

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89–085 : 616.851.2

Р.Д. Тукаев

ЭВОЛЮЦИЯ ГИПНОТЕРАПИИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Россия, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1)

Проведен сравнительный анализ «классического», эриксоновского гипнозов и универсальной гипнотерапии. Проанализированы отечественные шаблоны трактовки гипнотерапии. Сопоставляемые методы рассмотрены в рамках коммуникативного процесса, выделены: 1) согласование сторонами исходных представлений о гипнозе; 2) вербальный и невербальный уровни гипнотической коммуникации; 3) соотношение активностей сторон гипнотической коммуникации; 4) использование терапевтом обратных связей; 5) гипнотерапевтическое целеполагание; 6) коммуникативные стили гипнотерапии; 7) порождаемые коммуникативным стилем ограничения гипнотерапии. Коммуникативный стиль «классического» гипноза использует идею директивного ведения гипнабельного пациента к терапевтическому результату. Стил эриксоновского гипноза основан на вербальном, недирективно-манипулятивном управлении пациентом с подстройкой и ведением, подключением ресурсов «мудрого бессознательного», использованием метафор для доступа к ресурсам. Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии перестраивает культуральные представления пациента о гипнозе, использует позитивные когнитивно-поведенческие модели, учитывает биологические механизмы гипнотерапии, задействует невербальную коммуникацию при гипнотизации, гипнотерапии, дегипнотизации, потенцирует активность пациента в выздоровлении. Коммуникативный стиль «классического» гипноза порождает феномены «негипнабельности» и гипномании. Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза потенцирует «сопротивление» гипнозу. Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии изредка характеризуется прекращением терапии пациентом.

Ключевые слова: «классический» гипноз, эриксоновский гипноз, универсальная гипнотерапия, коммуникативный процесс, вербальный и невербальный уровни коммуникации, активность в коммуникации, обратные связи, гипнотерапевтическое целеполагание, коммуникативные стили гипнотерапии, ограничения коммуникативных стилей гипнотерапии.

Тукаев Рашит Джаудатович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотерапии и сексологии, Рос. мед. академия непрерывного проф. образования (Россия, 125993, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1), e-mail: tukaevrd@gmail.com.

Введение

Многолетняя практика применения гипноза в психотерапии, исследований гипноза, гипнотерапии, преподавания гипнотерапии психотерапевтам и психологам, участия в конференциях, съездах, конгрессах в СССР, России, за рубежом привела автора к пониманию актуальности системного анализа методического состояния и развития современной гипнотерапии в России и мире в интересах клинической психотерапии.

Имевшая в советском прошлом место длительная изоляция отечественных психотерапии, гипнологии, гипнотерапии оказала и до сих пор оказывает влияние на состояние и развитие последних. Сама по себе история внедрения в постсоветской России западных методов и направлений психотерапии крайне интересна и до настоящего времени почти не описана [7]. Автор в своем методическом анализе ограничится исключительно областью гипноза и гипнотерапии.

Практика гипнотерапии (как и иной психотерапии) значительно редуцируется в ее текстовых описаниях [2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 18] (что делает затруднительным текстово-опосредованное обучение). Поэтому в своем описании методической эволюции гипнотерапии автор выйдет за пределы анализа литературы, дополнив его анализом соответствующих практик.

Профессиональное психиатрическое, психотерапевтическое мышление прагматично, опирается на устоявшиеся, понимаемые как аксиоматичные понятия и шаблоны, нередко надолго переживающие породившие их локальные, временные, в т. ч. культурально обусловленные, феномены. Псевдоочевидность ряда сопряженных с областью гипноза и гипнотерапии шаблонов нуждается в коррекции, поскольку может исказить восприятие излагаемых материалов. Поэтому автор затронет некоторые российские шаблоны трактовки гипнотерапии в соотнесении с реальной практикой.

Шаблон № 1. Гипнотерапия как метод психотерапии. В настоящее время термин «гипнотерапия» широко используется в России, что безусловно связано с отечественной историей развития психотерапии (от гипнотерапии – к психотерапии). В западной традиции преимущественно используется термин «гипноз», описывающий его применение в качестве комплементарного метода в широкой медицинской практике (анестезиологии, хирургии, стоматологии, дерматологии, онкологии и т. д.) [32, 34] и лишь отчасти – в психотерапии [30]. Так, Европейское и Международные общества гипноза не имеют существенных организационных связей с соответствующими обществами психотерапевтов.

Шаблон № 2. Гипнотерапия «вообще». В ряде отечественных публикаций гипнотерапия подается как единый метод [4, 5, 6, 14, 18, 3, 13, 20, 19], дается обобщенная оценка ее эффективности, осложнений и ограничений [1, 16, 17], что противоречит реальному методическому разнообразию гипнотерапии и даже одному из важных шаблонов о дихотомии в гипнотерапии.

Шаблон № 3. Дихотомия «классической» и «эриксоновской» гипнотерапии. Для российских психиатрии, психотерапии и гипнотерапии тезис о дихотомии «классической» и «эриксоновской» гипнотерапии с решающим превосходством в технической и клинической эффективности последней воспринимается как устоявшаяся аксиома [9, 15]. Устойчивость данного шаблона мирно уживается с комплексом опровергающих обстоятельств: (1) в США и международных организациях «директивный» и «недирективный» гипноз мирно уживаются; (2) доказательные данные о превосходстве эриксоновского гипноза не только отсутствуют [32], но не могут быть получены в принципе, поскольку необходимый для подобных исследований терапевтический протокол адептами методически исключен. Последнее обстоятельство стало серьезной проблемой в развитии европейского гипноза, преимущественно – эриксоновского.

Шаблон № 4. Гипнотерапия как уходящая практика. Бурный процесс отсроченного освоения российской психотерапией обширного поля западных психотерапевтических систем и практик реактивно сформировал отношение к собственно российской гипнотерапии как к чему-то архаично-застывшему, уходящему – «классическому» гипнозу. Представление о сущностной значимости активно осваиваемой в России западной психотерапии в соотнесении с «застарелым» «классическим» гипнозом, «гипно-суггестивной психотерапией» механистически проецируется отечественными психиатрами и психотерапевтами на остальной мир, что ошибочно. Позиции гипноза в мире как медицинской практики и метода психологической коррекции устойчивы, перспективы – позитивны. Так, в 20-м Международном конгрессе гипноза (Париж, Франция, 2015) приняли участие более 3500 специалистов, тогда как в Международном конгрессе психотерапевтов (Париж, Франция, 2016) несколько более 1500 участников.

