії вимагає ревізії та переоцінки.

Помимо того, що на Європейському континенті родилися нові філософічні течії та мали вплив на теорію та на практику психотерапії, (хоча тоді ще не надто сміло) то на Американському континенті, домінував Бегавйоризм та психоаналіза, а тим більше тому, що то було ще досить близько (часово) для того щоб квестіювати авторитет Фрейда, книжки якого Гітлер наказав палити.

Шпігель, я відчув, був заскочений моїм заінтересуванням екзистенціалізмом, а особливо моїм обзнайомленням з писаннями Ван Кама, Ясперса, Гайдеггера, Гартмана, Тілліха та інших. Отож про погляди екзистенціалістів ми багато говорили.

“Профіль Індукції Гіпнози” є продуманий з ціллю мати відповідний вимір в клінічній ситуації.

Він також появився з інтенцією щоб досягнути якнайскорішої індукції гіпнотичного трансу та пристосувати процедуру тесту так щоб його можна

легко інтегрувати в процедуру анамністичного інтерв'ю та, щоб гіпнотичний потенціал пацієнта можна скоро та належно вжити в терапевтичній стратегії.

Профіль індукції гіпнози можна перевести в часі 5-х мінут і такий тест можна використати не тільки як індекс спосібності суб'єкта на відповідну глибину трансу, але тест рівночасно послужить і методом до індукції трансу.

Шпігель вважає, що гіпнотичний транс-це витончена зміна перцепції з властивостями мобілізації та концентрування уваги та реакції людини яка являється вродженим потенціалом даної особи, і яка може бути належно використана терапевтом.

Тест поділяється на десять індивідуальних точок, з яких шість вживається для ступенування потенціалу трансу пацієнта, а чотири з ціллю висвітлення клінічної картини та для процедури індукції і закінчення трансу.

Техніка спрецизована так, щоб уможливити пацієнтові під надзором оператора скоро ввійти в транс та вийти з трансу на відповідний сигнал; рівночасно тест вчить суб'єкта методи при допомозі якої він може, на певний сигнал, вживати автогіпнозу, з ціллю досягнення відповідної мети.

Транс, Герберт Шпігель, ділить на чотири фази; перша-це "передтрансова" фаза, яка кінчається закриванням очей.

Друга-це фаза коли пацієнт формально входить в транс, а дальше він його поглиблює та відповідно на нього реагує і вона кінчається відкиттям очей, але пацієнт остається в трансї.

Третя фаза-це постіндукційна або "постцеримонійна"(термін який Шпігель воліє вживати), в якій пацієнт може мати п'ять різних реакцій на інструкції лікаря, а саме:

1. диссоціацію,
2. левітацію руки,
3. диференціальну контролю,
4. виключення з трансу, та
5. плавання всього тіла.

Способність суб'єкта дивитися вгору (точка А), завершення очей в лоб, закривання очей так щоб не опускати зору в долину та якість косоокості являються точками (В, С, D), та (Е), левітація руки, яка є процедурою індукції трансу та яка становлять критерій оцінки потенціалу пацієнта входити та вдержувати відповідну глибину трансу. Способність людини на гіпнотичний транс впливає з природного потенціалу генетично удідиченого людиною.

Оператор адміністрації тесту відіграє особливу ролю; він мусить мати відповідний досвід індукції та манаджменту трансу, мусить бути відчутливий та спостережливий, впевнений та він мусить пам'ятати принципи і процедуру тесту так щоб він перевів його плинно без непотрібних застанов, без непотрібних перерв та без неналежної настанови .

В цьому випадку особа оператора також являється і важливим інструментом.

Певний погляд, заворот очей в лоб та інструкції про левітацію руки являються частиною процедури індукції трансу, а транс та його глибину вдержується при допомогі диссоціації, левітації руки, диференціальної контролі, процесів закінчування трансу та плавання.

Результат “Профілю гіпнотичної індукції” вказує на співвідношення між потенціалом пацієнта та між його способностями входити в транс та вдержувати відповідну, по його способностям, глибину трансу.

Адміністрація та ступенування тесту, як вже раніше підкреслювалось, вимагає належного досвіду від оператора в гіпнотерапевтичних ситуаціях, а також докладного ознайомлення з процедурою самого тесту, а навіть і з відповідними фразами, щоб вони, хоч приблизно були однакові, тобто щоб мали те саме значення та, щоб були висловлені в приблизно такому самому проміжку часу в усіх пацієнтів, яким подається такий тест.

Шпигель сугерує щоб пацієнт сидів у вигідному фотелі або кріслі, а оператор сидів звернений до пацієнта під кутом дев'яносто ступенів, щоб голос оператора був спокійний, зрівноважений, але рішучий.

Він вважає за побажане щоб оператор фізично дотикався пацієнта, ще поки він прийде до самої процедури, наприклад при ставленні руки пацієнта у відповідну позицію, бо це не тільки що зближить пацієнта до оператора але, що пацієнт зверне увагу на те, що рухи та дотики оператора мають також і відповідне значення та, що вони можуть служити як інструкції та вказуватимуть на певні сенсації, а рівночасно вони причиняться до регресії та до атавізму пацієнта.

Він також звертає увагу на факт, що надто ніжний дотик, може бути прийнятий за седукутивний, тому дотик повинен бути певний та якісний.

Лікар говорить до пацієнта; Прошу дивитися до мене, та держачи голову в такій позиції, дивіться під ваші брови, або ще вище дивіться під ваше чоло.

Пацієнт повинен бути на тому самому рівні що і оператор.

Прошу дальше дивися у ваше чоло і рівночасно, без того щоб звертати очі в долину, поволи закривайте повіки .

Тут оператор мусить скоро звернути увагу на скількість завороту ока вгору та наскільки його очі косять.

Держіть очі закриті та звернуті вгору. Тепер вдихніть глибоко, задержіть вдих... Тепер віддихніть. Не відкриваючи повік, дозвольте вашим очам зайняти відпружуючу позицію та дозвольте вашому тілові пливти в повітрі. Уявіть собі, що ви пливете...пливете вниз через крісло...Ви зауважите щось приємного та прекрасного в такому плаванні.

Даючи інструкції пацієнтові, що він буде “плавати в долину”, замість вгору, як він може надіятись, внесе йому парадокс який підсилить його гіпнотичні переживання та зверне сильнішу увагу на інструкції лікаря.

Способний гіпнотичний суб'єкт в такому часі, вже знаходиться в глибокому трансі та плаває в повітрі.

Ви концентруєтесь на плаванні вашого тіла, а я буду концентруватися на вашім лівім рамені та на руці.

Лікар ставить руки на ліву руку пацієнта та говорить;

За хвилину я буду погладжувати середній палець вашої руки і ви зараз в тому пальці відчуєте рух, який пошириться на цілу вашу ліву руку. Той рух буде дуже особливий, бо він робить вашу руку легкою та плаваючою і ви дозволите вашій руці зноситися вгору. Готові?

При погладжуванні середнього пальця, лікар повинен легко натискати його в долину, що звичайно викликає реакцію спротиву та повинен починати від нігтя і тягнути руку помало аж до ліктя. Така процедура, в залежності від сусцептибільності пацієнта, часто вистачає, щоб рука негайно сплила в повітря, і тоді лікар натискаючи лікоть, ставить руку у вигідну позицію. Коли такого негайно не станеться, тоді лікар повторює сугестію, словами;

Найскоріше один палець, а даліше слідуєчий. З появою руху пальців приходить легкість руки яка зноситься вгору, рамено згинається в лікті та ціла рука зноситься вище і вище.

Ваша рука легка як балон; дайте їй можливість зноситись вище і вище; так, допоможіть їй.

Або, коли це не успішне тоді лікар бере рамено та ставить його так, щоб лікоть спочивав на поручі крісла, а рука щоб пливла в повітрі.

Ваша рука властиво останеться в такій позиції навіть після того, як я дам вам сигнал щоб ваші очі відкрилися. І коли ваші очі будуть відкритими, і я візьму вашу руку та схилю її вниз до поруча крісла, то вона відразу піднесеться до цієї позиції. Це, очевидна річ, справить вам милу несподіванку. Щойно пізніше, коли я доткнуся до ліктя вашої лівої руки, то вона повернеться до старої позиції та ви відзискаєте повну контролю над нею.

В майбутньому, коли ви будете себе гіпнотизувати, та коли ви скажете "один", то ваші очі завернуться вгору та поки ви відрахуєте три то повіки ваших очей будуть закриті і ви підете в приємний та відпружений стан. Та з кожним повторенням автогіпнози, ви переконаєтесь, що це є все більш приємний та легший і більш успішний крок.

Тепер я відчислю від трьох до один, і на один ваші очі відкриються; ви останетесь в такій самій позиції з відчиненими очима і ви мені опишете які сенсації ви відчуваєте у вашій лівій руці та в рамені.

Чи відчуваєте ви вигідно?

Чи ви відчуваєте які-небудь незвичайні сенсації вашої руки?

В тій стадії пацієнт ще не виведений з трансу; він тільки знаходиться в пост-індукційній чи пост-церимонійній стадії.

Щоб дізнатися про ступінь диссоціації то лікар питається пацієнта чи його рука відчувається настільки частиною його тіла, як і права рука; чи ваша ліва рука відчувається так же само прикріплена до рамена як і ваша права рука, чи ви може зауважуєте яку-небудь різницю?

Лікар тоді бере ліву руку пацієнта, звертаючи йому увагу щоб той слідив за рухом руки і ніжно та обережно зводить її до поруча крісла.

Рука пацієнта повинна спонтанно звестися знову вгору, а коли таке не станеться, то тоді оператор може підсилити сугестію, що рука спонтанно зноситься вгору три рази та коли і цього не вистачить то лікар може поставити руку в позицію так, що рука останеться плавати в повітрі та рівночасно сугерувати пацієнтові, щоб той претендував плавання руки.

Для установалення диференціальної контролю, лікар говорить пацієнтові;

Ваша ліва рука є в повітрі, чи ви можете, для порівняння, підняти вашу праву руку вгору. А тепер опустить вашу праву руку в долину. Чи ви зауважуєте різницю піднімання вашої правої руки вгору в порівнюванні з лівою? Чи наприклад одна із рук видається вам тяжчою або може легшою чим друга?

Чи ви свідомі якої-небудь різниці в контролі одної руки в порівнянні з другою? В якій руці ви відчуваєте більшу спосібність контролю.

Повторім ще раз; я схиляю вашу ліву руку вниз, але вона сама зноситься вгору як балон або як рука балерини.

Дозвольте їй звестись вгору як перед тим. Ви тепер відчуваєте докладно різницю контролю між вашою правою а лівою рукою?

Після того лікар виводить пацієнта з трансу при допомозі вербальної сугестії та при допомозі відповідного знаку.

Він, обома руками обнімає лікоть пацієнта, а відтак бере його ліву руку та зводить до рамена крісла і говорить; *прошу сильно затиснути кулак і тоді його відкрити; перед тим була різниця в контролі між вашою правою і лівою рукою, а тепер різниці немає жодної.*

Він дає інструкції пацієнтові, щоб той декілька разів підняв руки вгору, щоб затиснув кулаки та щоб він тим впевнився, що його контролю над руками є повна, рівнорядна та, що він вповні вийшов з гіпнотичного трансу.

Метода автогіпнози

Маючи пацієнта в трансі та впевнившись, що він має спосібності входити в гіпнотичний транс, а найважливіше, що він психічно здоровий та, що його відношення до його оточення є соціально, морально та правно здорове, його можна навчити щоб він використовував свої спосібності входити в належний транс для досягнення точно означеної та потрібної для нього цілі.

Лікар тоді говорить;

Як і попередньо, я відчислю до трьох, а ви заверніть ваші очі під брови, або і глибше під ваше чоло; при тому помалу закривайте ваші очі так, щоб не звертати їх вниз. Зробивши так ви глибоко вдихніть декілька разів та зверніть ваші очі з під лоба у вигідну позицію, і зараз дозвольте вашому тілові пливти в повітрі.

Відчуваючи, що ваше тіло вільно плаває в повітрі, ви рівночасно звернете увагу на вашу ліву руку та впевнитесь, що вона як сильний балон, зноситься вгору та плаває в повітрі, наче була б наповнена газом геліюма; ваш лікоть вже є зігнутий і ваша рука зноситься все вище та вище. Коли ваша рука досягне найвищої позиції, то це буде сигналом для вас, щоб ви вступили в стан медитації.

Як ви будете концентруватись на вашій цілі, ви зможете робити це більш реально фантазуючи, що ви є астронавт або, що ви балерина.

Тут лікар повинен взяти під увагу проблеми пацієнта, його умови, його ціль, його спосібність на відповідну глибину трансу та, в порозумінні з пацієнтом, виготовити відповідну стратегію, при допомозі якої пацієнт зможе досягати бажаної йому цілі.

Треба однак звернути увагу на те чи така ціль є реальною для пацієнта; чи існують належні для того передумови, наприклад чи людина яка хоче стати спортсменом та брати участь в змаганнях є у відповідному для того віці, чи вона може є в надто заавансованих роках, або людина яка має понад п'ятдесят років та без середньої освіти, але хоче бути професором математики в університеті.

Лікар мусить впевнитися, що вибрана мета пацієнтом є для нього досяжною, і тому нерідко треба вибирати для пацієнта менші але більш досяжні кроки, поки вона почне "прицілюватись" до досягнення великої "остаточної мети".

Недосяжні сугестії мають властивості негативного впливу на суб'єкта; в найкращому випадку суб'єкт який не виконує гіпнотичної чи пост-гіпнотичної сугестії, відчувається так наче б він "оминув щось потрібне та важливе зробити" і тому він може повертатися до того багато разів, витрачаючи час, зусилля та увагу, без того щоб щось досягнути, а така безуспішна повторна поведінка може легко викликати в пацієнта самообвинувачування, а навіть і реактивну депресію. Отже невластиві постгіпнотичні сугестії замість позитивних, можуть приносити негативні наслідки.

Лікар також повинен впевнитися, що пацієнт правильно підходить до індукції автогіпнози, що його сугестії є правильні, чіткі, короткі та точні, що пацієнт виходить з автогіпнози до стану нормальної свідомості та, що він, вийшовши з трансу, відчуває себе прикрасно. Для того Шпігель сугерує, треба декілька разів перевірити, що пацієнт правильно вживає автогіпнозу, поки його можна залишити самого.

Тому, що метода самогіпнози є проста та дуже коротенька, Шпігель сугерує, що наприклад курці, бажаючи покинути куріння, повинні вживати автогіпнозу навіть кожної години.

Він для того подає “замасковану методу” автогіпнози в якій пропонує, що сидячий в кріслі пацієнт, відрахувавши “до трьох” дивиться на руку яка скоро підходить до його чола, а при тому його очі завертаються вгору та спонтанно замикаються коли рука доходить до обличчя, тоді пацієнт підтримує голову тою рукою, яка автоматично дійшла до його обличчя, повторить собі відповідну сугестію та затиснувши і відкривши кулак, виводить себе з трансу так, що ніхто цього не заперимітить.

Крім того щоб збагнути суцєптивність пацієнта до гіпнотичного трансу, Шпігель вживає того тесту теж з ціллю класифікації пацієнтів до відповідних психологічних типів, які він ділить на три групи.

Першу групу він називає *Діонісійською*, в пам'ять старогрецького Бога рослинності, родючості, вологи, та покровителя виноградарства й виноробства.

До такої групи приналежать люди які є спосібні на найглибший транс (згідно з тестом Шпігеля це п'ятий ступінь).

Вони є сомнамбулісти зі спонтанною амнезією, спосібні на пост-гіпнотичні позитивні та негативні галюцинації.

Такі суб'єкти характерні своєю спосібністю з блискавичною шкєрєстю входити в транс; вони надзвичайно наївно довірливі своєму оточенню; в них є відсутність критичного осуду; вони мають тенденцію афілюватись з новими явищами; вони мають тенденції темпорально орієнтуватись в теперішньому часі та належно толерувати минувшину і майбутність; вони посідають особливу спосібність для того щоб толерувати “логіку трансу”, тобто їх не турбує логічна несумісність; вони наприклад прикрасно можуть говорити рівночасно з двома тими самими людьми, які в той сам час знаходяться в інших місцях; вони мають прикрасну пам'ять та посідають спосібності для інтенсивної концентрації.

Пацієнти п'ятого ступня (згідно з НІР), з присутністю психологічної дисфункції, характерні своєю дуже “штивною” особистістю, яка не підлягає жодним змінам, їхні вартості не можна квестіонувати, а вже особливо не вільно квестіонувати їхні вірування; вони також мають почуття меншевартості та відчувають розсіяність в своїй ролі; вони безкритично та дослівно приймають та виконують гіпнотичні та пост-гіпнотичні сугестії.

Аполлонці (названі в честь Бога мудрості та покровителя мистецтва, в старинних Греків та Римлян) характерні їхньою спосібністю входити в низький позем гіпнотичного трансу, який становлять другий ступінь згідно з НІР.

Вони є більш когнітивні, більш критичні та менш спосібні концентруватись на певнім об'єкті чи на завданню; вони послуговуються самоконтролем та глєздом а не емоціями та завжди стараються рїшати все згідно з їхнім розумінням ситуації, і планують своє майбутнє. Вони характерні переважно спокійною вдачею, без емоційні та свої вартості вибирають згідно з диктатом розуму а не емоцій чи пасій.

Одісейці (так названі в честь давньої грецької епічно-героїчної поеми Гомера, яка теж символізує мандрівку з багатьома пригодами) це-група пацієнтів, які на

шкалі НІР становлять третій ступень та стоять посередині між Аполлонцями та Діонісійцями.

В них панує безконечна напруга та змагання між бажаним та між можливим, між радістю та сумом, між надією та провалом та домінує бажання щоб глузд переміг та щоб він приніс бажаний порядок та контролю над емоціями.

Це найчисленніша група людей, які є продуктивні та які сталися внаслідок нормального розвитку і які є в постійному рості, в постійному формуванні, в постійному змаганні досягів та які являються сталим потенціалом.