С учетом того, что автор начинал свою практику в 1970-е годы в формате традиционной гипнотерапии, а в 1980–1990-е годы с интересом знакомился с эриксоновским гипнозом и НЛП и в тот же период приступил к системным исследованиям гипноза и разработке собственных методик гипнотерапии, анализ эволюции гипнотерапии будет проведен в сопостав-

лении практик «классической», директивной гипнотерапии, эриксоновского гипноза и авторской методики универсальной гипнотерапии [21, 22, 24, 25]. Одним из «разрешающих» такое сопоставление обстоятельств является участие автора совместно с известными специалистами в области эриксоновского гипноза Р. Эриксон-Клейн (Roxanna Erickson-Klein) и Д. Шортом (Dan Short) в пленарной сессии-семинаре «Американский гипноз – русский гипноз: культуральная общность и современные особенности» во время французской конференции по гипнозу (О. Реюнион, 2017) [33]. По просьбе организаторов в качестве репрезентативного образца современного русского гипноза была продемонстрирована методика универсальной гипнотерапии.

В данной статье автор намеренно сконцентрировался на методической составляющей гипнотерапии, исключив из анализа вопросы о природе гипноза и механизмах гипнотерапии, поскольку неоднократно и в различных формах высказывался на данные темы в рамках разработанной им интегративной теории гипноза и гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35, 36, 37, 38]. Поэтому «классический» [4, 5, 6, 14], эриксоновский гипнозы [8, 9, 30, 31, 39] и методика универсальной гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35, 36] будут рассматриваться в формате коммуникативного процесса, диалога, с выделением: 1) согласования исходных представлений о гипнозе сторонами гипнотической коммуникации; 2) двусторонней гипнотической коммуникации вербального и невербального уровней между терапевтом (гипнотизирующим) и пациентом(ами) (гипнотизируемым(и)); 3) соотношения активностей двух сторон гипнотической коммуникации; 4) использования терапевтом коммуникативных обратных связей; 5) терапевтического целеполагания; 6) коммуникативных стилей в гипнотерапии; 7) порождаемых коммуникативным стилем ограничений терапии.

Анализ «классического» гипноза, эриксоновского гипноза и методики универсальной гипнотерапии. Исходные представления о гипнозе у сторон гипнотической коммуникации и их согласование

Любая коммуникация реализуется лишь при наличии у ее сторон общей нормативной базы коммуникативных средств и практик, во многом культурально обусловленной. Директивный гипноз присутствовал в европейском культурном поле весь 19 век [32], в российском – с конца 19-го и по настоящее время. Эриксоновский гипноз за более чем 40-летнюю историю применения [2, 8, 29, 30, 31, 39] стал для Европы и США феноменом массового сознания, для России последний находится в периоде усвоения

[9, 10, 11]. Научного исследования представлений российской масс-культуры о гипнозе не проводилось, что, впрочем, характерно и для западной масс-культуры. Поэтому, описывая российские культуральные представления о гипнозе, автор исходит из собственного анализа массового сознания [23] и многолетнего эмпирического опыта.

Базовые российские масс-культуральные представления о гипнозе включают ряд мифологем: гипноз как средство воздействия находится на границе либо за границей обыденности, является сильным, но, возможно, опасным (в том числе – необратимым); гипноз – сила, которой владеет гипнотизируемый, действующая на более слабого гипнотизируемого, управляя его поведением, состоянием (гипноз – овладение, предполагающее и криминальные варианты); гипноз – сон, вхождение в гипноз эквивалентно засыпанию с выключением сознания (сохранение рефлексии понимается гипнотизируемым как отсутствие гипноза); гипноз – амнезия.

Исходя из собственного эмпирического опыта отметим, что для западноевропейца гипнотический транс – это, скорее, позитивное изменение сознания, но не его выключение. Западная масс-культура, стремительно теряющая религиозность, успешно замещает последнюю догматами либеральных ценностей (первичность и свободу «Я», равенство-партнерство и др.). Социально-культуральная жизнь при этом остается принципиально жестко регламентированной сводом общепринятых, универсальных, обязательных правил, когда стиль управления взаимодействиями в сообществе переходит от директивного к манипулятивному, в котором важна известная всем «постправда», но не связь последней с реальностью. В отношении терапевтической коммуникации традиционно реализуются масс-культуральные запросы на партнерство, равенство сторон терапии, ее манипулятивность.

Постсоциалистическая демократизация в экономически развитых регионах России актуализировала аналогичный масс-культуральный тренд, транслирующийся в терапевтической коммуникации в запросы на партнерство, равенство сторон терапии, ее манипулятивность, формируя, в т. ч. готовность к принятию модели эриксоновского гипноза.

Представления профессионалов преимущественно методологичны, определяются принадлежностью к направлению гипнотерапии и масс-культуре, что обуславливает разные варианты их индивидуального взаимодействия.

Для «классического» гипноза с позиции применяющего его профессионала основополагающим условием, наряду с согласованием исходных

представлений о гипнозе сторон гипнотической коммуникации, является селекция внушаемых, принимаемых за гипнабельных, с помощью ограниченно-ритуального набора проб на внушаемость [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20], с которыми в дальнейшем и проводится гипнотерапия. Невнушаемые объявляются негипнабельными и исключаются из терапии. Гипноз как состояние методически ассоциирован с «гипнотическим сном», поэтому при гипнотизации используется директивное внушение: «Спать!!!» [18]. Отметим, что для российских пациентов верификация внушаемости соответствует прямой верификации «силы» гипнотизирующего, предопределяющей в позитивном варианте «полное» «подчинение» данной «силе» в ходе дальнейшей гипнотерапии. Таким образом, исходное условие наличия «гипнотической силы» для начала гипнотической коммуникации в «классическом» гипнозе обуславливает как ограничивающую применимость метода («проблема негипнабельных»), так и форму проведения гипнотерапии как безусловного, прямого «ведения» пациента терапевтом (вербального и невербального). Поэтому первоочередным средством коррекции недостаточности эффекта или его отсутствия для обеих сторон коммуникации становится усиление директивности, экспрессивности, импрессивности, демонстративности поведения терапевта.