Формування стратегії реконструкції

Спостережування поведінки Герберта Шпігеля в клінічній ситуації, дуже мило вражають його натуральністю; він ніколи не міняє тону голосу, жестів та взагалі його поведінка при індукції, при поглиблюванню трансу, при гіпнотичних та постгіпнотичних сугестіях, нічим не відрізняється від його поведінки в природному особистому житті, а принайменше я ніколи не запримічував, щоб він в терапевтичній ситуації “відіграв якусь роль”, але він все був “собою”.

Крім його природної поведінки, його підхід до психотерапії буває особливо спрощений, тобто зрозумілий та доступний людині яка має з ним до діла. Проблеми та питання, які не рідко бувають навіть дуже складні та які нормально вимагали б довгих пояснень, представляються ним вповні ясними, зрозумілими та потрібним пацієнтові, навіть тоді коли його освіта обмежувала б його спосібності для того щоб він міг зрозуміти глибину значення Шпігеля тверджень.

Він звичайно, в кількох хвилинах, формує глибокий філософський погляд так чітко та *практично*, що пацієнт вповні свідомий питання яке перед ним стоїть.

Він не дає порад та не офірує інтерпретацій, а формує “діалог” пацієнта зі собою, на який відповідь може дати тільки кожна людина зокрема.

Його теорія особистості, без якої цілеунапрявлена психотерапія неможлива, базується на поглядах філософів екзистенціального стилю (Шпігель, 1978, ст. 197).

Як вже вище було представлено, він разом із Сартром та іншими екзистенціалістами вірить, що тільки кожна людина зокрема, зобов'язана робити вибір та рішення про напрям та мету її життєвої дороги; вона мусить вибирати між бажанням жити, а бажанням вмерти.

Завданням терапевта, Шпігель твердить-це поставити перед пацієнтом відповідні твердження, які він уважає невідклично правдивими (в світлі діалектики) та вказати пацієнтові, що перед ним стоїть вибір “за чи проти”.

Він для того вживає прикладу з його гіпнотерапії для курців, в якій він робить три твердження, які пацієнт мусить зрозуміти, повторити та запам'ятати;

- 1- Куріння є отруєю для мого тіла,
- 2- Моє життя є неможливе без мого тіла, та
- 3- Тому, наскільки я хочу жити, то я мушу берегти та респектувати своє тіло”(Шпігель, там же, ст. 206).

Він для того вчить пацієнта автогіпнози і дає йому інструкції, включно зі “секретною метою”, яка уможливує пацієнтові вживати автогіпнозу навіть при праці, а також і в публічному транспорті для того щоб він користувався автогіпнозою навіть кожної години, якщо цього вимагає потреба та він завжди підкреслює факт, що пацієнт має право вибору, “на життя або на смерть”.

Такий підхід буває дуже важливий, бо при такому відношенні терапевт шанує достоїнність людини як рівнорядного партнера серед людської спільноти.

Тут терапевт пацієнтові не сугерує чи наказує мету його життя, але він вказує йому, що куріння вбиває, що куріння є шкідливе для здоров'я, що це лише брудна привичка, яка не приносить пацієнтові жодної користі, крім лиха, але рівночасно він і залишає рішення для пацієнта який, зробивши належне рішення та взявши на себе обов'язок його привести в дійсність, чується, що це є *його особисте рішення, а не чужа воля* та, що вислід його рішення та його досягнень, залежатиме від його зусиль, і тому він буде відчувати належну винагороду за його рішення та за його зусилля, і тим самим, відчуваючи особисті досягнення, пацієнт буде рости, та кріпшати в ростові, бо він переконається, що він є здатний та спосібний для життя.

Шпігель вважає, що лікар дає людині “яка має проблеми”, можливість для реструктурування його відношення до самого себе, до його оточення та до його “космосу”.

Такий контакт з лікарем, пацієнт повинен розуміти, дає йому можливість, якщо він цього захоче, змінити свій життєвий стиль.

Згідно з Кіркегардом, це є “використовування моменту”, який не є вічністю, але який появляється та який зникає.

Ціллю лікаря-це допомогти пацієнтові позбутися привички при помочі суб'єктивної втечі відходити від життєвих реальностей, а також і допомогти йому звільнитися від почуття ув'язнення об'єктивним детермінізмом.

Нездоровий індивід або “нещаслива людина”, буває тоді коли вона відчуває розпуку тому, що вона не може вийти, або вивищитись понад життєві парадокси, які її бентежать, та які її “ув'язнюють”; коли людина перестає вірити та перестає використовувати можливості рішати про себе згідно з її свобідною волею, або навпаки, коли вона перестає належно звертати увагу на обмежування реальністю, тоді вона тратить потенціальність щоб творити, а з тим вона і тратить почуття своєї людяності.

Здорова людина це така, яка має спосібності для того щоб успішно інтегрувати всі суперечності та конфлікти, які бувають в кожній людині підчас її життєвої мандрівки; це людина яка вповні використовує всі можливості для того щоб імплементувати її суб'єктивні бажання, а рівночасно яка уважає щоб не ввійти в

неуспішне змагання з реальністю; це людина яка свідомо своєї обмеженості та своєї смертності, яка неминуче прийде, але ніхто не знає коли.

Свобода не має жодного значення без обмеження; суб'єктивні бажання не мають значення без обмеження їх реальністю; люди які визнають, які бачать безкочечну противолежність та які спосібні для того щоб такі противоположності відповідно інтегрувати в своєму житті, це люди здорові та щасливі.

Завданням лікаря це-віднайти такі суперечності в яких пацієнт застриг; відшукати його слабості, його обмеженості, а рівночасно мати на увазі і його потенціал.

Виробити відповідну стратегію та в чіткій формі передати таку стратегію пацієнтові, маючи на увазі його потенціал, а не рацію згідно з якою він мав би щось робити, або уникати щось робити.

Тут найважнішим елементом являється інтеграція, тобто щоб пацієнт перестав фракціюватися та самопоборюватися, але щоб він не тративши часу та енергії на змагання самим зі собою, робив кроки в позитивному напрямі, при допомозі яких він відчує, що він чогось досягнув.

Лікар тут не говорить “ні” ані “так”, але він фактично представляє “стару проблему в новому світлі”, а пацієнт сам, і тільки пацієнт, може вибирати дорогу та прямувати до своєї мети.

Бегавйористичний підхід до проблем пацієнта, як і підхід аналітичний, мають свої відповідні шляхи та принципи вживання, але ні одна, ані друга система не дають всеобіймаючої та належної відповіді на “психічні недуги”, або на нещасливі почування.

Включення гіпнотичної техніки в лікування, має дуже велике значення, бо пацієнт тут сам вповні використовує свій потенціал для свого добра та для здоров'я.

Для ілюстрування повищих міркувань, в скорочені передам методу якою Шпігель користується при лікуванні курців;

Після індукції трансу та адміністрації профілю гіпнотичної індукції (НІР), лікар говорить пацієнтові;

Бачите ви не спали. Гіпноза це метода концентрації. Ви її краще відчуваєте як плавання в повітрі. Це так як би ви мали подвійне спостереження; так як би ви спостерігали себе побіч себе. Такий стан уможливорює досконале спостереження власних думок, і я вам тепер покажу стратегію до такого стану самоспостереження.

Як я буду рахувати від одного до трьох, то ви завернете ваші очі вгору, та не дивлячись в долину ви їх закриєте, глибоко віддихнете, звернете очі в вигідну вам позицію та дозволите вашому тілові пливти в повітрі.

При тому ви теж дозволите вашій лівій руці зноситися вгору як балонові. Як ваша рука зноситься, то ваше рамено згинається в лікті і залишається у вертикальній позиції. Ви в той час входите в стан медитації.

В стані медитації ви концентруєтесь на плаванні в повітрі та на наступуючих трьох пунктах;

Перше це є; куріння являється отруєю для вашого тіла. Ви маєте в собі декілька складників, але один із найважливіших це ваше тіло.

Куріння не так шкідливе для вас, як воно шкідливе для вашого тіла.

Другий пункт; без вашого тіла ви не можете жити. Ваше тіло це прекрасна рослина при допомозі якої ви відчуваєте ваше життя.

Третій пункт; До такого ступня до якого ви бажаєте жити, до такого ступня ви мусите берегти та респектувати ваше тіло. Це ваш шлях при допомозі якого ви визнаєте цінність та ніжність вашого тіла, а при тому ви застерігаєте за собою право бути покровителем вашого тіла. Ви на правду являєтесь самотнім власником вашого тіла.

Якщо ви приймаєте на себе обов'язок щоб бути покровителем вашого тіла та якщо ви шануєте ваше тіло, то ви в собі посідаєте силу для того щоб ви це поки ви увійшли до моєї канцелярії, викурили вашу останню цигарку.

Зверніть вашу увагу на факт, що ви є для чогось, а не проти чогось.

Це правда, що куріння це отруя та, що ви виступаєте проти куріння, але найголовніше це те, що ви являєтесь сторожем та опікуном вашого тіла. В результаті вашого зобов'язання перед вашим тілом, стається зовсім природно, що ви станете в обороні вашого тіла перед отруєю яку приносить вашому тілові куріння.

Зверніть вашу увагу на факт, що коли ви робите рішення бути захисником вашого тіла, то ви при тому берете під вашу увагу також що ви не їсте та що ви їсте, що теж свідчить про вашу відповідальність за ваше тіло, а в результаті всяке споживання вами їжі чи пилу, тільки піддержуватиме вашу увагу та вашу пошану до вашого тіла. Ви можете, як що ви цього бажаєте, такою самою методою зберігати ідеальну вагу вашого тіла, а при тому зберігати його від отруї нікотину.

Я вам пропоную щоб ви спочатку практикували самотіннозу не менше як десять разів в день, або один раз кожної години. Спочатку така афірмація забере вам одну хвилину часу, але згодом ви зможете досягати це навіть швидше.

В практиці воно виглядає так; Ви, сидячи або лежачи відчислюєте собі по тихо від один до трьох; на один ви робите одну річ, на два ви виконуєте дві речі а на три ви виконуєте три речі. На один ви дивитесь під ваші брови, на два ви закриваєте повіки та вдихаєте глибоко, на три ви віддихаєте, відпружуєте очі та дозволяєте вашому тілові пливти в повітрі.

Плаваючи в повітрі, ви рівночасно дозволяєте вашій лівій руці зноситися в повітря, бо вона легка як балон, і коли ваше рамено буде у вертикальній позиції то це буде знаком для вас для того щоб ви йшли в стан медитації.

В стані медитації ви концентруєтесь на слідуючих трьох пунктах;

1-Куріння для вашого тіла, не для вас, це отруя.

2-Ви потребуєте вашого тіла для того щоб могли продовжувати життя.

3-Вам на честі лежить завдання захищати ваше тіло та його належно респектувати.

Тепер приватно задумайтесь над тим, а відтак виведіть себе з цього стану, знаного як автогіпноза.

Готові, три, два зі закритими повіями заверніть ваші очі в лоб, три відкрийте очі помалу, і коли ваші очі будуть в фокусі, затисніть кулак вашої лівої руки, та відкрийте руку помалу і ви відчуєте як вам повертається контролю над вашою рукою...але ви задержуєте ту приємну сенсацію плавання вашого тіла в повітрі.

Така сенсація легкості служить знаком для вас, щоб ви звернулися у ваше нутро для приватної медитації. Балетні танцюристи та атлети, відчувають таку легкість увесь час і це їм помагає в концентрації та в координації їхніх рухів. А коли вони такої легкості не відчувають то вони тоді бувають напружені та штивні і не мають належних їм успіхів.

Тепер я знову перевірю основні принципи стратегії і тоді ми повернемось до вправ, так щоб ви все як слід знали поки ви вийдете від мене. Ви виконуйте ті вправи кожної години, і така вправа не забере вам більше чим двадцять секунд. Вашому тілові належить тих двадцять секунд на годину і тоді ви залишіть все інше а ваша повна увага концентрована на вашому відношенні до вашого тіла. Будучи в особливо сприятливому стані, ви тепер ще більше вглибіться в тих три пункти. Зверніть вашу увагу на факт, що це не є тактика застрашування вас але, що це пригадка для вас, двох дуже важливих фактів; куріння це отруя для вашого тіла, і ви без вашого тіла жити не зможете. Третій пункт то є ваше зобов'язання, що наскільки ви бажаєте жити, настільки ви будете захищати та поважати ваше тіло. Тепер ви повертаєтесь до вашої повної свідомості....

Коли б я мав можливість, то у вашому положенні я жив би в крамниці з тютюном при найменше тиждень, щоб тим самим переконатися, що тут не цигарки, а ваше відношення до вашого тіла відіграють рішачою роллю. Кожний може перестати курити у відсутності цигарок, але це не має жодного відношення до внутрішньо-психічних змін. Але ви, живучи в середовищі курців є свідомі вашого досягнення в ім'я пошани до вашого тіла та своєї достоїнності.

Найбільшою помилкою, яку ви могли б зробити тепер, це говорити собі що "я не буду курити", бо це рівняється тому, коли людина боїться що її ніс свербить, а вона говорить, що її ніс не свербить. Ви знаєте, що тоді станеться, а станеться те, що ніс буде свербіти.

Попробуйте повторити, що ви не ковтаєте слини, а переконаєтесь, що ви тоді ковтаєте слину більше чим коли не будь перед тим. Людина є характерна тим, що вона не любить чути слова заборони, вона не любить чути слово "ні", чому ж тоді, у вашому випадку не вживати стратегії, яка веде до успішності, тобто робити щось що ви бажаєте(а не щось, чого ви не бажаєте), тобто робити щось в ім'я пошани та охорони вашого тіла. Ви бачите тут різницю?

Ви тут вчитеся "мистецтва" як охоронятися від тиску, від примусу щось мати.

Щоб охоронятися від бажання під тиском, то не вільно боротися з тиском, тому що ви тільки погіршите ситуацію, а не освободитесь від привычки.

Але що ви доброго зможете зробити, це зігнувати привычку, і ви це можете робити при допомозі слідуючої тактики; коли відчуваєте тиск то визнайте це перед самим собою. В той сам час ви собі пригадайте, що ви взяли на себе зобов'язання опікуватись вашим тілом. Ви тепер є під подвійним тиском; ви хочете курити і рівночасно ви хочете берегти ваше тіло. Ви конфронтуйте цих два тиски на вас; коли ви підкреслите один то ви будете змушені ігнорувати другий. Коли ви підкреслите ваш обов'язок супроти вашого тіла, то ви є змушені ігнорувати ваше бажання курити.

В поведінці людини є один аксіом, згідно з яким всьо чого вимагається, або всьо до чого людина призвичаїлася та відчуває налогову потребу вдоволення, якщо воно буде зігнороване та не буде вдоволене, то така потреба погасне. Тут можна взяти приклад навіть з мускулів, які відразу слабнуть та атрофуються без належної їм уваги.

Те саме стається з усіма налогами, а також і з інстинктами. Помимо того, що люди скептичні до стану целєбату монахів та монахинь, але ясною правдою є, що ті монахи та монахині, які серйозно віднесли до їхнього приречення бути невинними, таки є невинні. Коли вони тільки перейдуть той переходовий період, то вони лишаються без сексуальних потягів.

Те саме відноситься і до іншого біологічного тиску, а саме до голоду. Коли Ганді зачав свою 40-ка днівну голодовку то він запримітив, що на п'ятому дні він вже взагалі не відчував голоду, але він відчував слабість.

Те саме говорили й інші люди які піддавалися голодовці.

Знанням з воєнних ситуацій, що коли доставка харчів до фронтових ліній була закрита деякий час, то вже після 5-ти днів вояки їсти не хотіли, а ті вояки, які були в ситуації, яка грозила їм смертю, пораненням чи полоном, були так сильно заінтересовані своєю долею та завданням, що їм необхідно було говорити, а навіть і силувати, щоб вони їли.

Подібне також знане в'язням німецьких та інших концентраційних таборів та таборів военнополонених, в яких довгий час бувала відсутність харчів.

Нехай це послужить для вас приміром. Коли навіть біологічно властиві потреби зникають та коли людина має зосереджену увагу та ціль на важливе

явище чи на мету, то привычка куріння напевно зникне, якщо ви будете мати на увазі ваше вибране завдання опікуватись та шанувати ваше тіло.

Але коли ви будете дразнити себе вивовом, що ви “перестанете курити”, або коли ви будете пробувати курити “менше”, то з вами станеться щось протилежне і ви будете продовжувати куріння з переконанням, що вам неможливо перестати курити.

Коли однак, замість зводити боротьбу зі собою, ви підтвердите ваше рішення бути “на сторожі” вашого тіла та будете справді відчувати гордість та пошану до себе, що ви більше не в`язень привычки куріння, а гідний сторож ваших позитивних принципів та здоров`я вашого тіла, тоді тяготіння курити вас залишить.

Ви повинні робити повторення вашого рішення, що ви є сторожем здоров`я вашого тіла раз в годину. Тут приходять питання, що ви зможете зробити, коли ви знаходитесь між людьми і для того я навчу вас способу вживання трансу так, що ніхто не запримітить, що ви себе гіпнотизуєте.

Ви, як і в час коли ви на самоті; на один завертаєте ваші очі, на два ви замикаєте очі і глибоко вдихаєте, на три ви видихаєте та відчуваєте легкість вашого тіла і ваша рука несеться швидко в сторону вашого чола, або вашого брова та його дотикає; при тому ви собі повторюєте сутестію та затискаючи і відкриваючи кулак, ви виводите себе з трансу. В такий спосіб ви можете користуватися автогіпнозою при праці та прилюдно без того щоб хто-небудь знав, що ви себе гіпнотизуєте.

Дотик до брова або до чола, в майбутньому, буде вам служити пригадкою та реафірмацією вашого рішення та буде вповні анулювати всякі спроби викликування заінтересування до куріння.

На кінець мушу зауважити слідує. Припустім що ви маєте люблене вами звірятко, kota, собаку або щось інше і ви в крамниці та купуєте вашій собаці банку харчів, на якій, ви зауважуєте, є пересторога від департаменту здоров`я, що ті харчі можуть бути шкідливими для вашої собаки. З рукою на серці, скажіть мені чи ви дали б такі харчі вашій собаці, я бачу, що ні! Чи не властивим було б трактувати власне тіло так як ви трактували б тіло вашої собаки ?!

При тому мушу додати, що людина часто має до діла з речами так самозрозумілими, що вона на них не звертає уваги, і одним із таких явищ це невинність та нешкідливість вашого тіла; ваше тіло не знає що куріння це отруя для нього; ви знаєте, але не ваше тіло. Оскільки ви вглибитесь в факт, що ваше тіло з дитячою невинністю довір`яє вам, довір`яє вашому розсудкові та вашому рішенню, то ви напевно будете більш серйозно відповідальні за нього.

Зверніть вашу увагу на факт, що коли ви переходите дорогу то ви дивитесь, щоб дорога була вільна та безпечна, але коли ви переводите через дорогу вашу дитину або, ще більше, вашу внучку тоді ви робите це з найбільшою увагою,

відповідальністю та обережністю, ви тоді всецільо стаєте в обороні невинної дитини, яка є у вашій опіці та вашій відповідальності.

Надіюся, що ви зрозуміли вашу роль по відношенню до вашого тіла.

(Шпігель, 1978, ст. 211-216)

1. Майже ідентичну як повище вказану для курців стратегію, Шпігель приймає і при лікуванні ожирілих пацієнтів, а крім того він їм пояснює, слідує, а саме що;
2. необхідним вибирати харчі та вживати їх так, щоб вони вдовольняли харчову необхідність для організму, а при тому пам'ятати, що людський організм потребує відповідної кількості калорій для того щоб могли виконувати певну працю.
3. Пацієнт повинен змінити власну настанову до свого харчування, що приведе до остаточної переміни його життєвої філософії та життєвого стилю.
4. Пацієнт особисто мусить взяти повну відповідальність за поведінку свого харчування, а не обвинувачувати матір, жінку чи когось, або щось іншого крім самого себе; бо багато речей в житті є у якомусь відношенні до інших людей та до речей і подій в світі, але їдженнє стисло залежить від людини яка харчується. (Тут ясно говориться про умови харчування в США, де харчів не бракує, а не країни в яких панує голод).
5. Пацієнт повинен “приготовлятися до зустрічі себе зі своєю нормальною вагою”, для того щоб він вигідно почувався в новому тілі, бо в іншому випадку його нормальна вага буде для нього чудною, чужою та коротко-тривалою.

Шпігель також вказує на факт, що людина нормальної ваги підходить до їдженнє так щоб їжею задоволити потребу тіла при відживлюванні, а ожиріла людина підходить з наміром щоб якнайбільше в себе вмістити.

Нормальної ваги людина пам'ятає, що задовольши апетит та голод, для решти харчів є місце в холодильнику, або де інше, але ожиріла людина знає лише одно місце для харчів, тобто власний жолудок.

Нормальної ваги людина не буде їсти навіть тоді коли прийшов “час” щоб вона їла, якщо вона ще не відчуває голоду, а отовстіла людина буде використовувати “час на їдіння” для того щоб “пізніше не бути голодним” і буде їсти навіть тоді коли вона взагалі не відчуває голоду.

Будучи в гостині, отовстілий знаходить всі необхідності щоб багато з'їсти та багато випити, помимо того, що він не відчував голоду, бо тим він “справляє приємність” господині, вказуючи своїм апетитом, що її харчі смакують. Нормальної ваги людина з'їсть що необхідно та словами викаже свою приємність за приготування смачних харчів.

Подібно як і при курінні, Шпігель вказує щоб пацієнт не змагався зі своїм бажанням переїдатися, але щоб він мав на меті тільки позитивну ціль, а саме стояти на сторожі здоров'я та добра свого тіла; бо змагаючись зі собою, пацієнт ніколи не буде переможцем, він все останеться переможеним, але змагаючись в позитивному змислі, за здорове та гарне своє тіло, людина все буде мати успіхи.

Шпігель при тому, як і при курінні вчить пацієнта автогіпнози та сугерує щоб пацієнт вживав автогіпнозу раз в годину.

При формуванні сугестій всім пацієнтам, Шпігель підвищує емоційну напругу людини, вживаючи таких виразів як *“..ви є хоронитель,..опікун вашого невинного тіла..ваше тіло не є свідоме факту, що куріння являється отруєю для нього...ви винні опіку вашому тілові..чому ж вам не шанувати здоров'я вашого тіла так як ви шануєте здоров'я вашої улюбленої собачки?”*

Людина робить рішення під впливом емоційної напруги, а логічне міркування та відповідний аргумент, підсилює рішення та допомагає у плануванні та імплементуванні такого рішення.

Другий психологічний чинник, який Шпігель максимально використовує при гіпнотерапії, а особливо при гіпнотичних та постгіпнотичних сугестіях, це диссоціація; *“...ваше тіло не є свідоме факту, що куріння це для нього отруя...ви не вживаєте вашого тіла як сміттярку і т. д.*

Додержуючись принципу в поглядах екзистенціальних філософів, що тільки дана людина має право та обов'язок робити свої власні рішення, Шпігель не робить та не сугерує жодних рішень для пацієнта, а він тільки служить пацієнтові необхідними інформаціями відносно рішення та створює відповідні для рішення психологічні умови, а саме рішення він лишає пацієнтові, що в свою чергу мобілізує пацієнта до дії, бо пацієнт відчуває, що він виконує *свою власну волю* та відчуває винагороду коли він успішно виконає своє рішення, а рівночасно він чується до обов'язку виконувати таке рішення якнайкраще, бо воно впливає від його особистого бажання. Таке відношення до пацієнта, дає пацієнтові можливість до росту та до скріплення його особистості.

До лікування тривоги, інсомнії та браку спосібності концентрації, Шпігель (1978, ст. 229) підходить майже з такою самою стратегічною метою, як і при лікуванні курців, про що докладніше говорилося вище. Він вважає, що причиною виникнення повищих недуг чи недотягнень являється патологічний підхід або перешкода яка появляється в наслідок надмірної концентрації самоуваги на щоденних потребах та функціях, бо у висліді такий постійний самокритичний підхід до власного “я” приносить негативні оцінки досягнень та психологічне прикріплення до почуття нездатності, що в свою чергу викликає не тільки психічне але й фізичне виснаження.

Важливими при лікуванні тривоги, інсомнії та браку концентрації-це вживання диссоціативних спосібностей пацієнта для того щоб він міг відмежувати цільову унапрявлену увагу від власних фізичних невідгод та сенсацій, і від пов'язаного з тим фізичного пробудження, а крім того важливим також дати пацієнтові

“інструмент” при допомозі якого він міг би боронити себе перед постійно зростаючою тривогою, яка появляється на певний “сигнал”, який звичайно випереджає появу тривоги.

Соматичні об’явлення тривоги можуть бути дуже непріємні такі як брак повітря при віддиху, бігунка, біль живота, параліч та багато інших.

Як і при інших недугах, передумовою до кращого розуміння психодинаміки тут необхідно анамнеза; ґрунтовна історія недуги яка вказала б на причини та на етіологію захворювання, а далі відповідна адміністрація та інтерпретація НІР яка вкаже на ступень гіпнотичного потенціалу пацієнта та на його психічний стан.

Коли вислід повищих процедур покажеться задовільним, тоді пацієнт повинен бути гіпнотизований, глибина його трансу приведена до оптимум, і йому дається інструкції та відповідне тренування в автогіпнозі.

В гіпнозі йому сугерується, що він буде бачити екран або відео і, що на такий екран він буде проектувати його думки, ідеї, почування, спомини, фантазії, плани і тим подібно та, що при тому його тіло буде плавати в повтрі.

Коли він точно та легко зможе бачити на екрані та проектувати власні почування думки, фантазії та інше, тоді йому сугерується, що він на великому екрані створить ще додатковий малий екран, до якого буде відсилати *вибрані ним теми*; картини, думки, почування і т. п., користуючись своєю селективністю.

Тут, при таких та подібних процедурах пацієнт навчиться довільно вводити, виводити, приймати, або анулювати якусь картину, подію або явище, а при тому навчиться концентрувати увагу, бо маніпулюючи різні сцени йому доведеться їх пам’ятати та використовувати в належних композиціях, як також вчитися *нових думок, нових почувань, нових композицій*, а з тим і підкріплювати свою спосібність концентрації.

Найважнішим при контролюванні тривоги-це навчити пацієнта щоб він довільно міг використовувати фантазування плавання його тіла в повітрі, бо плавання тіла приводить до відпруження мускулів, а вже навіть і саме відпруження мускулів позитивно впливає на психічний стан людини та відбирає в неї тривогу, а в результаті думання й фантазування подій на екрані стаються далеко легшими та вигіднішими; при тому можна також використовувати техніку сповільнення скорості появи картин та підсилення їхньої яскравості.

Невільно забувати, що тривога може бути вислідом якогось травматичного моменту, який ввійшов у несвідоме але який має потенціал впливу на пацієнта при допомозі асоціації. Отже тоді, крім повищої терапевтичної стратегії, а радше перед імплементацією вище наведеної стратегії, належало б привести у свідомість, якщо це можливо, генезу тривоги пацієнта, а щойно опісля користуватися вище описаною методою віднімання симптому.

Як відомо, інсомнія це дуже поширена проблема та в західньому світі особливо являється причиною багато лиха; лікарі першої допомчі, замість тратити час на висвітлення причини інсомнії та на подачу належних інструкцій яким способом

пацієнт може допомогти собі при інсомнії, виписують рецепти на барбітуати та інші психотропічні препарати, у висліді чого пацієнт призвичаюється до нарколептичних медикаментів, та підсилює стан інсомнії.

При диференціальній діагнозі треба необхідно звернути увагу чи інсомнія часом не являється в наслідок депресивного стану пацієнта, що вимагало б цілковито іншого підходу до проблеми. При депресивних недугах пацієнт звичайно будиться в дуже ранніх годинах та не може більше заснути, і тому він почувається перевтомлений, з браком апетиту до їдженя та присутністю депресії.

Інсомнія, яка стається в наслідок тривоги етіологія якої має соціальні, економічні, родинні, культуральні або також інші, представляється інакше чим депресивна.; Вона характерна тим, що пацієнт не може вснути взагалі, і часто переводить цілі ночі змагаючись з інсомнією, і стається все більше ослаблений та в сильнішій тривозі.

В таких випадках необхідним буває збагнути причину такої інсомнії та, коли такі причини ще існують, то прийняти до них відповідні заходи для того щоб їх виелемінувати, або щоб їх унешкідливити. Нерідко терапевт може також впевнитися, що така інсомнія являється лише привичкою, яка ввійшла в життя пацієнта, отже тоді можна сміливо вживати гіпно-сугестивну стратегію з тим, що треба також мати на увазі, що пацієнт, крім інсомнії може бути призвичаєний до барбітуратів, ато й до інших психотропічних препаратів, що крім інсомнії вимагатиме окремої уваги.

Шпігель (там же, ст. 237), сугерує подібну стратегію для лікування інсомнії як і для куріння. Він вказує, що людина яка страждає інсомнією не повинна концентруватись на тому, що вона не може спати, або “силою заставляти себе спати”, бо такі зусилля не тільки що не будуть успішні, але вони і будуть ще більше підсилювати інсомнію; людина з інсомнією, замість відпочивати в сні, думає про різні речі та проблеми яких вона не може розв`язати, і вона не повинна поборювати такі “небажані думки”, але вона;

- (1) може, будучи в автогіпнозі, проектувати всі такі думки на екран та з інтересом маніполювати ними й рівночасно відчужувати їх від себе і приймати їх з кращою об`єктивністю, а тим самим і як менш загрозливою для неї, або,
- (2) пацієнт може увести себе в автогіпнозу, сугерувати собі приємне плавання тіла в повітрі, що в свою чергу дасть йому повну релаксацію та остаточно транс перейде в природне спання.

Найбільш безсильною людина почувається тоді, коли вона не розуміє сили чи механізму проти якого вона змагається і чим серйозніше вона бореться та програє, тим сильнішим стається чинник який на неї негативно діє, тому треба розуміти причину небажаної поведінки чи почувань бо тоді зникне їхня “містична” сила та ігнорувати небажане в собі, а не підкріплювати їхню силу особливою увагою.

Фобії

Страждаючі фобіями пацієнти, як група, згідно з клінічними спостереженнями, бувають дуже спосібними для глибокого трансу гіпнозу який можна використовувати для лікувальних цілей.

Гіпнозу при лікуванні фобій використовується терапевтами різних теоретичних напрямків починаючи від психоаналістів, на бегавйористах кінчаючи. Звичайно при багавйор терапії необхідністю стається вживання процесу релаксації (Вольпе, 1973), який в основному дуже мало відрізняється від процесу індукції гіпнозу при допомозі прогресивної релаксації, в його ранній стадії.

Найбільше поширеною в західному світі буває фобія до полетів і Шпігель пропонує слідуєчу стратегію, яка має в собі два елементи; когнітивний та бегавйористичний.

В трансі він дає пацієнтові інший погляд на механізм літака, на його контролювання, на можливості акциденту та на високу відсутність аварій, а при тому радить пацієнтові, щоб він при допомозі автогіпнозу, вживав техніки релаксації та диссоціації .

Шпігель вказує пацієнтові факт, що він часто підсвідомо змагається та “воює” з літаком, що є абсурдним, бо сам літак не є “ані за ані проти” пацієнта та, що літак являється знаменитим досягненням техніки, який стоїть до послуг людині, так само як і інші приладдя та середники комунікації. Він закликає пацієнта, щоб той трактував літака як потрібне йому знаряддя та разом із ним плавав в повітрі.

Три версії або методи можна пристосовувати в літаку;

- (1) пацієнт може держати себе в трансі від часу коли він тільки ввійде до літака аж до виходу з літака та відпружувати себе почуттям, що він плаває в повітрі,
- (2) пустити себе в транс аж поки літак не знесеться на належну височину та дати собі постгіпнотичну сугестію, що пацієнт буде пливти в повітрі, і знову пустити себе в транс перед тим поки літак приземлиться, та
- (3) пустити себе в транс поки літак знесеться, а відтак декілька разів підчас лету з підсиленням плавання в повітрі та під кінець коли літак приземлюється.

Пацієнт також може фантазувати, що він сидить біля капітана літака та, що він володіє інструментами літака.

Пацієнтів потрібно відповідно перестерегти щоб вони перед та під час лету, не пили алкоголю та не приймали транквелайзерів, бо алкоголь та психотропічні ліки послаблюють спосібність пацієнта належно використовувати транс.

Стратегія Шпігеля лікування інших форм фобій є подібною до повище вказаної і тому не буду довше над фобіями зупинятися.

Досвід мене переконує, що крім стратегії якою користується Шпігель треба таки старатися віднайти генезу фобії, що навіть легко буває досягнути, застосовуючи гіпноаналітичні методи, включно з регресією та старатися щоб пацієнт мав вгляд чи розуміння його фобії і не трактував її більше як щось таємне та всесильне.

Коли фобія постала в наслідок травми тоді, віднайшовши її, треба щоб пацієнт розумів, що травма сталася в іншому часі та обставинах, які мабуть і більше не повторяться.

Коли фобія буває в наслідок міжособистого конфлікту-треба такий конфлікт зрозуміти та розв'язати. Конфлікт може бути також інтрапсихічний і тоді треба вживати стратегії для реконструкції особистості, що часом може забрати далеко більше зусиль ніж гіпносугестивний підхід, але це причиниться до підкріплення структури особистості яка в іншому випадку, позитивно реагуючи на постгіпнотичні сугестії, замість фобії буде хоронитися при помочі іншого та часом навіть більш тривожного симптома.

При лікуванні фобії, як теж і при інших психогенетичних недугах, не вільно забувати про те, що людина, для того щоб жити, мусить мати мету та, що вона змагаючись зі своїм симптомом, в цьому випадку фобією, в найкращому випадку держить таку мету на послідному плані. Тому, як вказав Карл Густаф Юнг, не можна нехтувати телеологічного підходу в психотерапії, а треба побуджувати та підсилювати бажання пацієнта змагатися в напрямі досягнення його життєвих цілей, а тим самим і відтягнути його увагу, яка в основному досі зосереджувалась на його недугі.

Лікування болів

Болі товаришують людині на протязі її цілої життєвої мандрівки і помимо того, що вони відіграють дуже важливу та позитивну роллю, бо сповіщають тривогу тілесну та психічну тоді коли організм людини в небезпеці, але в багатьох випадках, болі таки остаються проблемою самою в собі.

Тому досліджування болів, їхню генезу, їхній механізм та як їх успокоювати, чи взагалі як їх віднімати, забирає велику увагу не тільки фармацевтів, дентистів, хірургів, лікарів, але і психіатрів та психологів.

(Батлер, 1953, 1954; Канджельо, 1961; Шпігель, 1963; Томпсон, 1963; Крогер і ДеЛі, 1967; Красільнек і Голл, 1966; Сацердот, 1965, 1970 та десятки інших досліджують питання болів).

Праця Ернеста Гільгарда (1975) прикрасно навітлює роллю гіпнози в розумінні та в контрольованні болів, про що вже згадувалося вище.

На біль треба дивитися як на дуже складний процес інтеракції в людині соматичних, психічних, екологічних та інших стимулів, які виражаються як "болі".

Фізичний складник болю буває дуже рідко настільки сильний щоб він був незносний, з виїмком хіба панкреанкаїтісу, ломання костей чи каміння нирок або жовчі, і навіть в тих випадках психологічний елемент буває завжди присутній та відіграє свою роллю, зате в клінічній ситуації реактивний складник буває дуже важливий і приносить дуже великі коливання при відчуванні болів.