В России применению эриксоновского гипноза (в отличие от Европы, где последний уже инкорпорирован масс-культурой, массовым сознанием), вероятно, должно предшествовать его разъяснение пациентам. Эриксоновский гипноз описывается адептами как эффективный, экологичный, безопасный, утилизирующий транс повседневной жизни (погружения в себя, сосредоточение) [9, 10, 11]. Эффективные терапевтические изменения обосновываются уникальными эриксоновскими доступами к ресурсам мудрого, творческого бессознательного пациента, хранящего жизненный опыт и знания, достаточные для решения всех проблем самим пациентом при разностороннем технологическом участии терапевта [2, 8, 28, 29, 30, 31, 39]. Эриксоновские терапевты, как правило, указывают на превосходящую эффективность своей терапии при условии ее технической корректного проведения. Правильность терапии подразумевает безусловное владение обширным набором суггестивных техник, интуитивностью, импровизационностью, точным выстраиванием обратных связей и т. д.; неотчетливо присутствует требование к любому эриксоновскому терапевту быть выдающимся в своей практике [8, 28, 39]. В качестве базового ограничения эриксоновской терапии рассматривается «сопротивление гипнозу» при вхождении в транс, а также в ходе терапии; способность терапевта

преодолевать «сопротивление» рассматривается как существенное квалификационное требование.

В универсальной гипнотерапии согласование масс-культуральных представлений о гипнозе, предстоящей гипнотерапии, психотерапии с методиками универсальной гипнотерапии и проводимой на ее основе психотерапии выделено как самостоятельная задача, которая реализуется в форматах детально проработанных стыковочных сценариев гипнотизации, гипнотерапии [21, 22, 24, 25, 35] и психотерапии активным, намеренным использованием специального вербального текста (для стыковочного сценария гипнотизации), дублируемого невербальными средствами. Стыковочный сценарий гипнотизации основан на радикальном трансформировании базового масс-культурального представления о гипнозе в конкретный, вызывающий обоснованное доверие, поведенчески проиллюстрированный сценарий гипнотизации. После проработки пациентом сценария гипнотизации он принимает и реализует форму гипнотизации, противоречащую масс-культуральным представлениям о гипнозе. Поэтому при гипнотизации пациент, с опорой на собственную мотивационную активность и при поддержке терапевта в формате опосредованной вербально-невербальной обратной связи, входит в гипнотическое состояние, понимаемое им как особое рефлексивное состояние. Обязательная верифицированная обучением реализация стыковочного сценария гипнотизации вкупе с самой гипнотизацией, построенной на внутренней мотивационной активности гипнотизируемого, поддерживаемой обратной связью, позволяет достигать развития гипнотического состояния в 98–99 % случаев.

Гипнотическая коммуникация

Автор исходит из представления о том, что мышление человека имеет диалогическую природу (поскольку исходно развивается на основе диалога) [26]. Поэтому любая гипнотическая коммуникация образована трехкомпонентной диалогической системой, включающей: 1) внешний интерперсональный диалог коммуникативных сторон гипнотерапии, направляемый преимущественно терапевтом (гипнотизирующим) в целях реализации терапевтических целей и задач; 2) внутренние диалоги каждой из сторон гипнотической коммуникации, частично и различным образом транслирующиеся во внешний коммуникативный диалог.

Рассмотрим наиболее типичную реализацию гипнотической коммуникации, в которой терапевт (гипнотизирующий) вербально и невербально

активен, а пациент (гипнотизируемый), находясь в состоянии гипноза с закрытыми глазами, вербально пассивен (молчит).

Коммуникация терапевта (гипнотизирующего). Внешняя коммуникация терапевта потенциально содержит широкий перечень средств вербальной и невербальной активностей. Вербальная активность предполагает использование всего спектра соответствующих коммуникативных средств, включая текстовое содержание, смысл и символизм, интонирование речи, ее темп. Возможная невербальная активность терапевта включает: перемещение в пространстве, изменения позы, жестикуляцию, прикосновения («околоприкосновения» – «пассы», когда при жестикуляции вблизи, но без телесного контакта, у реципиента возникают различные телесные ощущения), мимическое сопровождение взаимодействия (модулирующее вербализацию). Невербальная активность терапевта может быть естественно-спонтанной либо осознанно-целенаправленной. Направленность внутреннего коммуникативного диалога терапевта включает методический и спонтанно-естественно-личностный компоненты. Методический компонент для разных форм гипнотерапии будет закономерно отличаться.

Коммуникация пациента (гипнотизируемого). Внешняя коммуникация пациента (гипнотизируемого) в рассматриваемом формате существенно редуцируется за счет полного либо почти полного выключения в гипнозе вербальной коммуникации. Невербальная коммуникация ослабляется за счет полной либо значительной редукции спонтанной жестикуляции, аффективно окрашенные мимические реакции минимизируются, но принципиально сохранены, дыхательное и кардиоваскулярное сопровождение аффективных реакций несколько сглажено, но сохранено.

Коммуникация в «классическом» гипнозе строится, исходя из концепта однонаправленного директивного суггестивного воздействия терапевта на восприимчивого пациента, включает использование императивно-директивного, предписывающего вербального компонента в ходе всей сессии в сочетании с эквивалентным по смыслу дополнительным невербальным компонентом. Акцентируется вербальная коммуникация, трактуемая как суггестивный текст («гипнотическая песнь»), построенный по определенным правилам: краткое, однозначное предписание позитивных изменений и прекращение негативно-болезненных проявлений, использование оптимальных обобщений, запрет на использование отрицаний. Считается, что внушения реализуются гипнабельными реципиентами прямо, в некотором роде – арефлексивно [3, 4, 5, 6, 13, 14, 20, 27], критерием реализации внушений принимается общий позитивный эффект сессии.

Эриксоновская коммуникация дуалистична. С одной стороны, в ней декларируется недирективность, партнерство, обобщенный стиль, поддерживаемая терапевтом активность гипнотизируемого, обратная связь посредством считывания и отреагирования идеомоторных сигналов, с применением различных метафор [2, 8, 9, 11, 29, 30, 31]. С другой стороны, прокламируется принцип перехода от «подстройки к ведению» (недирективному), который в ходе сессии реализуется циклично, в обратной связи с проявляющимися реакциями [2, 8, 9, 11, 29, 30, 31]. Утилизация генерируемых терапевтом (многоуровневых) метафор проводится вне учета индивидуальных особенностей их восприятия и отреагирования гипнотизируемым, осуществляется в формате редуцированной (да – нет) идеомоторной связи, представляя вариант опосредованного ведения. Таким образом, гипнотическая коммуникация в эриксоновском гипнозе основана на обобщенно-недирективном (допускающим широкую вариативность и активность отреагирования пациента, с учетом редуцированной обратной связи) ведении гипнотизируемого. Невербальный коммуникативный компонент используется для «зеркальной» подстройки к клиенту, преимущественно в начале терапии.