Шпігель (там же, ст. 252), вказує на факт, що ранені вояки підчас Другої Світової Війни були дуже відпірні на відчуття болів, а вже особливо тоді, коли вони вистерігалися загрози можливостей щоб не попасти у ворожий полон.

Тоді коли звичайні пацієнти після відповідної операції жалувалися на болі та вимагали медикаментів для контролі болів, то вояки взагалі навіть не голосили, що вони відчувають які-небудь болі, а вже дуже рідко приймали ліки для успокоювання болів.

Гільгард (1975) в своєму експерименті доказував, що суб'єкти даного експерименту, суб'єктивно давали кращий, бо докладніший рапорт про стан болю, який дорівнював температурі води, чим це показувалося при помочі інструментів для тиску крові та частотою пульсування серця.

Після зібрання відповідної історії недуги та впевнення, що людина страждає болями, треба також стежити за тим щоб пацієнт мав належну медичну обслугу, а тоді треба адмініструвати НІР та звернути увагу на ступінь глибини трансу, бо знаємо, що успіх гіпнотичної інтервенції при болях, має належне відношення до глибини трансу.

Після того Шпігель сугерує (там же, ст. 253), що необхідним, ще поки приступити до гіпносугеритивної техніки, вказати пацієнтові на різницю інтенсивності болю, в той час коли пацієнт напружує мускули та коли він їх відпружує, а також і на ступінь уваги який він присвячує сенсації болю. Такий експеримент, на мою думку, вказує пацієнтові на те, що сам пацієнт спосібний для того щоб контролювати ступінь болів, а це також у великій мірі ставить на пацієнта і певну відповідальність за успішність гіпнотерапевтичних прийомів.

Перед індукцією трансу лікар пояснює пацієнтові, що крім природних оригінальних болів які він має, він їх також підсилює при допомозі напружування мускулів, що пацієнт несвідомо робить, стараючись при тому уменшити болі. Щоб це практично доказати то лікар просить пацієнта затиснути сильно кулаки декілька разів, а тоді пацієнт на прикладі переконується, що сильна напруга мускулів таки погіршує почування болів.

Знову іншим приміром лікар вказує пацієнтові, що і ступінь уваги до органу у якому відчуваються болі, зробіть належну різницю в інтенсивності болю, і тому він просить пацієнта щоб той щипав свою руку, та щоб при тому звертав всю увагу на якість болів, а по якомусь часі, щоб пацієнт так само щипаючи свою руку в той самий час концентрував всю свою увагу на якомусь предметові і тим самим переконався, що ступінь уваги до болів принесе відповідну різницю при відчуванні болів.

Коли такий пацієнт є в діонісійській категорії, і його глибина трансу є від трьох до п'яти на шкалі НІР, тоді він дістає інструкції увійти в авто-гіпнозу, фантазувати, що він є в кріслі дентиста та, що він дістав застрик новокаїни і є знечулений до болю та, що така знечуленність триватиме відповідний час і буде фільтрувати його болі до зносимого ним рівня.

Пацієнтові не рекомендується “боротися” з болями, але йому рекомендується, щоб він відтягав увагу від почуття болю, та щоб він концентрувався на чомусь позитивному, тобто щоб він визнавав присутність болю, але щоб болі не були основною точкою його уваги, а така поведінка пацієнта, крім відсутності болів, дасть йому також і почуття досягнення чогось у висліді його власних зусиль.

Пацієнти які є в категорії три до п'яти на шкалі НІР є також спосібні переносити складні та довгі хірургічні операції без наркози.

Пацієнти одисійської категорії (від двох до трьох на шкалі НІР) є менш спосібні контролювати біль і тому сугестії для них повинні бути належно зформульовані;

В гіпнозі їм сугерується, що вони занурюються в дуже холодну воду і при тому відчуватимуть “замороженність” певної частини тіла яке відчуває біль і тим самим його знечулюють. Їм рекомендується вживати автогіпнотичну техніку кожної години і тим контролювати біль.

Аполонці (на шкалі НІР один до двох) є ще менш спосібні для того щоб при допомозі гіпнози віднімать болі і тому їх треба вчити щоб вони могли волево концентруватись на чомусь, що відтягало б їхню увагу від болю.

Тут в разі необхідності можна вживати і частини тіла самого пацієнта але лише такі які не межують з частинами тіла які болять, але найкраще буває тоді, коли пацієнт таки концентрує увагу поза собою, на якихсь картинах, звуках чи явищах.

Мігрень

Лікування мігрени є дещо більш специфічне, а це з огляду на зазначений факт, що голова людини при мігрени, має дещо підвищену температуру, а ноги та руки пацієнта понижено, отже й тому кровні судини в голові бувають дещо поширені а в руках та в ногах, навпаки судини бувають звужені.

Тому отже пацієнтові в трансі сугерується, що його голова охолоджується; такі сцени можна фантазувати наприклад, що голова пацієнта знаходиться під впливом холодної струї повітря, або що голова обложена ледом або холодною водою та, що ноги й руки пацієнта огріваються гарячим піском, сонцем або і яким-небудь іншими чинниками. Все те залежить від умов життя пацієнта та від того, що для нього є найбільш природнім та, що йому буває найлегше фантазувати.

Клінічні спостереження вказують на доволі високий процент успіху при такій стратегії лікування мігрени.

Найважливішим в стратегії лікування це заходи для того щоб арештувати розвиток мігрени в ранній стадії ще поки пацієнт не призвичаєний до фармацевтичних препаратів, які мають схильність до згубної звички.

При тому ніколи не вільно забувати, що поки лікар рішиться прийняти гіпнотичні методи для контролювання болів голови, то він мусить мати повну картину вислідів бадань, які не вказували б на протиріччя вживання гіпноанальгезії, пам'ятаючи, що болі являються сигналом тривоги організму людини.

Психо-соматичні недуги

В професійних кругах загально знане, що кожна недуга має в собі емоційний компонент; але і теж, що деякі недуги які постають в наслідок емоційного стану людини, отже найважливішим при лікуванні психосоматичних недуг це концентруватися на людині, а не на симптомах чи на тілесній недозі, хоч треба пам'ятати, що кожний симптом мусить мати відповідну лікарську опіку, бо навіть простий гістеричний параліч, може довести людину до атрофії мускулів, а такі недуги як астма, коліт чи жолудкові язви, можуть принести смерть.

Психіатрична анамнеза та НІР дасть певну картину життєвого стилю людини та вкаже на територію яка може причинитися до викликування даної недуги, а

гіпнотерапія допоможе переорганізувати відношення пацієнта до його тіла та оточення.

Бронхіальна астма

Про лікування астми в професійній літературі говориться дуже багато та майже всі дослідники лікування астми згодні, що астма має в собі емоційний компонент на який гіпнотерапія має позитивний вплив.

Колісон (1968, 1975) подає статистичні дані в яких говориться, що в дві третіх пацієнтів, були позитивні висліди пацієнтів які користувалися автогіпнозою та, що більш спосібні на глибину трансу пацієнти, мали ще кращі успіхи.

Він також зазначив, що успішність лікування астми гіпнозою знижується разом з віком пацієнта навіть тоді, коли рівень трансу в них буває дуже глибокий; Колісон рекомендував щоб вживати автогіпнозу п'ятнадцять мінут до години денно з сугестіями спрямованими для підкріплення самовпевненості пацієнта.

Шпігель також рекомендує автогіпнозу при лікуванні астми, з тою різницею, що такий сеанс повинен бути кожної години протягом лише одної або двох хвилин але як необхідно то і частіше.

В трансі він сугерує, що віддих пацієнта стається легший, глибший та більш регулярний та, що пацієнт насолоджуватиметься життям.

Мій досвід при лікуванні астми (а це рівно ж відноситься і до інших психосоматичних недуг) заставляє мене щоб крім анамнези, при допомозі гіпноаналітичних метод в першу чергу відшукати причину захворювання, і при тому впевнитися, а радше устійнити чи астма є необхідною для пацієнта як “оборонний механізм”, або чи даний пацієнт в дійсності знаходиться під таким психічним тиском, що без астми він може захворіти ще гіршою недугою психічною або фізичною. Коли покажеться що в житті пацієнта є “активний конфлікт” тоді вважаю своїм обов'язком, при допомозі психотерапії допомогти пацієнтові усунути такий конфлікт, ще поки приступлю до гіпносугестивної терапії. Коли ж покажеться, що такий в минулому набутий симптом ввійшов в привычку пацієнта як охоронний механізм котрий він несвідомо вживає в якій-небудь “скрутній” ситуації, тоді йому належиться перевиховна терапія, в ході якої він звичайно позбудеться астми.

Астма найчастіше виникає чи появляється в наслідок травматичних переживань, або в наслідок алергії до якоїсь речовини.

Коли астма має початок в травматичному пережиттю, який звичайно не буває в свідомості пацієнта, то походження такої травми можна відшукати при допомозі в горі наведених гіпноаналітичних процедур, прийняти відповідні заходи для того щоб “неутралізувати” вплив травми на пацієнта та остаточно привести до його свідомості і тим збагатити його життєвий досвід.

Коли астма постає в наслідок алергії до якої-небудь речовини, тоді при допомозі гіпнози можна встановити факт чи така речовина мусить бути фізично присутня

для того щоб викликати астму чи може астма появиться у висліді сугестії, без її фізичної присутності. Коли астма появляється лише при фізичній присутності якоїсь речовини тоді необхідним уникати такої речовини, коли це можливо, або дисенситизувати пацієнта проти такої речовини.

Коли ж астма появляється без фізичної присутності подразника, а лише в наслідок сугестії терапевта, тоді гіпнотерапія буває дуже успішна.

Як загально відомо, астма найчастіше появляється в ранньому дитячому віці та не рідко залишає дитину з її дозріванням і тому простолюддя має поговірку що дитина з астми “виросте”, що і вказує на особливий психодинамічний механізм, характерний дитині.

Дитина находячись в несприятливих, часто загрозливих її життю умовах, бо згідно з її розумінням вона не може користуватися темпоральними, простірними та іншими абстрактними концепціями-для дитини яка ще не дозріла для того щоб користуватися символічними поняттями-теперішність це вічність бо її не доступні категорії думання такі як часовість, майбутність і тим подібне, тож вона, находячись без відповідного догляду матері почуває, що вона тоне або дуситься в даній ситуації, що їй “приходить кінець”. Такі ситуації, згідно з моїм досвідом, являються найчастішою причиною виникнення астми. Доросла людина, находячись в несприятливих умовах підсвідомо може вживати такий оборонний механізм і продовжувати хворіти астмою.

Найкращою методою при відкриванні таких травм це моделювання пластициною або глиною, які уможливають регресію до найранішого віку.

Вживання автогіпнози з ціллю самопомочі

Уважний читач вже напевно спостеріг факт, що гіпноза це властиво автогіпноза, бо реальність вказує на те, що найкращий лікар спеціаліст для гіпнотерапії, не зможе ввести людину в глибший транс чим дана людина посідає для того природні спосібності, отже гіпноза походить від суб'єкта, а лікар тільки, будучи свідомим в яких умовах транс появляється, сугерує витворювання належних для трансу умови.

Показником природного обдарування входити в транс являється ступінь завороту ока та косоокість людини (глядіть у відділі, профіль гіпнотичної індукції "НІР").

Хоча вправді валідність профілю гіпнотичної індукції буває квестіонована деякими гіпнологами та клінічними працівниками, а вже особливо Мільтоном Еріксоном який сугерував, що кожна людина, яка спосібна концентруватись, є спосібна на гіпнотичний транс здатний до вжитку чи використання його в терапевтичних цілях, з чим я теж згідний, але ж це не заперечує факту, про важливість природніх спосібностей до трансу.

Читач теж напевно ознайомлений з таким універсальним явищем як "подорожній гіпноз", з англійського знаний як highway hypnosis, коли людина, будучи під впливом монотонності стуку чи шуму авта та приглушення й притупіння відчуттєвих органів, і через постійне концентрування на обмежений чи пак одинокий об'єкт, спонтанно попадає в гіпнотичний транс (без оператора), що також стається в результаті тотальної дезорієнтації в часі та в просторі, як рівно ж і під впливом наглого потрясіння та інших пригожих для гіпнози умов.

Мабуть вже кожна людина, якщо особисто не переживала то принайменше чула, що люди будучи в особливо потрясаючих, жакликих чи скрутних умовах, підсвідомо спромоглися на "надприродню" силу щось вчинити чого вони, будучи в "нормальному стані", вчинити б не змогли.

Знаним також і факт, що людина страждаюча тяжкими болями, нагло, "під якимось містеричним впливом", перестала болі відчувати.

Повищі приклади та мільйони інших свідчать про факт, що спонтанно викликана автогіпноза-це далеко частіше явище, яке впливає і позитивно і негативно, в залежності від рішень та від настанови індивіда, на поведінку та на почування людини.

Озброєні новочасним розумінням потенціалу гіпнози та технікою його імплементування, теперішнє суспільство, а вже особливо сили економічні, торговельні, політичні, а навіть і релігійні, мають величезний вплив на індивіда, який без належного “озброєння” знанням гіпнози, остається безборонним.

Навіть такі “невинні” розвагові заведення як “діскурс”, із напів освітленою залю, з гучними та ритмічними співами й танцями, та...з блимаючими сильними кольоровими світлами, продадуть учасникам такого концерту “кота в мішку”, а також, на привеликий жаль проституцію, порнографію, наркотики, психотропічні припарати, снотворні, побуджуючі та інші отруйні для душі і тіла речовини.

Нам залежить на тому щоб ми використовували природню спосібність людини на “змінний стан свідости” знаний як гіпнозу, для позитивних цілей; для благородних досягів, для скріплювання та для використовування власного природного потенціалу в позитивному напрямі; щоб ми виелемінували від себе негативні впливи на нас оточення; щоб ми позбулися негативних привичок та нездорового і невластивого стилю життя, а тим самим, щоб ми скріпили себе всесторонньо та щоб ми збагачували свій життєвий шлях, свої особисті досягнення та самопочуття щасливости.

- В цьому відділі познайомлю читача (в спрощеній формі) з явищем гіпнози так як я його розумію, але зазначу відразу, що природа гіпнози не є ще впіймана наукою, а ті які вважають гіпнозу формою спання, я уважаю ігнорують факт, що гіпноза, як психічний стан, існує поза, та поруч, стану спання.
- Познайомлю читача з підставовими умовами, які викликають стан гіпнози.
- Докладно вкажу на декілька процедур при помочі яких читач може увести себе в автогіпнозу.
- Познайомлю читача з основними принципами здорової поведінки людини.
- Вкажу на джерела які викликають психопатологію в людини.
- Познайомлю читача з теорією вартостей при помочі якої він зможе краще підходити до вибору своїх ідеалів та цілей.
- Познайомлю читача з принципами терапії або лікування при помочі автогіпнози.
- Накреслю способи лікування багатьох недуг, навичок, а особливо психосоматичних недуг, не забуваючи при тому, що кожня недуга та процедура лікування має в собі емоційний та психологічний компонент.

Згідно з дефініцією, *автогіпноза-це метода викликування або введення гіпнотичного стану самому собі, і такий стан повинен мати необхідні підставові складники гетерогіпнози.*

Автогіпноза являється ідеальним станом для терапевтичних сугестій тому, що такий стан уможливує творення умов в яких домінує природне та автентичне стремління індивіда до додержування життєвого стилю, згідно із його особистими бажаннями, стремліннями та вартостями, принципами й тяготіннями, без впливу на хід терапії чужосторонніх чинників.

В таких умовах автогіпнози та автосугестії немає загрози для того щоб постгіпнотичні сугестії могли статися невиконаними, тож і не буде можливостей для негативних почувань які завжди появляються тоді, коли в гетерогіпнотичному стані, постгіпнотичні сугестії, з огляду на несумісність їх із основними принципами вартостей чи поведінки, а також і умов несприятливих для суб'єкта, не виконуються.

Методи індукції автогіпнози

Методи індукції автогіпнози можна арбітрарно поділити на;

- (а) транс який появляється в суб'єкта у висліді постгіпнотичної сугестії, даної йому в гетерогіпнозі та
- (б) транс який викликає сам суб'єкт при допомозі самоіндукції.

Треба відмітити, що деякі гіпнологи мають застереження та сумніви чи перша метода тобто (а) може бути кваліфікована як автогіпноза, бо вона появляється при допомозі переживань які суб'єкт мав в гетерогіпнозі і, що сталося як вислід постгіпнотичної сугестії лікаря, який говорив суб'єктові чи пацієнтові, що він у відповідний час та в відповідних умовах, з точно означеною ціллю, ввійде в гіпнотичний транс належної глибини, повторить собі та підтвердить постгіпнотичні сугестії та вийде з трансу на відповідний сигнал або у відповідний час і буде себе прикрасно почувати та насолоджуватися всіма життєвими благами.

- Висловлені міркування гіпнологів про різницю між методою (а) та методою (б) беруть під увагу не тільки семантичні міркування, але і факт, що ті дві методи мають різниці в практичних пристосуваннях, бо треба надіятись, що даний суб'єкт в ситуації (а) був гіпнотизований належно вишколеною та кваліфікованою людиною, з досконалим знанням психології, психопатології, психодинаміки, соціології і т. д.; що той лікар високоетичний та відповідальний за долю свого пацієнта і що він, поки дасть пацієнтові можливість користуватися методою автогіпнози, належно впевниться, що даний суб'єкт в дійсності спосібний та відповідальний для вживання автогіпнози.
- Він мусить впевнитися чи дана людина ментально зріла, здорово-думаюча, соціально відповідальна та психічно здорова.