Коммуникация в универсальной гипнотерапии выстраивается и осознается терапевтом в парадигме трёхуровневого диалога терапевта и пациента. Универсальная гипнотерапия обладает протоколом проведения, включающим гипнотизацию, терапевтическую сессию, дегипнотизацию.

Роль целенаправленно используемого невербального коммуникативного компонента в универсальной гипнотерапии чрезвычайно высока, превышает таковую для сравниваемых методов на всех этапах сессии. При реализации стыковочного сценария гипнотизации жестикация дублирует вербальный текст, дополняя его локализацией описываемых понятий как неких виртуальных объектов и их взаимодействия – манипуляцией такими объектами. После обосновывающего описания процедуры гипнотизации, построенной на сконцентрированной активности гипнотизируемого, терапевт 2-3 раза вариативно имитирует ее реализацию на себе. В ходе гипнотизации задействованы: вербальный канал для (1) суггестивной поддержки мотивационной активности пациента на вхождение в гипноз (его мысленной сосредоточенности на желании войти в гипноз), (2) оперативной обратной связи с описанием внешних проявлений активности пациента при вхождении в гипноз; невербальный канал с тактильными прикосновениями (с согласия пациента), выполняющими роль дублирующих не-

вербальных суггестий. Гипнотизируемый сам определяет момент начала гипнотизации, ход ее реализации и момент завершения.

Вербальная коммуникация терапевтической части реализует состоящий из связанных компонентов текст, имеющий позитивно-психологическую направленность, стимулируя: телесно локализуемое, в обратной связи, освобождение от накопленных негативных аффектов; репродукцию синего цвета; обретение уверенности, свободы; формирование навыка дистантного восприятия, дистанцирования прошлых негативных переживаний, нормализацию сна. Каждый компонент предлагается пациенту как возможный в активной реализации, представляет из себя обобщенное описание основанной на базовых гомеостатических механизмах здоровой психики позитивной поведенческой модели, которую гипнотизируемый может при желании усвоить и сделать постоянно действующей. Текст имеет повторяющую структуру для лучшего усвоения принимаемых пациентом механизмов. Невербальный компонент терапевтической части сопровождает телесно-ориентированные компоненты текста в тактильно-пассовой форме, в обратной связи.

Выход из гипноза в универсальной гипнотерапии пациент осуществляет активно, задавая его темп, в обратной связи с собой и терапевтом.

Таким образом, коммуникация в универсальной гипнотерапии характеризуется: отчетливой стимуляцией направленной активности пациента, использованием обобщенных, прямо-моделирующих, но принципиально недирективных внушений (пример: «Теперь у вас есть возможность увидеть, представить, почувствовать синий цвет...»). Возможно и нечто иное.). В универсальной гипнотерапии широко и действенно используется обратная связь с пациентом как в вербальной, так и в невербальной коммуникациях. Гипнотическая коммуникация понимается и реализуется в форме развернутого многоуровневого диалога.

Соотношение активностей двух сторон гипнотической коммуникации

Индивиду присущи характерные уровень и стиль психической активности, проявляющийся как во внешней коммуникации, так и внутреннем диалоге, которые, в большей или меньшей степени трансово преобразуясь, вероятно, принципиально константны. Поэтому при сопоставлении трех методов гипнотерапии стоит разграничить собственно проявления активности пациента и способность терапевтов разных направлений ее различать и использовать в интересах терапии.

В модели «классического» гипноза пациенту предоставляется возможность либо активно-пассивно следовать за суггестирующим терапевтом, либо, проявив «негипнабельность», избежать потенциально возможную терапию [3, 4, 5, 6, 13, 14, 20, 27]. Однако обе стороны гипнотерапии приписывают активность преимущественно терапевту, суггестивно «управляющему» «управляемым» пациентом.

В случае эриксоновского гипноза декларируемая активность отнесена к пациенту, но в особой форме, поскольку мета-цель терапевта – побудить пациента активировать мудрое и ресурсонасыщенное бессознательное, активно преобразующее его носителя, независимо от осознанности происходящих терапевтических изменений [9, 10, 28, 29, 30, 31, 39]. Активность пациента сторонами терапии понимается как высокая. Однако активность терапевта должна быть превосходящей, поскольку он не только помогает пациенту найти и реализовать путь потенцирования бессознательного при посредстве во многом интуитивного выбора из множества техник действенных, но, в интересах действенности процесса, параллельно самому войти в ориентированный транс и управлять обоими трансами. При наличии постгипнотической амнезии такая активность для пациента приобретает «неведомый» характер.

Терапевтическая работа в универсальной гипнотерапии исходно опирается на намеренно актуализируемую сознательную мотивационную активность пациента на улучшение, выздоровление [21, 22, 24, 25, 35, 36]. Гипнотизация и дегипнотизация построены на стимуляции доминирующей мотивированной активности пациента при поддержке терапевта, активно входящего и выходящего из гипнотического состояния. Активность пациента поддерживается как основа для научения базовым гомеостатическим механизмам психического саморегулирования на основе обратной диалогической связи. Терапевт же лишь сопровождает пациента, помогая пациенту при использовании обратной коммуникативной связи технически реализовать формализованную методику по исходному протоколу.

Следует заключить, что опора на активность пациента в ходе терапии последовательно возрастает от классического к эриксоновскому гипнозу и далее к универсальной гипнотерапии.

Использование терапевтом коммуникативных обратных связей

Гипнотерапевтическая коммуникация всегда содержит в себе компонент обыденной, в которой присутствуют усвоенные обратные связи, неизбежно проступающие через любую методику. Тем не менее адептами

выделяются «правильные» для метода подходы работы с обратными коммуникативными связями.

Использование обратных связей в «классическом» гипнозе включает вербальный и невербальный уровни, оно ограничено и направлено на регуляцию на принципах прямой корреляции экспрессивности, директивности, суггестивности внушений на всех этапах гипнотерапии [2, 8, 28, 29, 30, 31, 33].

В эриксоновской терапии обратная связь применяется заметно шире, первоочередно в начале терапии и для преодоления сопротивления, включает в начале терапии вербальный и невербальный уровни (в форматах «подстройки и ведения», совместного вхождения в транс), в ходе терапии отслеживаются мимические реакции, дыхание, мышечный тонус, позы тела, что дополняется редуцированной идеомоторной обратной связью [8, 9, 10, 30, 39]. Терапевтом в ходе терапии преимущественно используется ее вербальный компонент [2, 8, 9, 10, 29, 30, 31, 39].

В универсальной гипнотерапии гипнотизация, дегипнотизация, вся телесно ориентированная работа в гипнотерапии полностью построена на обратных связях вербального и невербального уровней, остальная часть работы в гипнотерапии строится на опосредовании реакций пациента соответствующими обратными связями [21, 22, 24, 25, 35, 36].

Целеполагание в гипнотерапии

История открытия и принятия Европой феномена гипноза и начала его практического использования в 19 веке в диапазоне от эстрадных представлений и до ранней терапевтической практики оказала решающее и длительное влияние на формирование представлений о его безусловных, локально-суггестивных механизмах. «Очарование» буквальная, адресная реализацией гипнотических и постгипнотических суггестий, с конкретным влиянием на поведение, эмоции, когниции, вкупе с потенциалом гипноанальгезии обусловило понимание гипнотической коммуникации как исключительно тактической, локально-безусловно-суггестивной, построенной на прямом выключении, искоренении конкретного перечня поведенческих актов, ощущений, переживаний. Поэтому более чем вековое клиническое применение гипноза трактовалось (в равной степени адептами и критиками гипнотерапии) как суггестивное «удаление», искоренение симптомов невротической природы, вкупе с временным суггестивным выключением ощущения боли, а в рамках отечественной психотерапии гипнотерапия была определена как «симптоматический метод» [12, 20]. При этом

удивительным образом упускалось из рассмотрения эмпирически установленное правило преимущественной действенности позитивных суггестий, педалирующих позитивную же альтернативу, вытесняющую в случае успешной реализации мешающий болезненный признак, что воспринималось как его «удаление».

Собственно, «классический гипноз» преимущественно построен на тактически-частном преодолении конкретных ограничений клинического и психологического толка локальными суггестиями, актуализирующими для гипнотизируемого альтернативные позитивные состояния и признаки, включая позитивное обусловливание (успешную реализацию последующего внушения вследствие результативности предшествующего) [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20].

Эриксоновский гипноз, несомненно, расширил суггестивную палитру гипнотерапии, перейдя к применению универсальных стратегических, в том числе образных, суггестий, в каноне доступа к мудрому бессознательному клиента, пациента, обладающему неограниченными ресурсами и решающего в закрытой (в основном) форме имеющиеся клинические и психологические проблемы [2, 8, 9, 10, 28, 29, 30, 31, 33, 39]. Разумеется, ограниченное использование локально-тактических позитивных (и иных) суггестий сохраняется [2, 28, 29, 30, 31, 39]. В целом суггестивная работа в эриксоновском подходе носит преимущественно позитивный характер.

Универсальная гипнотерапия опирается на понимание гипноза как функционально-регрессивного состояния, существенно повышающего обучаемость гипнотизируемого по механизмам, близким к таковым для раннего детского прямого позитивного научения [21, 22, 23, 27]. Поэтому она основана на стимулировании активного усвоения базовых позитивных моделей (механизмов) здорового психического гомеостаза. В универсальной гипнотерапии применяются универсальные, позитивные, обуславливающие наличием состояния гипноза суггестии: 1) активирующие проективное, с обратной связью, преобразование (выделение) гипнотизируемым любого негативного опыта с замещением его ощущением-состоянием внутренней психологической стабильности (прием соматического катарсиса); 2) дублирующие вербально-суггестивно психологическую стабильность (потенцирующие уверенность, спокойствие, личностную целостность, самоидентичность); 3) универсальные моделирующие суггестии, актуализирующие текущее психическое отреагирование в алгоритме механизмов нормального переживания с выраженным эффектом «полноты осознания» [24, 25]. Универсальная гипнотерапия отказывается от пони-

мания суггестий как выполнения безусловных команд и основывается на стимулировании гипнотизируемого к мотивированной его потребностью в улучшении активной, вариативной реализации в обратной связи, с последующим усвоением комплекса позитивных когнитивно-поведенческих моделей, выправляющих и стабилизирующих его состояние.

Коммуникативные стили в гипнотерапии

Подходы к использованию исходных представлений о гипнозе у сторон гипнотической коммуникации, особенности реализации последней на вербальном и невербальном уровнях, соотношение активностей сторон гипнотерапии, использование терапевтом обратных связей, терапевтическое целеполагание формируют коммуникативные стили гипнотерапии, существенно различающиеся для «классического», эриксоновского гипноза и универсальной гипнотерапии.

Коммуникативный стиль «классического» гипноза авторитарен и построен на идее соразмерного с личностью и клинической типологией проблем (с учетом их терапевтической динамики) прямого «ведения» «гипнабельного» пациента гипнотерапевтом к позитивному терапевтическому результату [4, 5, 6, 14, 13, 18, 19, 20].

Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза основан на преимущественно вербальном, опосредованном, недирективно-манипулятивном управлении пациентом на основе учета преимущественно невербальных реакций последнего; построен на фабуле недирективных подстройки и ведения; основан на идеологии раскрытия и адекватного проблематике применения всеобъемлющих ресурсов мудрого бессознательного; использует проговаривание терапевтом тематически апеллирующих к пациенту метафор, описаний, рассматриваемых как инструмент доступа к ресурсам [2, 8, 28, 29, 30, 31, 39].

Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии системен, построен на био-психо-социальной парадигме применительно к гипнозу и гипнотерапии; учитывает и перестраивает в интересах терапии культуральные представления о гипнозе; использует базовые позитивные когнитивно-поведенческие модели и биологические механизмы гипнотерапии; осознанно задействует невербальный компонент коммуникативного взаимодействия при гипнотизации, проведении гипнотерапии, дегипнотизации; привлекает и потенцирует активность пациента при проведении сессии и всего курса гипнотерапии; способствует формированию в коммуникации терапевт – пациент построению семантического векторного психотерапев-

тического пространства, нацеленного на выздоровление, улучшение [21, 22, 23, 24, 25, 35].

Отметим, что реальная коммуникация, в том числе гипнотическая, неизбежно реализуется шире и глубже методических рамок и предписаний, включает значимое межличностное взаимодействие. Тем не менее коммуникативный стиль играет роль специфического «прокрустова ложа», во многом определяющего исходную селективность, ход, результаты гипнотерапии.