- Він мусить докладно навчити пацієнта як, в яких умовах, для яких цілей та при помочі яких метод, пацієнт входить в транс, а вже особливо мусить бути обережний, щоб пацієнт не попадав в транс в невідповідних умовах, в наслідок коли йому дається відповідний “код”.
- Лікар мусить впевнитися, що постгіпнотичні сугестії є абсолютно правильні, соціально та психічно здорові для даного пацієнта та, що вони є належно і чітко сформульовані, сприяючі здоров`ю, само-почуванню, правильному відношенню до оточення, сприяючі особистим досягненням та заінтересуванню пацієнта своїм оточенням.
- Він мусить дати правильні інструкції відносно амнезії, якщо така появиться.
- Необхідним також дати належні інструкції відносно виходу з трансу; звичайно подається час який пацієнт проведе в трансі, або умови (такі як телефонічний дзвінок, коли суб`єкт буває сам в приміщенні, стук до дверей, або, якщо пацієнт себе гіпнотизує перед сном, то найкраще йому сугерувати, що його транс закінчиться природнім сном).

Самогіпноза не завжди приводить суб`єкта до глибокого трансу, а звичайно це буває транс середньої глибини, але мушу тут пригадати, що навіть найлегший транс має позитивні впливи на хід психотерапії, а ще більші користі появляються тоді коли людина при помочі автогіпнози, хоче позбутися поганих чи нездорових привичок, або краще удосконалитися.

Сомнамбулістичний транс, включно зі спонтанною амнезією позитивними та негативними галюцинаціями буває потрібний, звичайно лише при гіпноаналізі, якої сам пацієнт без аналіста, ледви чи зможе перевести.

Труднощі введення глибокого трансу при помочі автогіпнози, походять від факту, що тут пацієнт мусить грати подвійну роль; він мусить бути пасивним і одночасно активним, а ще гіршою перешкодою при поглиблюванні трансу, являється курйозність суб`єкта, як він себе вестиме в незвичайній та незнайомій йому ситуації.

Курйозність буде послаблюватися звичайно з кожним разом коли людина буде себе гіпнотизувати та евентуально відійде цілковито.

Суб`єкт призвичаїться, також дуже скоро, до його подвійної ролі при самоіндукції трансу, і буде себе гіпнотизувати навіть кодом, тобто умовним сигналом.

Повертаючись ближче до індукції трансу при помочі постгіпнотичної сугестії, Вайценгофер (1957, ст. 317) пропонує слідуючий підхід.

Коли суб`єкт знаходиться в найглибшому трансі, тоді лікар повинен йому сугерувати слідуюче;

“Коли ви, у майбутньому, схочете увійти в глибокий гіпнотичний транс без оператора та навіть у глибший транс чим ви знаходитесь тепер, то ви це зможете досягнути. Все, що вам необхідно зробити це сісти або положитися у вигідне крісло або ліжко, прийняти найвигіднішу для вас

позицію та релаксуватися при допомозі глибших віддихів, подібно як я це з вами робив.

(Глибші віддихи сугерується з ціллю, щоб суб'єкт зосереджував свою увагу на чімсь одним, на чімсь обмеженім, а при тому треба перестерегти суб'єкта перед можливістю гіпервентиляції, а тому треба додати, що після декількох глибших віддихів, його дихання буде легке, свобідне та нормальне.

Прошу звернути увагу, що словами “ваші віддихи”, а не “ви дихаєте”, вноситься диссоціація, яка є необхідною частиною трансу.)

Коли ви будете вповні відпружені, тоді сугеруйте собі в думці, що ви йдете в глибокий гіпнотичний транс, а відтак вдихніть глибоко три рази і при третьому віддиху ви будете в глибокому трансі.

В трансі ви будете мати спосібність думати та вповні володіти собою. Ви також зможете давати собі бажані вами сугестії та викликати бажані вами гіпнотичні явища.

Для того щоб ви вийшли з трансу, то вам необхідно тільки подумати та рішитися вийти з трансу.

Коли під час вашого трансу зайшла б нагла потреба вашого акту чи допомоги, то ви автоматично вийдете з гіпнози і будете готові до відповідної дії.

Аж поки я не зміню вам моїх директив то все, коли ви будете себе гіпнотизувати, ви будете виконувати мої директиви, навіть тоді коли вони не відповідатимуть вашим поглядам.

Ви не будете піддаватися сугестії посторонніх людей, хіба тільки тоді, коли такі сугестії вповні відповідатимуть вашим обміркованим бажанням.

Ви все будете користуватися своїм найкращим розсудком при виборі постгіпнотичних сугестій та не будете використовувати автогіпнози надмірно.

Ви зможете контролювати ти виелемінувати болі та невігоди, але коли болі будуть появлятися частіше, то ви звернетесь по лікарську опіку.

Якщо ви бажатимете то зможете продукувати галюцинації, але робіть це у відсутності глядачів, а коли б ви рішилися робити це у чийсь присутності, то вам необхідно познайомити їх з природою та походженням таких явищ.

Ви ніколи не викличете жодних галюцинацій, які могли б поразити вас або когось іншого пошкодити.

Повищі сугестії вас будуть зобов'язувати аж до часу поки я їх не відтягну або не змодифікую. Ніхто інший, крім мене, тих сугестій не зможе змінити.”

Вайценгофер підкреслює, що повищі сугестії служать лише взірцем методи викликування гіпнотичного трансу при допомозі постгіпнотичної сугестії, і як

такі, вони не задовольняють всесторонніх умов; і коли суб'єкт не зможе при помочі такої методи, піти в транс, тоді можна пробувати методи зорової фіксації, або й іншої методи.

Головне що треба мати на увазі, це досконало тренувати людину і на фактах переконатися, що вона належно виконує все, що їй необхідно, ще поки її залишити з сугестією щоб вона самостійно вживала автогіпнозу.

Хоч вже раніше про те згадувалося, то думаю що не пошкодить повторити, що вибір сигналу при помочі якого пацієнт повинен входити в автогіпнозу, повинен забезпечити пацієнта перед можливістю входу в транс в невластивих умовах та в часі. Тому сигнал повинен бути добре обдуманий, беручи під увагу життєвий стиль пацієнта, його потреби та цілі до досягнення чогось при помочі автогіпнози й докладно окреслений та вповні зрозумілий пацієнтові і випробуваний лікарем.

Лікар також повинен впевнитися, що пацієнт, вживаючи автогіпнозу, не пошкодить собі та своєму оточенні; тому пацієнт мусить бути нормальний, зрілий, відповідальний, інтелігентний і мусить мати повне розуміння потенціалу гіпнози та її обмеження. А коли пацієнт не задовольняє всіх повищих вимог, тоді його треба належно перестерегти і зберегти від можливостей зловживання.

Вже раніше було також згадувано, що глибокий транс має властивості давати спонтанну амнезію, яка дуже причиняється для того щоб підсилувати постгіпнотичні сугестії. Але помимо того пацієнтові треба на свідомому рівні, повторити його сигнал при помочі якого він входитиме в транс та подати йому головні інструкції відносно трансу, постгіпнотичних сугестій та термінування трансу.

Вживання автогіпнози без постгіпнотичної сугестії

Як вже раніше було згадано, що в автогіпнозу людина може входити сама без того щоб вона перед тим була гіпнотизована лікарем і входила в транс згідно з постгіпнотичною сугестією.

Я також підкреслив, що автогіпноза коли вона введена самим суб'єктом, буває навіть далеко кориснішою в дуже багатьох випадках, а особливо вже тоді коли людина хоче позбутися небажаних привичок, або коли вона хоче підсилити, або ушляхотнити якісь власні спосібності, чим гетерогіпноза, або автогіпноза при помочі постгіпнотичної сугестії. А це стається ще і тому бо людина буде свідома того, що воно стається згідно з її власною волею та згідно з її зусиллями; і що вона зможе пускати себе в транс так часто, як часто цього вимагатиме її ситуація, а крім того вона буде свідома, що вона вживає процесу на який вона природно спосібна, а не щось чуже їй а крім того і "містичне".

Щоб зайвий раз не повторюватися то підкреслюю, що людина, коли вона природно спосібна на гіпнотичний транс, тоді вона без помочі та інтервенції лікаря, зможе ввести себе в транс, *вживаючи котрунебудь з докладно вище описаних гетерогіпнотичних метод індукції гіпнози.*

Річ ясна, що замість *другої* особи, при тому треба вживати сугестії в *першій* особі.

Найважливіше, що людина бажуюча входити в транс повинна досягнути, це *самовпевненість*, що вона з трансу вийде точно так і тоді коли вона цього захоче та, що вона згідно з самосугестією, буде точно знати та буде *пам'ятати* все про те як вона себе вела в автогіпнозі, бо як я вже раніше звертав увагу, *курйозність, непевність та страх*, це головні чинники, які перешкоджають людині щоб належно входити в транс.

Головні умови та чинники, необхідні для автогіпнози - це слідує:

- Відсутність страху, надмірної курйозности та фальшивих концепцій.
- Безпечне, спокійне та вигідне приміщення. (це відноситься лише до початкових стадій бо в дальшому, коли людина вже призначасна до автогіпнози, вона тоді може вживати автотранс, навіть серед найбільшого руху та шуму та стоячи, чи будучи в якій-небудь позиції).
- Концентрація уваги на одному елементі, тобто на одному об'єкті зовнішньому як наприклад дивитися на який-небудь пункт на стелі, або на частинах власного тіла, на пальцях рук або ніг, на мускулах шиї або обличчі і т.п.
- Обмеження заінтересувань похідних від зовнішніх та внутрішніх середників.
- Обмеження внутрішніх та зовнішніх стимуляцій та подразників.
- Монотонність.
- Обмежування волонтарних рухів. (“Мої руки, ноги, та всі мускули в повному відпочинку”).
- Обмежування поля свідомості.(Концентрація тільки на одну певну річ).
- Інгібіція активності організму.(Приклад; “я в повному відпочинку та фізичному і психічному комфорті; моє тіло плаває в повітрі, легке як пір'я”).
- Поеднання позитивних відносин до попередніх сугестій з наступними сугестіями.(Приклад; ”коли штвигне тепер рамено станеться нормальним і рука опуститься до крісла так що лікоть буде спочивати на рамені крісла, тоді пальці тої руки будуть легкі та будуть зноситися вгору як балон.”)
- Дисоціація. (Приклад; *моя рука кружляє, моя нога штвигна, а не я кружляю рукою, або я пишу рукою, лише моя рука пише а не я.*)

Принципи поглиблювання трансу

- Повторювання техніки індукції трансу, як вказано вище.

- Пірамідування сугестій при помочі повторювання всяких рухів, для того щоб призвичаїтись автоматично виконувати самосугестії.
- Давати собі виклики. (Моя рука штивна і я її не можу зігнути, хоч як та скільки я не пробував би, а вона навпаки штивніє аж поки я не відчислю від один до п'яти).
- В уяві структурувати глибину трансу. (Приклад; “я спускаюся по сходах вниз, а при тому спостерігаю картини висячі на стіні, і з кожною сходкою я знаходжуся в глибшому трансі”).
- При виході з трансу, завжди давати собі сугестії, що слідуючий раз я піду скоріше та в глибший транс.
- При тренуванні для автогіпнози, треба зберігати слідуючі правила;
- Людина повинна вживати стільки часу, скільки може, але не повинна себе перевтомлювати. Вайценгофер сугерує около двох годин на початок, практикуючи кожного дня.
- Повинна вправляти стільки сугестій, скільки її дозволить час, але після досягнення відповідної глибини в трансі, людина повинна вибрати собі вправи, такі які вона вважає, що при їхній помочі якнайскоріше входить в найглибший транс та при яких вона відчуває себе найбільш вигідно та природно. Вайценгофер вважає за властиве сугерувати собі; тяжість рук, левітацію руки, зклеїння рук, штивність рамена, каталепсію повіки ока та неспосібність підвестися з крісла.
- Вайценгофер закликає щоб людина не зневірювалася кількома невдалими тренінгами, але щоб тренувала себе до успішності.
- При закінченні кожної сесії тренінгу, людина повинна собі дати сугестію, що слідуючий тренінг буде більше успішний. Вона також повинна тренувати перед сном та як можливо, ранком зараз після пробудження.
- Людина мусить сама вибрати собі належну їй методу самогіпнози та може концентруватись на якомсь зовнішнім об'єкті, або на своєму тілі та із закритими або з відкритими очима. (Я тому бажаючим рекомендую, щоб перечитали багато метод індукції гетерогіпнози, які знаходяться в повищих рядках).
- Коли людина сугерує собі якийсь вплив на власне тіло, то необхідним дати собі належний час для того щоб вона відчула та щоб переживала дану сугестію, а не відразу переходила до інших явищ.
- При тренуванні, необхідним вживати всі відчуттєві органи, а в дальшому і власні почування.

Даючи людині можливість вживання автогіпнози, треба не забувати, що це не сміє бути самоціллю, а засобом до досягнення чогось. Пацієнт повинен добре подумати та написати собі постгіпнотичну сугестію і серед них одна постгіпнотична сугестія може та повинна служити пацієнтові як сигнал для того щоб входити в транс.

Людські вартості

При виборі життєвих цілей та навіть і при короткотермінових або й щоденних досягнень, треба мати на увазі ступенування людських вартостей. Для того щоб зберегти людину від певного розчарування тоді коли вона вибере вартості протилежні власному “я” та буде до них змагати то дуже рекомендується щоб терапевт завдав собі труду і впевнився, що даний пацієнт при виборі вартостей належно та серйозно застановився над онтологічними вартостями. Онтологічні вартості не завжди висуваються на першорядне місце в надто ще молодій людині але з бігом часу в неї таки нуртуватимуть питання чи витрачає вона свій час та зусилля для досягнення чогось “цінного”, або чи може вона витрачає енергію з ціллю досягнення чогось для неї чужого, невартісного, або навіть гидкого?

Тому коротко застановлюся над питанням людських вартостей, використовуючи при тому не тільки філософські міркування, але і власний життєвий досвід, черпаючи чимало з ревеляцій які появляються в психотерапевтичних ситуаціях, а особливо мої власні почування та міркування в тюремних умовах та в бункері, очікуючи виконання на мені вироку смерті.

Тут вже раніше згадувалося про те, що Карль Ясперс твердив, що людина робить найшляхетніші та найкращі рішення тоді, коли вона знаходиться “над прірвою”, або коли вона знаходиться в обличчі смерті, а ще більше крім того тоді коли вона в тяжких умовах та на самоті.

Такі застанови, які стаються під тиском критичної життєвої ситуації, або перед смертю, нерідко вказують людині, що вона, не будучи серйозною, прогавила життя, а ще гірше тоді коли вона доходить до висновку, що вона провела життя в погоні до цілі якої вона не бажає досягнути та яка для неї не тільки чужою, але і огидною, бридкою, негідною її почуванням та ранючою її суть .

Тому, вибір “автентичних” вартостей людині є дуже важливим для того щоб вона “не блукала”, не марнувала свій час (який є обмежений), але щоб додержувалась, по можливості, блище дороги яка вела б її до мети.

Марнований час не дає найменших почувань винагороди, а навпаки викликає почуття “порожнечі” та докір совісті, що в свою чергу, боронячи людину перед божевіллям, заставляє її вживати наркотики, алкоголь, або й психотропічні

припарити рекомендовані лікарями та, що також нерідко переходить в хронічну психосоматичну недугу.

Алкоголь та психотропічні ліки і зела, людям які в реальному змислі не відчують жодних досягнень згідних з природою їхнього ества, стаються дуже милими бо вони послаблюють нервову систему, притуплюють зв'язок людини з реальністю і тим самим дозволяють людині, при допомозі галюцинацій почувати себе тим, чим вони автентично бажали би бути; це є своєрідне “акторство” при допомозі галюценогенних середників яке дозволяє людині, що знайшлася з почуттям порожнечі, надолужити за свої недотягнення і навіть стати “Наполсоном”, “царем”, “пророком” та іншим велетнем.

В тоталітарних країнах, де людина вихована з почуттям, що поскільки вона виконуватиме волю “можновладців”, часто прикриту якоюсь ідеологією яка релігійно проповідується та практикується більшістю даного суспільноства, або в країнах в яких переважаючим завданням людини-це стала “боротьба за існування”; за хліб, за поживу, за приміщення, то питання вартостей не виходить на денне світло так гостро, як воно появляється в країнах в яких домінує відносний добробут.

Бо коли людина здобуває поживу для себе, для дітей, для сім'ї, коли вона тяжким трудом забезпечує існування своєї сім'ї, тоді вона спонтанно відчуває винагороду за свої зусилля, і не потребує вживати галюценогенних середників для того, щоб позбутися почувань порожнечі, або докорів совісти.

В західному світі там де буває економічний добробут та де є відповідне соціальне забезпечення яке гарантує мінімальну необхідність потрібну на життя для безробітних, інвалідів та для інших, яким з яких-небудь мотивів недоступним належний фінансовий дохід, то тисячі людей, у великих містах таких Сідней в Австралії, сплять на улицах, ходять немиті, небриті, напівголодні, брудні та смердячі й агресивні, ненависні; кормляться в публічних кухнях та в харитативних інституціях, сплять на улицах, або в публічних домах, якщо спеціальним уличним стежам вдається їх відшукати вночі та приборкати щоб вони згодилися поїхати до публічної спальні і там помитися та з'їсти.

Крім тих “безпритульних” яких є сотні тисяч в Сіднею, є ще колонії поза містами, які пишаються тим, що вони “ведуть відмінний або здоровий стиль життя”. Це звичайно люди які походять із заможних домів, нерідко досягнувши вищу освіту, але, які не будучи свідомі людських вартостей та відчуваючись, що вони виконуючи кождоденну працю, тратять “даремно” та без “смыслу” свій час, покидають власні доми йдуть в ліс щоб там, будучи вільними від догляду державної бюрократії, вести себе свobodно та жити “гармонійно” з природою; тобто збирати гриби та дикі овочі й рослини та не користуватись електричною енергією, не бритись, літом не одягатись і т.п.

Знову інша група займається звичайним хуліганством; вони фарбами висмаровують та нищать публічний транспорт. Чищення від “графітів” публічних об'єктів, коштує Сіднейську Міську Раду кілька десятків мільйонів доларів річно. Вони настоюють, що вони є “високої класи артисти” та, що ніхто ще “не доріс” для того щоб оцінити їхні таланти і тому вони висмаровують все

що їм попаде під руки, а коли їм не вистачає фарби, тоді вони деруть, калічать, ріжуть і т. п., все що їм попаде.