Изолированное сопоставление трех вышеописанных коммуникативных стилей недостаточно. Они характеризуются закономерной исторической последовательностью появления и развития – от «классического» к эриксоновскому гипнозу и далее к универсальной гипнотерапии. Как было показано, их практика реализуется с опорой на культуральные представления о гипнозе массового сознания. Ранее, при описании трехкомпонентной теории психотерапии, автором был сделан вывод об обусловленной исторической динамикой массового сознания комплементарной, вторичной динамикой развития методов психотерапии [23]. Очевидно, что данный вывод распространяется и на комплементарное к исторической динамике массового сознания развитие методов гипнотерапии. Гипнотерапия воспринимает, акцентирует, дорабатывает, транслирует (но не порождает!) соответствующие данному периоду истории актуальные коммуникативные стили активного воздействия массового сознания.

Ограничения коммуникативных стилей гипнотерапии

Каждый из рассматриваемых коммуникативных стилей обладает характерным профилем возможностей и ограничений, работающих преимущественно на социально-психологическом, культуральном и межличностно-психологическом уровнях.

Коммуникативные стили «классического» гипноза и эриксоновской терапии для российского обыденного, массового сознания позиционируются как «директивный» и «недирективный».

Исходный культуральный дихотомический тропизм потенциальных пациентов в поле обыденных культуральных дериватов авторитаризма и либерализма порождает (при наличии выбора) их селективную фильтрацию, готовность обратиться за помощью к специалистам-гипнотерапевтам соответствующих профилей. Межличностное коммуникативное гипнотическое взаимодействие может дополнить, способствовать как усилению, так ослаблению и даже (редко) нивелированию культурального коммуни-

кативного компонента механизма селективной тропности пациента к стилям «классического» и эриксоновского гипноза.

Реализация стыковочного сценария универсальной гипнотерапии выводит гипнотическую коммуникацию за рамки авторитарно-либеральной дихотомии [21, 22, 24, 25, 35]. Примат опоры на проработку обратных коммуникативных связей с пациентом в ходе гипнотизации и гипнотерапии, реализуя единый методический протокол, основанный на стимуляции активности пациента, позволяет последнему воспринимать реализуемую гипнотизацию и гипнотерапию соответствующей его коммуникативному запросу.

Перейдем к рассмотрению ограничений трех коммуникативных стилей гипнотерапии.

Ограничения коммуникативного стиля «классического» гипноза преимущественно порождаются: (1) директивным ведением «сильным» гипнотизирующим более «слабого» гипнотизируемого, (2) сведением гипноза к гипнотическому сну.

С позиции обыденного сознания, «сила» гипнотизирующего, преодолевающая «волю» более «слабого» гипнотизируемого, выявляется при положительной реализации проб на внушаемость, после которых пациент определяется как «гипнабельный» и направляется на гипнотерапию. При отрицательных пробах на внушаемость потенциальные пациенты определяются как «негипнабельные», гипнотерапия с ними не проводится. Считается, что доля «негипнабельных» в гипнотерапии (подразумевается «классическая») составляет более половины популяции [20]. Одним из характерных осложнений «классической» гипнотерапии считается «гипномания» – возникшая на фоне директивной гипнотерапии потребность постоянно гипнотизироваться, вероятно, возникающая у пациента с зависимым типом личности, с потребностью в подчинении «силе» гипнотизирующего, при условиях директивного ведения гипнотерапии [1, 16, 17]. (Отметим, что за сорок лет обширной гипнотерапевтической практики автор ни разу не встретился со случаям гипномании.)

Согласно культуральной модели, переход в гипноз эквивалентен засыпанию и есть переход в арефлексивность, что подтверждается для гипнотизируемого суггестией: «Спать!» [6, 18, 20]. Сохранение «Я», рефлексивности в состоянии гипноза противоречит ожиданию гипнотизируемого «заснуть», «потерять» себя, что в ряде случаев приведет к прерыванию им сеанса либо к отрицанию наличия у него гипнотического состояния после

завершения гипнотерапии; в обоих случаях пациент определит себя негипнабельным и прекратит гипнотерапию.

Ограничения коммуникативного стиля эриксоновского гипноза определяются: (1) возможным расхождением культуральной модели гипноза у пациента как директивного ведения и реализуемого недирективно-манипулятивного стиля эриксоновской коммуникации; (2) неприятия частью пациентов манипулятивного стиля эриксоновской коммуникации, возможно, за счет личностных особенностей либо при пресыщенности манипулятивным давлением общества потребления. Оба вида ограничений порождают «сопротивление» гипнозу, преодолению которого в эриксоновском подходе уделяется серьезнейшее внимание [8, 9, 10, 11, 31, 39].

Ограничения коммуникативного стиля универсальной гипнотерапии не сводятся в проблеме «негипнабельности» вкуче с гипноманией, а также к «сопротивлению» гипнозу. Применение стыковочного сценария гипнотизации и гипнотерапии позволяет эффективно вводить пациентов в гипнотическое состояние, успешно трансформировать исходные представления пациентов об арефлексичности гипнотического состояния. Однако от 3 до 5 % пациентов прекращают терапию, при отсутствии формальных проблем с «гипнабельностью», «сопротивлением» гипнозу [21, 22, 34]. Вероятно, основная причина заключается в расхождении готовности пациентов к активному их ведению терапевтом с реализуемой стратегией на развитие активности пациента в преодолении существующего расстройства и сопутствующей проблематики.

Заключение

Системный анализ гипнотических коммуникаций позволил: 1) сформулировать понятие коммуникативного стиля гипнотерапии; 2) выделить и описать характерные коммуникативные стили «классического», директивного гипноза, эриксоновского гипноза, универсальной гипнотерапии; 3) указать на связь коммуникативных стилей с массовым сознанием, историческая динамика которого обуславливает закономерные перемены в гипнотической коммуникации; 4) определить характерные для трех видов гипнотерапии терапевтические ограничения, порождаемые типологией соответствующего коммуникативного стиля.

В свете вышеизложенного, практикуемый в отечественных публикациях о гипнотерапии распространенный посыл к анализу «гипнотерапии вообще» является архаичным и не может применяться в научных публикациях. Рассуждая об эффективности, ограничениях, осложнениях гипноте-

рапии, следует исходить из конкретики метода, поскольку «гипнотерапия вообще» на сегодня представляет удобную, но принципиально ошибочную абстракцию, химеру.

Литература

1. Аведисова Ф.С., Бородин В.И. К проблеме нежелательных явлений при психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинский психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 3. – С. 16–19.
2. Беккио Ж., Жюслен Ш.Б. Новый гипноз: практическое руководство / пер. с франц. М.Р. Гинзбурга. – М.: Класс, 1997. – 160 с.
3. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие / Вестник знания. – СПб., 1911. – Вып. 4. – 60 с.
4. Буль П.И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. – Л.: Медицина, 1968. – 240 с.
5. Буль П.И. Основы психотерапии. – Л.: Медицина, 1974. – 309 с.
6. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). – Л.: Медицина, 1973. – 192 с.
7. Гайдакина Е.В. Развитие психотерапии в России: по материалам медицинских, психиатрических и психотерапевтических съездов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 26 с.
8. Гиллиген С. Терапевтические транссы: руководство по эриксоновской гипнотерапии. – М.: Класс, 1997. – 416 с.
9. Гинзбург М., Яковлева Е. Эриксоновский гипноз: систематический курс. – М.: Московский психолого-социальный ин-т, 2008. – 312 с.
10. Гордеев М.Н. Гипноз: практическое руководство. – 3-е изд. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2005. – 240 с.
11. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М., 2015. – 368 с.
12. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 475 с.
13. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. – М.: Медицина, 1972. – 412 с.
14. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М.: Медгиз, 1962. – 484 с.
15. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 1998. – 752 с.
16. Рахманов В.М. Побочные отрицательные последствия психотерапии (гипнотерапии): методические рекомендации. – М., 1991. – 36 с.
17. Рахманов В.М. Осложнения психотерапии (гипнотерапии) и пути их устранения: методические рекомендации. – М., 1991. – 44 с.
18. Рожнов В.Е. Гипнотерапия: руководство по психотерапии. – 3-е изд. – Ташкент, 1985. – С. 176–177.
19. Свядош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 236 с.
20. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. – Киев, 1982. – 376 с.
21. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). – Уфа, 1996. – 270 с.
22. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. – М., 2006. – 448 с.

23. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. – М., 2007. – 392 с.
24. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. – Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 59–64.
25. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания: сходства, различия, терапевтические перспективы. – Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 67–72.
26. Тукаев Р.Д. Синтетическая модель личности в психотерапии // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 215–228.
27. Шерток Л. Гипноз / пер. с франц. – М. : Медицина, 1992. – 224 с.
28. Becchio J., Jousselin Ch. De la Nouvelle Hypnose a l'Hypnose Psychodynamique. La Meridienne. Desclée de Brouwer. – Paris, 1994. – 315 p.
29. Erickson M. H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. – N.Y.: Irvington, 1980. – Vol. I. – P. 1–4.
30. Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy. An Exploratory Casebook. Irvington Publishers, Inc. – N.Y., 1979. – 495 p.
31. Erickson M.H., Rossi E.L. Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. Irvington Publishers, Inc. – N.Y., 1981. – P. 374.
32. Lynn S., Kirsch I. Essentials of clinical hypnosis: an evidence-based approach. Washington, DC: APA, 2006. – 271 p.
33. Ler Congress International D'Hypnose Therapeutique De La Reunion. Hypnose americaine – hypnose russe. R. Erickson-Klein. D. Short. R. Tukaev. 2017. – P. 4.
34. Schulz-Stübner S. Hypnosis in Critical Care. Book of abstract of the 1st international conference on hypnosis in medicine. – Budapest, 2013. – P. 12–13.
35. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow). – N.Y. : Nova Science Publishers, 2011. – P. 499–520.
36. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow). – N.Y. : Nova Science Publishers, 2011. – P. 451–466.
37. Tukaev R. Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon // XX World Congress of Hypnosis. Abstracts Book, 2015. – P. 274.
38. Tukaev R. Modern hypnosis and hypnotherapy in Russia // XX World Congress of Hypnosis. Abstracts Book, 2015. – P. 275.
39. Yapko M.D. Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 2-nd ed. Bruner / Mazel. N.Y., 1990. – 446 p.

Поступила 28.09.2020

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Тукаев Р.Д. Эволюция гипнотерапии: методические аспекты // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 7–29.

EVOLUTION OF HYPNOTHERAPY: METHODOICAL ASPECTS

Tukaev R.D.

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
(building 1, Barrikadnaya Str., 2/1 Moscow, Russia).

Rashit Dzhaudatovich Tukaev – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (building 1, Barrikadnaya Str., 2/1 Moscow, 125993, Russia); e-mail: tukaevrd@gmail.com.

Abstract. We carried out the methodical analysis of the “classic”, Ericksonian hypnosis and universal hypnotherapy. The basic domestic stamps of hypnotherapy interpretation were described: 1) hypnotherapy – the method of psychotherapy; 2) hypnotherapy in general; 3) the superiority of Ericksonian hypnosis over the “classic”; 4) hypnotherapy as a leaving practice. Reviewed methods are analyzed in the framework of the communicative process, highlighted: 1) matching by the participants of their initial ideas about hypnosis; 2) verbal and non-verbal levels of hypnotic communication; 3) the ratio of the activities of the participants in hypnotic communication; 4) therapist's style of using feedback; 5) hypnotherapeutic targeting; 6) communicative styles of hypnotherapy; 7) the hypnotherapy limitations generated by its communicative style. The communicative style of the “classic” hypnosis is authoritarian, it uses the idea of direct guidance of the hypnotizable patient to the therapeutic outcome. The style of Ericksonian hypnosis is based on the verbal, non-directive-manipulative patient management with adjustment and maintenance, connection of the resources of the wise unconscious, using metaphors as a tool for access to resources. The communicative style of universal hypnotherapy rebuilds the patient's cultural representations about hypnosis, uses positive cognitive-behavioral models, takes into account the biological mechanisms of hypnotherapy, uses non-verbal communication during hypnotization, hypnotherapy, dehypnotization, and potentiates the patient's activity in recovery. The communicative style of the “classic” hypnosis generates the phenomena of “non-hypnability” and “hypnomania”. The communicative style of Ericksonian hypnosis potentiates the “resistance” to hypnosis. The communicative style of universal hypnotherapy in rare cases led to cessation of therapy by the patient.

Keywords: “classical” hypnosis, Ericksonian hypnosis, universal hypnotherapy, communicative process, verbal and non-verbal levels of communication, activity

in communication, feedbacks, hypnotherapeutic goal-setting, communicative styles of hypnotherapy, limitations of communicative styles of hypnotherapy.