Мені, як психологові, доводилось працювати з ними декілька літ, і я переконався, що вони ведуть себе так тільки тому, що їхня суть (людська), їхня ідеальність, суперечить їхній реальності (яка є їхнім власним витвором), і тому вони відчувають самовідчуженність, відчувають брак самопошани, порожнечу та самоогиду, від чого вони і втікають, але, будучи в жахливому стані втікають, на жаль, в фальшивому напрямі.

Вони дійшли до такого стану тому, що не збагнули або, що через інші причини, вони не живуть згідно з людськими вартостями.

Людські вартості стаються об'єктом міркувань людини вже від початку її самосвідомості, але на жаль ще і до сьогодні немає “наукових” даних та критерій при допомозі яких можна б визначити та вимірювати людські вартості.

Філософи, соціологи, культурологи, психологи, антропологи та навіть біологи і генетики, дебатують над цим питанням та на жаль, не знаходять відповіді яка вдоволяла б всіх заінтересованих та яка давала би напрямі як жити та до чого заміряти або, що треба досягати та до чого треба змагати і чого треба уникати, для того щоб мати “чисту совість” або почуття щастя.

Існують також суперечні погляди відносно питання “чи може існувати наука про людські вартості”?

Джордж Сантаіана в “Інтерпретація Поезії та Релігії”, 1900, говорячи про методу дослідження вартостей говорив, що все, що фальшиве в методі стислих наук, може бути правдиве в науці про вартості.

Плявтус (в 3-столітті до н.е.) говорив, що людина розуміє почуття щастя лише тоді, коли вона його згубить.

Томас Паін говорив що все, що нам легко приходить, то ми його дешево оцінюємо.

Ерік Гофер (1951) говорить, що ми не є певні чи ми маємо для чого жити, аж поки ми не готові за те офірувати своє життя.

Ф.С. Фіцджеральд (1945) каже; людина сталася цінною тому, що вона не успіймима.

Джон Барт (1956) говорить, що немає нічого самоцінного (вартісного самого в собі), а вартості чомусь надається із зовні.

Альберт Камю говорить, що саме життя є цінне.

Ніцше говорить, що вартість людини є відносною, є релятивною до іншої людини.

Чарльс Дадли Ворнер (1871) твердив, що немає такої речі як абсолютні вартості а, що людина може тільки оцінити вартість чогось для неї самої.

Лорд Кларендон говорить, що коли б ми не вживали великих зусиль для того щоб корумпувати нашу природу, то наша природа ніколи нас не корумпувала б.

Бейкон твердить, що наша людяність, без Божественних сил, була б дуже бідною.

Платон, роздумуючи над цінностями, мав на увазі конструктивні принципи, які організують та мобілізують людину, і як звано, він це називав ідеї, або форми .

Арістотель маючи на увазі людські цінності, говорив про остаточну ціль людини, яка перевищує всі життєві атрибути.

Емануель Кант вважав, що об'єктивність добра не можна пізнати емпіричною думкою але, що цінності людські мусять бути взяті під увагу, якщо існує життя та життєві акти та якщо домінує правда.

Коли цінності походять від телеологічного відношення та мають до діла з трансцендентністю людини, тоді життя мусить досягнути свою цінність від абсолютних цінностей, які воно уособлює, бо в іншому випадку, життя тратить змісл .

Реальність цінностей є незаперечною і вони існують не тільки як "опінії", але вони існують незалежно від заінтересування, незалежно від осуду та від опінії.

Цінності існують як реальність для людини і вони є оперативні і ефективні в людському думанні та в актах і знаходять втілення в спільнотах.

Вони є валідні тому, що вони є правдиві й ідеальні в протиставленні до фальшивих і до фіктивних цінностей; вони є частиною природи речей, а не додатком.

Реальність включає та демонструє цінності.

Цінності походять від *суттєвої структури людини*, які не можуть бути спостережені через обсервування та вони рівно ж не можуть бути досягнуті по через логічне мислення, але вони можуть бути збагнуті лише при допомозі інтуїції, що є теж раціональним процесом, тобто при допомозі *онтологічного глузду*, який сприймає буття, бо суттєвість посідає трансцендентний характер і як таке, воно невловиме аналітичними спосібностями людського мислення.

Тут за приклад можна взяти інтуїтивний образ дерева, який віддзеркалює суть дерева, чого неможливо досягнути при допомозі емпіричної аналізи

Цінності людини є *автономні бо вони є вкорінені в її суть та вони мають імперативний характер морального права тому, що вони є підвалиною суті людини*.

Цінності це концепції з квалітативно-нормативним характером і вони не піддаються природним та виховним чинникам, але вони є збагнуті онтологічним смислом, який спосібний на візію буття.

До цінностей можна підходити трикратним шляхом, в залежності від образу людини в очах дослідника, і такі методи можна назвати;

(а) *натуралістичною*, (б) *гуманістичною та*, (в) *онтологічною*.

Натуралістичний підхід, це такий, який при досліджуванні людини вживає методи природничих наук, тобто такий підхід бере під увагу все, що людина може сприйняти п'ятьма органами відчуття.

Внутрішні переживання такі як емоції, уяви, думання та вартості, уважаються реальностями нищого рівня і вони вимагають верифікації їхньої фактичності, при допомозі п'ятьох органів відчуття. Така метода, крім середників відчуття, користується також і логікою.

Гуманістичний підхід у пізнаванні людини, є *характерний тотальністю*, тобто він бере під увагу не тільки все одержане при допомозі органів відчуття, але і також внутрішні переживання такі як думання та фантазування, стараючись збагнути людину в її тотальності, не оминаючи й таких чинників як самосвідомість людини, її совість, її трансцендентність, та її свободу.

Гуманісти, при тому, не використовують лише фактичність при обсервації й логіку, але також і *емфатичність та інтуїцію*.

Гуманісти також при тому визнають існування полярної антитичності в людині, яка остаточно веде до поєднання, і як і онтологісти, вони визнають, що вартості базуються на пізнаванні людини та на її суттєвій доброті; на унітарнім понятті людини, з визнанням свідомих та несвідомих чинників та символів, з демонічними та з позитивно-творчими спосібностями.

Онтологісти, в їхньому підході, йдуть один крок далі; вони стараються перевищити факти досягнуті при допомозі відчуттєвих органів та інтуїції, і вони бачать людину як *екзистента в тотальному бутті*.

Вартості, вони говорять, походять від *суттєвої структури буття*, але вони признають, що в людській екзистенції, суттєвість знаходиться в спотвореній формі.

Тому, що людина відчужилася від своєї властивої природи, від своєї сутті, тому існують закони позитивного права, які кличуть та взивають людину повернутися до себе, щоб тим припинити конфлікт який існує між вартостями а фактами, між вартостями та реальністю, між суттєвістю та існуванням людини.

Вартості, остаточно, це складова частина реальності буття, які людина відчужила від себе, від її онтологічної суті.

Конфлікт в людині кінчиться тільки тоді, коли *буття та потенціальність будуть в гармонії*.

Людина, як вказують Нікой Гартман та Макс Шеллер, це тільки нагода та місце прояву вартостей та їхнього ступенування, бо навіть саме життя знаходиться тільки в ієрархії вартостей; а вартості мають свою власну силу та закони та вони є самоідеалом.

Без абсолютних вартостей, людські вартості, ледве чи можуть існувати.

Наші заінтересування питанням людських вартостей, не є чисто абстрактні, і хоч як вони стимулюють роздумування над цим питанням та різними поглядами, то ми обмежимося до чисто прагматичних спостережень, а особливо до проблем здоровлевих.

Др. Віктор Франкель, бувший в'язень концентраційного табору в Афшвіці, базуючись на власних спостереженнях дійшов до висновку, що людина буде

жити (особливо коли вона знаходиться в тяжких життєвих умовах), лише тоді, коли вона має належну ціль в житті, коли вона для чогось живе, коли вона змагає щоб щось досягнути.

В 60-х роках, на одному міжнародному конгресі в США, організатор конгресу привів мене до почесного стола на бенкеті при відкритті конгресу і посадив коло старшого від мене лікаря, із заміткою, "...ви будете мати про що говорити".

В розмові я довідався, що цей мій співбесідник був Віктор Франкель, який був досить добре поінформований, що я Українець, що я був ув'язнений гештапо та, що я мав вирок смерті і, що я був в Краківській тюрмі "Мантелюпіх", КЦ-тах Гросрозен, Маутгавзем, Амштеттен та Ебензее.

Його перші до мене питання, які дуже визиваюче звучали так, що мені і не дуже подобалося, було "чому ви живете?!", "...які транквелайзери приймаєте...в яких госпіталях для ментально хворих ви були пацієнтом...що ви таке зробили для того що ви й досі живете...хто вам поміг жити...кому ви завдячуєте ваше життя...чи ви вірите в чудеса...чи вами опікувався якийсь можновладець?" і т.п.

Мої відповіді на його питання йому мабуть подобалися, бо я сам не знав (та і не знаю по сьогоднішній день) чому смертний вирок на мені не був виконаний та і яким чудом я зберігся живий в тюрмі та в КЦ-етах, і тому я йому говорив, що *я хотів, та хочу жити, для України*, бо помирати в такому молодому віці, це була б витрата життєвого потенціалу молодої людини.

Коли я почав на його питання відповідати абстрактними категоріями та міркуваннями, то він вперто вимагав фактів, а не концепцій та розсудків.

Після декілька-годинної розмови, він мені зрадив свою теорію, що людина живе тільки тоді, коли має для чого жити та, що він, бувший асистент Фройда, і що він у результаті власних спостережень з Ауфшвіцу, пише книжку яку назве "Лього-терапія". (Така книжка появилася під назвою Психотерапія і Екзистенціалізм в 1970 р., а свої спомини, про тюремне життя я вже пишу в надії, що вони колись будуть друкуватися.)

Тут я постараюся вказати яке відношення та який вплив, мають людські вартості на життя та на здоров'я людини.

В 1950 році, Гарвардський Дослідний Інститут, опублікував дуже інтересні спостереження.

Студіюючи життєписи 4500 християнських святих, Інститут зауважив, що, помімо того, що людське життя від першого до вісімнадцятого століть, було відносно коротке, то християнські святі жили не коротше чим жив, в 1950 році, здоровий Американець.

Дослідники вважають, що причиною продовження життя в людини являються її життєві змагання, які є сумісні-згідні з людськими життєвими вартостями.

Др. Рене А. Шпіц, досліджував життя бездоглядних немовлят, яким давалося все, чого немовля, в фізичному смислі, потребує для доброго здоров'я та життя, крім материнської ласки та любови, яку звичайно дає матір дитині, і в результаті

показалася трагедія, бо із 55 немовлят, 34 померло до одного року часу, а 21 осталися ментально та фізично не спроможними до життя.

Важливим атрибутом в людських вартостях являється любов, чого і бракувало безприторним немовлятам, і тому вони передчасно відійшли.

Людські вартості, як вже підкреслювалось раніше, це щось внутрішнє властиве чи притаманне людині, це щось абсолютне, суттєве в житті людини та в його екзистенції, це щось, що людина змагає здійснити навіть ціною власного життя.

Правдивий лікар більше присвячує уваги *який пацієнт має недугу, чим недугі, яку має пацієнт, бо лікар з добрим досвідом свідомий факту, що він не всилі допомогти людині без того щоб не збагнути її життєвих вартостей.*

Ми краще це зрозуміємо коли візьмемо під увагу приклад людини, яка має простуду; вона може мати температуру, болі голови, кашель та інші симптоми, які характерні пацієнтам страждаючим перестудою.

Але коли ми візьмемо пацієнта, страждаючого простудою в той час коли він, для прикладу, має переходити дуже важливі та тяжкі іспити, які рішатимуть його життєву кар'єру, тоді ми матимемо зовсім відмінну картину людини "хворої на простуду"; вона буде почувати себе катастрофально, вона буде трястися, потіти, в неї піднесеться тиск крові та прискориться пульс, вона не зможе спати, не зможе думати і т. п., вона буде дуже стривоженою, бо в неї відбираються можливості реалізації її суттї.

А коли візьмемо під увагу пацієнта, який теж страждає простудою та, що в той же час він довідався, що його малолітній син вкрав сусідське авто, і їдучи ним в п'яному стані тяжко поранив якусь дитину, то тоді такий пацієнт буде на правду дуже хворий і його недуга може тягнутися довгий час та буде відпорною на всі медикаменти, які звичайно спроможні для того щоб дати належну поміч людині страждаючій простудою.

Така людина, крім простуди, страждатиме почуттям винуватості за невиховання сина, а при тому і стидом та іншими докорами совісти, які стоять сторожем суті людини та її вартостей.

Звичайно, в таких випадках, помагає людині одинока відвага протиставитись загрози в його екзистенції, а при тому важливою буває спроможність людини встоятись в обличчі страждання і так зблизитись до само-актуалізації, або відкинути самореалізацію та позбавитись страждання, що є згідне з рекомендацією Фрейда, згідно із його "принципом приемності", що остаточно приведе до негативних вислідів, бо людина не відчуватиме винагороди за власні досяги, за само-реалізацію.

Здоров'я людини, як видно з цього прикладу, не може бути збагнуте лише при помочі самих природничих наук, а тому треба завжди враховувати внутрішню настанову людини, яка віддзеркалює його життєві вартості.

Здоров'я, як вартість, пред'являє себе тоді, коли воно дозволяє людині досягати її само-актуалізування.

Терапія, коли не можна досягнути повної реституції здоров'я, повинна зосереджуватись на спосібностях пацієнта, робити вибір та рішення, відповідні до його реальних умов та згідних з його суттю.

Терапевт повинен завжди мати на увазі, що його вартості, можуть бути відмінні від вартостей його пацієнта, і він мусить зберігати в терапії *автентичність пацієнта, а не свою.*

Щось негативне ніколи не буде представляти вартостей для людини, і тому *треба особливо вистерігатись від негативних гіпнотичних сугестій, в гетерота в авто-гіпнозі.*

Післяслово

Кількадесяти-літня практика психотерапії, спокушує мене до вислову деяких спостережень та побажань, які мушу однак попередити пересторогою, що людська поведінка є настільки індивідуальною, що всякі універсальні твердження про людину, все матимуть виїмки.

Тому намагання досліджувати людину методами якими користуються стислі-природничі науки, мабуть остануться не вповні успішними.

Це однак не вільно інтерпретувати, як вислів упередження до наукових досліджень природи людини, але навпаки.

Девіза, *Nosce te ipsum* -“пізнай самого себе”, мабуть останеться вічною, бо, як говорить Святий Августин, людина це ”незбагнута глибина”.

Помимо того, що суть людини і до сьогодні не впійманою, згідно з критеріями науки, то невільно закривати очі на велику скарбницю знання та на пізнання людини які накопичились від початків її самосвідомості по сьогоднішній день; нагромаджені дані про важливу роллю психіки людини в її всесторонніх діях та актах, не сміють бути переочені, недоцінені, або прийняті як другорядні, бо хоч не завжди вони вдоволяють критерії стислих наук, то геніальні досягнення людини в пізнанні природних явищ у всесвіті, повинні служити сильним стимулом людині до само пізнання, бо в основі досягнень людини, стоїть передусім її психіка.

Голоси перестороги людині перед загрозою її потенціалу, чується вже довгі роки, але наш вік пред`явив факти, які ясно вказують на те, що людина таки спосібна та, що вона має засоби для того щоб знищити себе та планету на якій вона живе.

Нас одначе інтересує протилежна сторона людських спосібностей, а не тільки їх деструктивність, агресивність чи злобність.

Антропологи вказують, що людина на протязі свого існування, ідеально використовувала свої властивості та спосібності для того щоб творити щасливе, здорове й повне винагород життя; модерні фармацевтичні препарати, наприклад, це прекрасний винахід але тільки “вчорашнього дня”, але вже й сьогодні є перестороги перед їх надужиттям, зловжиттям та... навіть шкідливістю, а геніальність людини тисячоліттями вживає природно-дані препарати собі на здоров`я та на благо.

Безмежним джерелом позитивних якостей, являється таки сама людина, а психологія ставить собі за завдання віднайти закономірності згідно з якими можна б черпати з того джерела.

Повертаючись лицем до Рідної Хати, замість могутнього і зрілого та певного себе велетня з кільканадцять-сот літньою славною історією та традиціями-стрічаємось з семилітнім немовлятком, і хоч нащадком славних батьків, то на жаль, з осиротілим, ограбленим, раненим; стрічаємо спотворену дитину.

Найбільш пекучою проблемою тепер-це не допустити до творення ментальності жебрака Українця, бо нащадка славних прадідів.

Людина мусить випростуватись та мусить бути собою!

Вона мусить бути господарем власного “я” з правом мріяти, бажати, планувати, рішати, творити, досягати та нести повну відповідальність за свою долю.

Всяка зовнішня поміч це лиш послаблення здорового організму, яке веде в ярмо.

Нехай кожний Українець вірить, що “ на ньому мільйонів стан стоїть, і за долю мільйонів мусить *він* дати відповідь”!

- Не нехтуючи знанням черпнуним з якого-небудь джерела, нам треба вистерігатись почуття меншеартості та не наслідувати, чи копіювати когось, але нам треба бути собою, треба бути автентичним і діяти так як нам це диктує наше серце з допомогою розуму; Бог створив кожну людину на свій образ та на Його подібність, тож будьмо достойними Його дітьми!

Вірю, що наші виховники, почавши від духовенства та науковців, що наша правляча верства та кожний Українець на своєму пості, вглибиться в творче джерело власного “я”, збагне свою суть, станеться свідомим людських вартостей та, керуючись досвідом і психологічними закономірностями, стримітиме до світлої мети!

Бібліографія

- Abrahams, Stanley. *The use of hypnotic technique with psychotics: a critical review*. In American Journal of psychotherapy, 18, 70-94, 1964.
- Adler, Alfred. *Social interest: a challenge to mankind*. Capricorn Books, New York, 1964.
- Alexander, Franz and French Thomas M. *Psychanalytic therapy: principles and application*. New York, Ronald Press, 1946.
- Allport, Gordon W. *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehartand Winston, 1973.
- Baker, Elgan L. *An Hypnotherapeutic approach to enhance object relatedness in psychotic patients*. In International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 124, 136-147, 1981
- Barber T.X., Spanos, N. P. and Chaves J. F.; *Hypnosis Imagination and Human Potentialities*. New York.Perganon Press, 1974.
- Barber Theodore X. and Calverley David, S. *Hypnotic behaviour as a function of task motivating instructions and trance induction procedure in the productions of hypnotic like behaviours*. Journal of Nervous and Mental Disease, 137, 107-116, 1963.
- Barber Thodore X. *Hypnotizability, suggestibility and personality: V. A critical review of research findings*. Psychological Reports, 14, 299-320. 1964.
- Barber Thoedore X. *Physiological effects of hypnosis*. Psychological Bulletin, 58, 390-419, 1964.
- Barber, T.X.; *Hypnosis; A Scientific Approach*. New York;Van Nostrand Reinhold, 1969.
- Barber, Theodore X and Calverely, David S. *The relative effectiveness of task motivation*. Journal of Psychology, 54, 363-389, 1962.
- Berdyaev, N.; *The Beginning and the End*, New York, Charles Scribner's Sons, 1957.
- Berdyaev, N; *The destiny of Man*, New York. Harper & Row, 1960.
- Bernheim, Hippolyte; *Suggestive Therapeutics*. In Foundations of Hypnosis, M.M. Tinterrow.Charles C. Thomas, 1970, pp. 438-471.
- Binswanger, L.; *Being-in-the World*, New York, Basic Books, 1963.

- Binswanger, Ludwig. *Existential Analysis and Psychotherapy*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Bjornstrom, Fredrik; *Hypnotism, Its History and Present Development*. Humboldt Publishing, 1887, pp. 104-115.
- Boss, M.; *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, Basic Books, 1963.
- Boss, Medard. "*Daseinsanalysis*" and *Psychotherapy*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Bowers, Margaretta, K. *Theoretical considerations in the use of hypnosis in the treatment of schizophrenia*. In *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 39-46, 1961
- Braid, James; *Neurypnology; or the Rationale of Nervous Sleep*. London, 1843, pp. 1-74.
- Braun, Bennett G. *Uses of hypnosis with multiple personality*. *Psychiatric Annals*, 14, 34-40, 1984.
- Brown, Daniel and Fromm, Erika. *Hypnosis and behavioural medicine*. NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1987.
- Brown, Daniel, P. *Hypnosis as an adjunct to the psychotherapy of the severely disturbed patient: an affective development approach*. In *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 281-301, 1985.
- Buber, M.; *I and Thou*, New York, Charles Scribner's Sons, 1958.
- Buber, M.; *The Knowledge of Man*, New York, Humanities, 1965.
- Buytendijk, F.J.J. *The Phenomenological Approach to the Problem of Feelings and Emotions*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Camus, A.; *The Plague*, New York, Knopf, 1948.
- Camus, A.; *The Rebel*, New York, Knopf, 1956.
- Cedercreutz, Claes, Lahteenmaki, Raimo, & Tuillikoura, Jukka. *Hypnotic treatment of headache and vertigo in 120 patients with skull injuries*. In Lars-Eric Unestahl (Ed) *Hypnosis in the seventies*. Orebro, Sweden, Veje Forlag, 130-134, 1975.
- Clarke, Christopher J. and Jackson, Arthur J. *Hypnosis and behaviour therapy*. Springer Publishing Company, New York, 1983.
- De Unamuno, M.; *The Tragic Sense of Life*, New York, Dover, 1957.
- Dobzhansky, T.; *The Biology of the Ultimate Concern*, New York, New American Library-World, 1967.
- Ford, Donald H. and Urban, Hugh B. *Systems of Psychotherapy*. John Wiley and Sons Inc. New York, 1965.
- Forel, August; *Der Hipnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie*, Ferdinand Enke, Stuttgart. 1919.

- Frankel, Fred H. *Hypnosis: Trance as a coping mechanism*. New York, Plenum Medical Books, 1976.
- Frankel, Fred H. and Orne, Martin T. *Hypnotizability and coping behaviour*, Archives of General Psychiatry, 33, 1259-1261, 1976.
- Frankel, Viktor E.; *Psychotherapy and Existentialism*. Souvenir Press, London, 1970.
- Freud, S. *A general introduction to psychoanalysis*. Garden City Publishing Co, New York, 1943.
- Freud, S. *The interpretation of Dreams*. Pelican, Great Britain, 1976.
- Freud, Sigmund. *Totem and taboo*. Routledge and Kegan Paul, London, 1972.
- Freud, Sigmund; *Hypnosis in Therapeutisches Lexikon*, Anton Bum's, 1891.
- Freud, Sigmund; *The Collected Papers of Sigmund Freud*, Basic Books Inc., New York, 1959.
- Friedrich, C.J. *The Philosophy of Hegel*. Modern Library, New York, 1954.
- Fromm, Erika. *Hypnoanalysis with particular emphasis on the borderline patient*. In Psychanalytic Psychology, 1, 61-76, 1984.
- Fromm, Erika. *Theory and Practice of hypnoanalysis*. In William c Wester II and Alexander Smith, *Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach*. New York JB Lippincott, 1984.
- Fromm-Reichmann, F. *Principles of Intensive Psychotherapy*. George Allan & Unwin, Great Britain, 1953.
- Gruenwald, Doris. *On the nature of multiple personality: comparisons with hypnosis*. In International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 3, 170-190, 1984.
- Hartland, John; *Medical and Dental Hypnosis*. Bailliere Tindal, London, 1973
- Hartman, Nicolai; *Der Philosophische Gedanke und seine Geschichte*. Reclam, Ditzingen, 1982.
- Heidegger, Martin ; *Basic Writings*, London, Routledge, 1996.
- Heidegger, Martin; *Fragen an sein Werk*. Reclam, Ditzingen, 1982
- Hilgard E. R.: *A Neodissociation Interpretation of Pain Reduction in Hypnosis*. Psychological Review, 80, 396-411, 1973b.
- Hilgard E. R.; *The Domain of Hypnosis: With Some Comments on Alternate Paradigms*; American Psychologist, 28, 972-982. 1973a.
- Hilgard, E. R.; *Altered States of Awareness*; Journal of Nervous and Mental Disease. 149 68-79, 1969.
- Hilgard, J.R.: *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*. Chicago, University of Chicago Press. 1970.
- Hilgard, Josephine R.; *Personality and Hypnosis*. The University of Chicago Press, 1970.

- Hoffding, Harald. *A History of Modern Philosophy*. Dower Publications, New York, 1955.
- Hora, Thomas. *Existential Psychiatry and Group Psychotherapy*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Hora, Tomas. *Psychotherapy, Existence and Religion*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Jacobson, Edmund; *Progressive Relaxation*. The University of Chicago Press, Chicago, 1974.
- Jacobson, Eric. *Depression: comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York, International Universities Press, 1971.
- Jaspers, K.; *General Psychopathology*. Chicago, Regnery, 1963.
- Jaspers, K.; *Nietzsche and Christianity*, Chicago, Regnery, 1961.
- Jellinek, Elvin Morton. *The disease concept of alcoholism*. New Haven CT, Hillhouse Press, 1960.
- Kahn, Eugen. *An Appraisal of Existential Analysis*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Kant, Immanuel. *Critique of Pure Reason*. The Modern Library, New York, 1958.
- Khantzian, Edward J. *Some treatment implications of the ego and self disturbances in alcoholism*. In Margaret H. Bean and Norman E. Zinberg (Ed), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism*, New York, The Free Press, a division of MacMillan Publishing Co, 163-188, 1981.
- Kratochvil, Stanislav; *Prolonged Hypnosis and Sleep*; The American Journal of Clinical Hypnosis; Vol 12, No.4, April, 1970.
- Kratochvil, Stanislav; *Sleep Hypnosis and Waking Hypnosis*; The Intern. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol 18, No. 1, January 1970.
- Kroger, William S and Fezler, William D. *Hypnosis and behaviour Modification: Imagery and conditioning*. JB Lippincott Co, Philadelphia and Toronto, 1976.
- Krystal, Henry and Raskin, Herbert A. *Drug dependence: aspects of ego functions*. Detroit, Wayne State University Press, 1970.
- Kuriyama, Kozuya; *Clinical Applications of Prolonged Hypnosis in Psychosomatic Medicine*; The American Journal of Clinical Hypnosis; Vol 11, No.2, October 1968.
- Laing, R.D. *Ontological Insecurity*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Lecron, Leslie M. and Bordeaux, Jean. *Hypnotism today*. Wilshire Book Company, California, 1972.
- Marcel, G.; *Being and Having; An Existentialist Diary*. Harper & Brothers, New York, 1949.

- Marcel, Gabriel. *The philosophy of existentialism*. The Citadel Press, New Jersey, 1973.
- Marcel, G.; *Homo Viator: Introduction to a Metaphysic of Hope*. New York, Harper and Brothers, 1951.
- Marcel, G.; *The Mystery of Being*, Chicago, Regney, 1951.
- Marcuse, F. L.; *Hypnosis Throughout the World*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1964.
- Marmor, Judd; *The Nature of the Psychotherapeutic Process Revisited*. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 20, No.8, Ottawa, Canada, 1975.
- May, Rollo. *Dangers in the Relation of Existentialism to Psychotherapy*. . In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- May, Rollo. *Love and will*. Dell Publishing, New York, 1969.
- May, Rollo. *Man's search for himself*. Dell Publishing, New York, 1953.
- Niederland, William G. *An interpretation of the psychological stress and defenses in concentration camp life and the late after-effects*. In Henry Krystal (Ed) *Massive psychic trauma*, 60-72, New York, International Universities Press, 1968.
- Orne, M.T.; *The nature of Hypnosis: Artifact and Essence*. Journal of Abnormal Psychology. 58, 277-299, 1959.
- Orne, Martin T. *The construct of hypnosis: artifact and essence*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 58, 277-299, 1959.
- Orne, Martin T., Sheehan, Peter W. and Evans, Frederick J. *Occurrence of posthypnotic behaviour outside the experimental setting*. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 189-196, 1968.
- Pavlov, I. P.; *Psychopathology and Psychiatry, Selected Works*, Compiled by Popov and Rokhlin; Foreign Languages Publishing House, Moscow.
- Platonow, K. I.; *The Word as Physiological and Therapeutic Factor*; Foreign Languages Publishing House, Moscow, 1959.
- Prince, Morton. *The dissociation of personality*. New York, Longmans Green, 1906.
- Ricoeur, P.; *Fallible Man*. Chicago, Regney, 1965.
- Rogers Carl R.; *Counselling and Psychotherapy*. Houghton Mifflin Company, Cambridge, Mass., 1942.
- Rogers, Carl R.; *Client-Centred Therapy*. Houghton Mifflin Company, Boston, 1951.
- Rogers, Carl R.; *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin Company, Boston, 1961.
- Rogers, Carl. *Becoming partners*. Constable, London, 1975.
- Rogers, Carl. *The freedom to learn*. Merrill Publishing, Ohio, 1969.
- Rosen, Harold. *Hypnosis: deep sleep and danger*. In Newsweek, 107A, 1960.

- Ruitenbeek, Hendrik M. ; *Introductory Essay; Some Aspects of the Encounter of Psychoanalysis and Existential Philosophy*. In *Psychoanalysis and Existential Philosophy*: E. P. Dutton and Co., Inc., New York, 1962.
- Russell, Bertrand. *History of Western Philosophy*. Geroge, Allen and Unwin, New York. 1971.
- Sarbin, T. R.; *Contributions to Role-Taking Theory: 1 Hypnotic Behavior*. *Psychological Review*. 57, 225-270, 1950.
- Sartre, J. P.; *Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology*. New York, Philosophical Library, 1956.
- Sartre, J. P.; *The Emotions: Outline of a Theory*. New York, Philosophical Library, 1948.
- Sartre, J. P.; *Nausea*. Norfolk, Conn., New Directions, 1959.
- Schneck, Jerome M.; *Hypnosis in Modern Medicine*. Charles C. Thomas, 1963.
- Schneck, Jerome. M. *The Principles and Practice of Hypnoanalysis*. Charles C Thomas, Springfield Illinois, 1965.
- Sheehan, Peter W. and Perry, Campbell W. *Methodologies of hypnosis: A critical appraisal of contemporary paradigms of hypnosis*. Lawrence Erlbaum and associates, Hillsdale, New Jersey, 1976.
- Spiegel, Herbert and David; *Trance and Treatment*. Basic Books Inc. New York, 1978.
- St. Thomas Aquinas; *My Way of Life. The Summa Simplified*. Confraternity of The Precious Blood, USA, 1952.
- St. Thomas Aquinas; *Summa Theologiae, Vol 19, The Emotions*. , McGraw-Hill, New York, 1963.
- Thigpen, Corbett H. and Cleckley, Harvey M. *The three faces of Eve*. New York, McGraw Hill, 1957.
- Tillich, P.; *Love Power and Justice*. New York: Oxford University Press, 1954.
- Tillich, P.; *Systematic Theology*. Chicago: University of Chicago Press, 1953-1964.
- Tillich, P.; *Biblical Religion and the Search for Ultimate Reality*. Chicago. University of Chicago Press, 1955.
- Tillich, P.; *The Courage to Be*. New Haven: Yale University Press, 1952.
- Tillich, P.; *The Dynamics of Faith*. New York ; Harper and Brothers, 1958.
- Tillich, P.; *Theology of Culture*. New York: Oxford University Press, 1959.
- Tillich, Paul.; *Existentialism and Psychotherapy: In Psychoanalysis and Existential Philosophy*. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Valliant, George E. *Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism*. In Margaret H. Bean and Norman E. Zinberg (Ed), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism*, New York, The Free Press, a division of MacMillan Publishing Co, 36-54, 1981.

- Van Den Berg, J.H. *The Human Body and the Significance of Human Movement. In Psychoanalysis and Existential Philosophy.* E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Van Dusen, W. *The Theory and Practice of Existential Analysis.* In Psychoanalysis and Existential Philosophy. E P Dutton and Co Inc, New York, 1962.
- Van Kaam, Adrian. *Existential foundations of psychology.* Image Books, New York, 1969.
- Van Kaam, Adrian. *The art of existential counselling.* Dimension Books, Pennsylvania, 1966.
- Wahl, Jean ; *A Short History of Existentialism.* The Philosophical Library, New York, 1949.
- Völgyesi, Franz Andreas; *Menschen und Tierhypnose.* Orel Fussli Verlag, Zurich, 1963.
- Walker, Wendy Louise; *Music as a Deepening Technique;* Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Vol. 7, No.1, 1979, 35-36.
- Walker, Wendy Louise; *Hypnosis with Mesmers Glass Harmonica;* Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Vol. 19, No 2, Nov.1991.
- Watkins, John G. *Multiple personality.* In Raymond Corsini and Bonie Ozaki (Ed), *Encyclopaedia of Psychology,* New York Wiley, 1984.
- Weitzenhoffer, Andre M.: *General Techniques of Hypnotism.* Grune & Stratton Inc., 1957.
- Wetterstrand, O.G., In *Foundations of Hypnosis,* M.M. Tinterow, Charles C.Thomas, Springfield, 1970; *Hypnotism and its Application to Practical Medicine,* pp. 513-543.
- Wetterstrand, O.G.; *Hypnotism and Its Application to Practical Medicine.* London, Knickebroker, 1902, pp. 125-152.
- Wolberg, Lewis R. *Hypnoanalysis.* Grune and Stratton, New York, 1964.
- Wolberg, Lewis R. *Medical Hypnosis.* Grune and Stratton, New York, 1948.
- Wolberg, Lewis R. *The Technique of Psychotherapy.* William Heneman Medical Books Ltd, London, 1967.
- Костюк, Г. С. ; *Психологія.* Радянська Школа, Київ, 1955.
- Ніженець, А. М., та Стогній І. П.; *Григорій Сковорода.* Наукова Думка, Київ, 1984.
- Сковорода, Григорій; *Повне Зібрання Творів.* Наукова Думка, Київ, 1973.
- Шинкарук, В. І. Та редакційна Колегія; *Григорій Сковорода, 250.* Наукова Думка, Київ, 1975.

Іменний Показчик

А

- Абрагамс С., 324
Абрамс, 178
Адріян ван Каам, 3
Айзенк, 11, 13
Айнзлі Мірс, 152, 186, 208
Андре Вайценгофер, 275
Арістотель, 68, 317
Артур Гейтс, 2
Аткінсон, 2
Альбертом Бандурою, 11, 15

Б

- Бакер, 178
Бандура А., 11
Бандура і Волтерс, 11
Барбер Т., 160, 174, 277
Бергсон, 80
Бердяєв Н., 89, 90, 106
Бернгайм Г., iii, 60, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 132, 143, 144, 149
Биков, 155
Бінсвангер Л., 96
Боверс М., 160, 167, 178
Бравн Д., 176
Брамвел, 268
Брейд Д., 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 122, 149

Бровн і Фром, iv, 172, 173, 174, 175, 177, 198, 199, 201, 202, 203, 221, 228, 229, 246, 261

Бубер М., 66

В

Ваден і Андерсон, 174

Вайт Р., 168

Вайценгофер А., 168, 246, 309, 310, 313

Ван Каам А., 106, 264

Веттерштранд О., iii, 137, 138, 139, 140, 144, 165, 267

Віктор Франкель, 318, 319

Вільгельм Вундт, 2

Вольберг, 3, 8, 49, 169, 178, 179, 180, 183, 226, 249, 251, 252, 253, 254, 259, 267

Вольпе, 11, 13, 14, 15, 16, 299

Вольпе Й., 11, 13, 14, 15, 16, 299

Воткінс Й., 176, 231, 232

Г

Габріель Марсель, iii, 66, 72, 75, 79, 81, 97, 101, 102, 105, 106

Гайдеггер М., 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 86, 88, 90, 91

Гансом Айзенком, 15

Гарлов, 22

Гартланд Й., iv, 190, 191, 192, 193, 196

Гартланда, 235, 266

Гартлянд, 192

Гартман Н., 318

Гелен Воткінс, 231

Герберт Шпігель, 112, 281

Гете, 88

Гіль і Бренан, 164

Гільгер, 268

Гіляновский, 157

Грюнвальд Д., 175

Гюм, 90

Д

Декарт, 76, 80

Джеймс Брейд, ііі, 111

Джон Вотсон, 2

Джонс, 11

Дзюд Мармор, 8

Дмитро Чижевський, 108

Доллард і Міллер, ііі, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25

Е

Емануель Кант, 76, 317

Еріксон, 174, 180, 232, 261

Ернст Гільгард, 159

Есдайль, 239

Є

Єйтс, 11

З

Заратгурста, 70

І

Істон, 225

К

Канджельо, 301

Кант, 71, 75, 76, 78, 90, 92

Катков, 272

Кенет Клярк, 2

Кімбе, 11

Кіркегаард, 66, 69, 70, 75, 76, 78, 79, 80, 87, 88, 90, 106, 107

Колісон, 304

Константинов, 103, 104

Костюк Г., 2, 330

Красільнек і Голл, 301

Кратохвіль, 158, 159, 165, 267

Крогер і Фецлер, 172, 234
Ксенофор Теодор Барбер, 277
Кубі і Марголін, 151
Курт Кафка, 2

Л

Лазарус, 11
Ланг і Лазовіч, 11
Либо, 121, 123, 124, 127, 132, 141, 143, 144, 149, 268, 270
Лок, 76
Люїс Вольберг, 1, 3, 148

М

Маврер і Маврер, 11, 14
Макс, 11, 14, 318
Макс Шеллер, 318
Мармор Й., 169
Мартін Бубер, 66, 72
Мартін Гайдеггер, 67, 71
Мартін Лютер, 69
Мері Воткінс, 229
Мері Ковер Джонс, 14
Мілтон Еріксон, 174
Мірс, 152, 153, 170, 171, 206, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 218, 236, 238

Н

Ніцше, 66, 68, 70, 71, 72, 84, 86, 88, 89, 316
Норман Ман, 2

О

О. Долін, 155
Орн, 160, 163, 167, 168, 275
Орн М., 160, 163, 167, 168, 275
Отто Ранк, 26

П

Павлов І., 154, 155, 156, 157

Паскаль, 77

Пері Ландон, 278

Платон, 317

Платонов К., 155, 157, 165, 267

Прінц М., 176

Р

Ріке, 80

Річардом Волтерсом, 15

Річі Генрік, 3

Роберт Вайт, 151

Роджерс К., 5, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 184

Розен Г., 178

С

Сартр і Камю, 67

Сартр Й., 65, 67, 68, 72, 74, 75, 76, 79, 85, 89, 90, 94, 97

Саткліф Й., 163

Саццрдот, 174, 301

Скінер Б., 11, 13

Сковорода Г., iii, 79, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 330

Сократ, 69, 104

Спіноза, 80

Стантона, 266

Стенли Голл, 49

Т

Телемовская, 157

Тіллїх П., 93, 94, 106

Токарський, 155

Томпсон, 301

У

Унамуно, 65, 89

Ф

Ференчі, 150, 208

Форель А., iv, 140, 141, 142, 143, 144, 268

Фредрік Бйорнстром, iii, 119

Фрідріх Ніцше, 70

Фройд С., iii, 21, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 94, 109, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 150, 169, 184, 199, 203

Фром Е., 176, 177, 178, 202

Ш

Шарко, iii, 120, 149

Шинкарук В., 103, 104, 105, 108, 330

Шіін і Макконкі, 234

Шор, 225, 276

Шор та Орн, 276

Шпігель, 280, 281, 282, 285, 286, 288, 289, 290, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 302, 304

Штатс і Штатс, 11

Предметний Показчик

А

- абнормальна поведінка, 20
- абреакція, iv, 189, 210, 211, 212
- автентичність, 6, 28, 74, 76, 86, 88, 89, 93, 100, 321
- автогіпноза, 168, 185, 237, 243, 292, 306, 308, 311
- авторитарність, 138, 163
- агресивність, 171, 195, 198, 241, 322
- агресія, 63
- акти, 5, 24, 36, 41, 49, 50, 66, 80, 317
- акторство, 7, 315
- алергічність, 155
- амбівалентність, 66
- амнезія, v, 126, 128, 129, 159, 160, 198, 219, 233, 234, 258, 270, 271, 276, 278, 279
- аморальний, 178
- анамнеза, 4, 229, 297, 303
- антитичні ідеї, 136
- апатія, 21
- асертивність, 16
- атавістичний, 218

Б

- бегавйор терапія, 14
- бегавйоризм, iii, 11, 13, 14, 15, 280
- божевілля, 14, 115
- болі, v, 21, 127, 142, 143, 147, 161, 171, 173, 210, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 245, 253, 301, 302, 303, 306, 310, 320
- бридкість, 22

буття, 31, 67, 68, 71, 72, 73, 79, 80, 82, 88, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 317, 318

В

вартості, v, 23, 30, 31, 32, 33, 38, 40, 42, 43, 45, 47, 67, 73, 74, 79, 80, 85, 93, 131, 139, 181, 199, 200, 206, 239, 260, 286, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 321

вгляд, 7, 25, 41, 52, 57, 59, 78, 91, 92, 190, 215, 219, 225, 228, 234, 236, 239, 266, 267, 300

відповідальність, vi, 20, 36, 48, 66, 72, 84, 95, 120, 170, 182, 190, 207, 215, 217, 226, 261, 263, 291, 295, 302, 323

відпруження, 10, 132, 135, 166, 248, 297

відчуття, 2, 29, 75, 90, 114, 129, 137, 153, 165, 217, 228, 237, 262, 263, 272, 273, 301, 317, 318

віра, 47, 66, 69, 70, 71, 74, 75, 91, 160, 163

воля, 66, 68, 69, 78, 81, 86, 106, 129, 139, 289

Г

галюцинації, iv, 50, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 159, 162, 167, 170, 189, 190, 213, 214, 215, 269, 270, 274, 275, 276, 279, 286, 310

гін, 13, 18, 19, 21

гіпноаналіза, iv, 184, 191, 202, 205

гіпноза, iii, iv, 111, 112, 113, 114, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 131, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 184, 185, 186, 206, 210, 221, 231, 236, 238, 239, 240, 241, 244, 245, 277, 290, 306, 307

гіпнотерапія, 1, 134, 135, 137, 148, 170, 171, 173, 175, 176, 180, 230, 241, 304, 305

глибина трансу, 134, 157, 184, 192, 212, 219, 237, 244, 279, 302

гони, 12, 18, 19, 20, 21

гріх, 84, 94, 182

групова терапія, 10

гуманізм, 67, 71

Д

делюзії, 57, 163

десенсетизація, 13

деструктивність, 95

детермінізм, 94

дефініція, 1, 2, 49, 57, 129

диссоціації, 150, 152, 153, 160, 165

досліджування, 18, 56, 91, 93, 100, 118, 161, 163, 187, 238, 244, 301

досліди, 39, 46, 109, 123, 126, 178

думання, 1, 2, 17, 19, 20, 50, 72, 76, 95, 141, 153, 198, 201, 230, 238, 256, 297, 305, 318

Е

его, iv, 51, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 151, 160, 198, 231

едіпус комплекс, 52, 53

екзистенціалізм, iii, 65, 66, 67, 68, 69, 73, 75, 87, 93, 97, 98, 319

екзистенціальна філософія, 65, 97, 265

експерименти, 14, 22, 29, 154, 155, 220, 257

екстеріоризація, 263

емоції, 25, 29, 66, 70, 72, 77, 78, 80, 168, 192, 195, 198, 204, 210, 211, 228, 229, 230, 254, 318

емоційний міст, 232

емпірицизм, 67

емфатичність, 318

епістимологія, 65

Ж

жах, 66, 99, 236, 237, 255

З

забавова терапія, 194, 196

завдання, 6, 57, 84, 92, 100, 130, 131, 165, 205, 211, 215, 239, 245, 292, 294, 323

завість, 30

зорова фіксація, 112

І

ід, 30, 43, 57, 63, 64

ідеалізм, 83, 94

ідеальний, 98

інгібіція, 16, 54, 156, 246, 276, 312

індивід, 5, 26, 27, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 53, 55, 56, 74, 76, 85, 92, 96, 98, 107, 179, 289

індукція гіпнози, v, 150, 244, 249

індукція трансу, 133, 138

інсомнія, v, 242, 243, 297, 298

інтенсивність, 18, 19, 20, 22, 29, 30, 92, 127, 158, 176, 210, 225, 230, 231, 232, 236

інтерпретації, 50, 51, 52, 53, 54, 134, 167, 194, 203, 227

інтросекція, 33, 151

К

катарзіс, 8

клінічні випадки, 118

конфлікт, iv, 7, 22, 54, 55, 60, 66, 70, 85, 132, 171, 189, 197, 198, 203, 207, 214, 215, 216, 234, 300, 304, 318

конфлікти, 20, 22, 24, 56, 209, 289

кормлення, 14, 21, 55, 135, 139

культура, 17, 103

куріння, 173, 285, 289, 291, 292, 294, 296, 298

Л

лібідо, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 179, 198, 199

лояльність, 76, 81, 88, 95

любов, 30, 45, 57, 61, 69, 70, 80, 93, 102, 201, 264, 320

М

майоклонас, 137

матір, 22, 52, 53, 200, 240, 242, 295, 319

мета, 138, 181, 247, 285

метафізика, 71, 90, 91, 92

мислення, 2, 11, 19, 20, 76, 90, 108, 142, 152, 168, 187, 189, 191, 211, 272, 317

містерія, 72, 101, 139

мова, 2, 10, 13, 21, 24, 34, 69, 72, 76, 90, 94, 112, 115, 150, 168, 192, 219, 233, 235, 244, 245, 254, 266

моральна, 63, 178

мотивація, 10, 107, 162, 171, 172, 179, 208

музична терапія, 10

Н

невроза, 11, 54, 55, 56, 57, 96, 120, 121, 175

невротик, 61, 215

немовля, 21, 98, 150, 152, 200, 242, 319

неодиссоціація, 159

неофройдівці, 184

несвідоме, 24, 35, 38, 44, 50, 52, 57, 60, 61, 62, 94, 194, 195, 202, 219, 228, 231, 297

несвідомі конфлікти, 20, 24

О

оборонний механізм, 180, 181, 188, 211, 233, 304, 305

огида, 22

ожиріння, 173

онтологія, 76, 92

особистість, 1, 9, 64, 101, 124, 175, 178, 188, 190, 197, 207, 231

оточення, 3, 10, 13, 21, 27, 31, 32, 34, 41, 42, 44, 46, 48, 58, 72, 74, 75, 82, 84, 90, 96, 98, 99, 116, 152, 160, 181, 190, 191, 200, 201, 205, 225, 240, 284, 289, 304, 307, 309

П

перевиховання, 7, 181, 185, 191

перевиховна терапія, iii, 10, 304

піддержувальна терапія, iii, 9

підсвідоме, 62

побудження, 111, 115, 116, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 137, 143, 154, 157, 158, 166, 167, 194, 269

побудження з трансю, 194

поведінка, 1, 2, 7, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 23, 25, 29, 33, 36, 38, 39, 46, 48, 53, 83, 151, 154, 160, 163, 168, 197, 201, 204, 208, 210, 232, 259, 277, 279, 285, 288, 302, 322

погашування, 13, 16, 25

поглиблення трансю, 210, 262

подпазники, 16

позитивна трансференсія, 60

постфройдівці, 184

потенціал, 36, 42, 46, 57, 71, 89, 97, 100, 107, 164, 189, 190, 205, 214, 223
почуття, 2, 6, 15, 19, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 33, 35, 38, 42, 45, 52, 79, 80, 84, 85, 87,
99, 114, 117, 122, 125, 133, 143, 176, 178, 187, 199, 229, 230, 231, 232, 237, 244,
260, 262, 265, 286, 289, 296, 302, 314, 316, 323
пошана, 88, 138
правда, 69, 77, 80, 88, 100, 122, 188, 291, 317
престиж, 259, 276
прийняття, 40, 86, 100, 205
профіль гіпноотичної індукції, 112, 306
психоаналіза, iii, 49, 50, 55, 59, 101, 190, 202, 237, 280
психодинаміка, 100
психоза, 96
психотропічні ліки, vi, 1, 300, 315

Р

рапо, 216
реакція, 11, 12, 16, 18, 19, 24, 27, 186, 200, 246, 269, 274, 278
реальність, 27, 38, 39, 44, 56, 57, 71, 76, 79, 80, 82, 91, 92, 98, 102, 132, 178, 201,
241, 245, 265, 306, 317
ревіфікація, 208
регресія, iv, 54, 153, 167, 189, 192, 196, 208, 209, 210, 232, 275, 279
регресія віку, 189, 275, 279
релігія, 66, 93, 99
репресія, 23, 34, 54, 56, 59
розвиток, 3, 4, 12, 25, 29, 45, 52, 54, 57, 58, 62, 75, 89, 100, 164, 191, 207, 228, 275,
303

С

самовизначення, 100
самопрояв, 27, 28, 81, 181
свідоме, 2, 36, 37, 62, 83, 152, 296
свобідна асоціація, iv, 61, 185, 192
свобода, 66, 73, 79, 81, 82, 85, 97, 265, 290
симптоми, 1, 10, 24, 25, 54, 56, 60, 61, 116, 128, 134, 135, 136, 142, 171, 188, 191,
198, 221, 320
смерть, 3, 50, 55, 75, 82, 83, 87, 88, 97, 101, 115, 289, 303

- сни, 50, 51, 53, 61, 96, 115, 159, 165, 170, 182, 186, 190, 193, 194, 202, 203, 204, 213, 221, 227, 229, 243, 256, 259, 275, 279
- сомнамбулізм, 115, 116, 184, 185, 187, 271
- спання, 50, 57, 101, 111, 115, 116, 121, 122, 123, 126, 127, 129, 135, 139, 144, 148, 151, 152, 154, 155, 157, 158, 166, 170, 193, 207, 220, 242, 243, 249, 250, 256, 265, 277, 298, 307
- співвідношення, 7, 10, 15, 33, 38, 39, 40, 45, 49, 50, 70, 72, 76, 95, 154, 155, 157, 162, 164, 174, 176, 186, 188, 198, 208, 221, 222, 230, 237, 262, 282
- спонтанність, 37, 181
- стимули, 12, 13, 16, 18, 21, 25, 35, 99, 115, 154, 266
- страх, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29, 30, 35, 36, 37, 39, 52, 61, 66, 69, 78, 79, 80, 84, 97, 121, 135, 141, 179, 186, 195, 203, 227, 242, 256, 312
- стрес, 176, 177
- ступенування трансу, 124, 149, 268
- суб'єкт, 121, 137, 151, 157, 163, 168, 231, 238, 261, 266, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 281, 283, 285, 286, 289, 290, 301, 306, 308, 309, 310, 311
- сублімація, 54
- сугестивна терапія, 121
- сугестії, в, 8, 10, 50, 60, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 149, 150, 152, 153, 155, 156, 157, 160, 166, 167, 168, 170, 182, 183, 185, 186, 187, 193, 204, 205, 213, 220, 221, 224, 225, 227, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 246, 247, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 261, 263, 266, 269, 271, 272, 273, 276, 279, 284, 285, 286, 300, 302, 305, 308, 309, 310, 311, 312, 313
- супервізія, 56
- суперего, 58, 63, 64, 202
- супресія, 23
- суть, ві, 72, 73, 76, 84, 92, 95, 99, 100, 105, 106, 110, 124, 137, 144, 152, 157, 159, 167, 244, 314, 316, 317, 322, 323
- Т**
- тварини, 46, 83, 145, 153
- тваринний магнетизм, 145, 148
- творчість, 75, 103, 104, 110
- тенденція, 24, 29, 42, 48, 135, 150
- теорії особистости, 17, 25, 49, 58
- теорія набування, ііі, 11, 17

терапевт, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 25, 28, 40, 46, 47, 59, 60, 94, 96, 97, 99, 116, 122, 124, 133, 139, 141, 165, 166, 168, 171, 172, 176, 180, 182, 185, 186, 187, 190, 191, 193, 195, 196, 197, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 235, 245, 249, 259, 261, 262, 273, 289, 298, 314, 321

травматичні переживання, 8, 61, 192, 195, 207, 209, 233

травми, 56, 157, 167, 169, 170, 176, 177, 192, 195, 197, 207, 212, 216, 217, 218, 219, 220, 225, 228, 229, 230, 300, 304

трансференсія, 59, 60, 186, 204

тренування, 5, 7, 18, 19, 21, 62, 185, 187, 189, 194, 205, 216, 254, 255, 297

тривога, 12, 14, 35, 63, 78, 79, 80, 81, 82, 95, 97, 98, 99, 100, 141, 297

тривога реальна, 63

У

ува, 2, 77, 129, 147, 168, 197, 227, 228

Ф

фармакотерапія, 172

феноменальний, 44, 81

феноменологія, 67, 93

філософія, 65, 67, 71, 101

фобія, 25, 156, 299, 300

функціональні недуги, 112

функціональність, 101, 201

Х

характеристика терапевтичної процедури, iii, 43

Ц

ціль, vi, 9, 11, 28, 68, 86, 87, 91, 92, 97, 107, 151, 156, 159, 168, 173, 181, 198, 246, 263, 285, 293, 296, 317, 319