References

1. Avedisova A.S., Borodin V.I. K probleme nezhelatelnykh yavleniy pri psikhoterapii [To the problem of adverse events in psychotherapy] *Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhtereva]. 2004. Vol. 1, N 3. Pp. 16–19. (In Russ.)
2. Bekkio Z.H., Zhyuslen S.H. Novyy gipnoz: Prakticheskoye rukovodstvo [New Hypnosis: A Practical Guide]. Moskva. 1997. 160 p. (In Russ.)
3. Bekhterev V.M. Gipnoz, vnusheniye, psikhoterapiya i ikh lechebnoye vozdeystviye [Hypnosis, inspiration, psychotherapy and their therapeutic effect]. *Vestnik Znaniya* [Bulletin of Knowledge]. Sankt-Peterburg. 1911. Vol. 4. 60 p. (In Russ.)
4. Bul P.I. Gipnoz i vnusheniye v klinike vnutrennikh bolezney. [Hypnosis and inspiration in the clinic of internal diseases]. Leningrad, 1968. 240 p. (In Russ.)
5. Bul P.I. Osnovy psikhoterapii [Fundamentals of psychotherapy]. Leningrad. 1974. 309 p. (In Russ.)
6. Varshavskiy K.M. Gipnosuggestivnaya terapiya (lecheniye vnusheniyem v gipnoze) [Hypnosuggestive therapy (treatment with inspiration in hypnosis)]. Leningrad. 1973. 192 p. (In Russ.)
7. Gaydamakina Ye.V. Razvitiye psikhoterapii v Rossii: po materialam meditsinskikh, psikhiatricheskikh i psikhoterapevticheskikh syezdov [The development of psychotherapy in Russia: based on the materials of medical, psychiatric and psychotherapeutic congresses] : abstract Dis. ... PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 26 p. (In Russ.)
8. Gilligen S. Terapevticheskiye transy: Rukovodstvo po eriksonovskoy gipnoterapii [Therapeutic trances: a guide to Eriksonian hypnotherapy]. Moskva. 1997. 416 p. (In Russ.)
9. Ginzburg M.R., Yakovleva Ye.L. Eriksonovskiy gipnoz: sistemacheskii kurs [Eriksonovsky hypnosis: a systematic course]. Moskva. 2008. 312 p. (In Russ.)
10. Gordeyev M.N. (2005) Gipnoz: Prakticheskoye rukovodstvo [Hypnosis: a practical guide]. Moskva. 2005. 240 p. (In Russ.)
11. Gordeyev M.N. Fundamentalnoye rukovodstvo po eriksonovskomu gipnozu [Fundamental guide to Eriksonian hypnosis]. Moskva. 2015. 368 p. (In Russ.)
12. Karvasarskiy B.D. Nevrozy [Neuroza]. Moskva. 1990. 475 p. (In Russ.)
13. Lebedinskiy M.S. Ocherki psikhoterapii [Essays on psychotherapy]. Moskva. 1972. 412 p. (In Russ.)
14. Platonov K.I. Slovo kak fiziologicheskii i lechebnyy faktor [Word as a physiological and therapeutic factor]. Moskva. 1962. 484 p. (In Russ.)
15. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Sankt-Peterburg. 1998. 752 p. (In Russ.)
16. Rakhmanov V.M. Pobochnyye otritsatelnyye posledstviya psikhoterapii (gipnoterapii) [Side negative consequences of psychotherapy (hypnotherapy)]. Moskva. 1991. 36 p. (In Russ.)

17. Rakhmanov V.M. Oslozhneniya psikhoterapii (gipnoterapii) i puti ikh us-traneniya [Complications of psychotherapy (hypnotherapy) and ways to eliminate them]. Moskva. 1991. 44 p. (In Russ.)
18. Rozhnov V.Ye. Gipnoterapiya. Rukovodstvo po psikhoterapii [Hypnotherapy. A guide to psychotherapy]. Tashkent, 1985. Pp. 176–177. (In Russ.)
19. Svyadoshch A.M. Nevrozy [Neuroza]. Moskva. 1982. 236 p. (In Russ.)
20. Slobodyanik A.P. Psikhoterapiya, vnusheniye, gipnoz [Psychotherapy, in-spiration, hypnosis]. Kiyev, 1982. 376 p. (In Russ.)
21. Tukayev R.D. Fenomenologiya i biologiya gipnoza (teoreticheskiy analiz i prakticheskoye primeneniye) [Phenomenology and biology of hypnosis (theoretical analysis and practical application)]. Ufa. 1996. 270 p. (In Russ.)
22. Tukaev R.D. Gipnoz; fenomen i klinicheskoe primeneniye [Hypnosis; phe-nomenon and clinical application]. Moskva. 2006. 448 p. (In Russ.)
23. Tukaev R.D. Psihoterapiya; teorii, struktury i mekhanizmy [Psychotherapy; theories, structures and mechanisms]. Moskva. 2007. 392 p. (In Russ.)
24. Tukayev R.D., Kuznetsov V.E. Universal'naya gipnoterapiya i psikhoterapiya na osnove polnoty osoznaniya: skhodstva, razlichiya, terapevticheskiye per-spektivy [Universal hypnotherapy and psychotherapy based on completeness of awareness (mindfulness): similarities, differences, therapeutic perspectives]. Chast 1. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 1. Pp. 59–64 (In Russ.)
25. Tukayev R.D., Kuznetsov V.E. Universalnaya gipnoterapiya i psikhoterapiya na osnove polnoty osoznaniya: skhodstva, razlichiya, terapevticheskiye per-spektivy [Universal hypnotherapy and psychotherapy based on fullness of awareness: similarities, differences, therapeutic perspectives]. Chast 2. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 2. Pp. 67–72. (In Russ.)
26. Tukayev R.D. Sinteticheskaya model lichnosti v psikhoterapii [Synthetic personality model in psychotherapy]. *Psihiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psi-hologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2018. Vol. 9, № 2. Pp. 215–228. (In Russ.)
27. Shertok D.L. Gipnoz. Moskva. 1992. 224 p. (In Russ.)
28. Becchio J., Jousselin Ch. De la Nouvelle Hypnose a l'Hypnose Psychodi-namique. La Meridienne. Desclee de Brouwer. Paris. 1994. 315 p.
29. Erickson M. H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. N.Y.: Irvington, 1980. Vol. I. Pp. 1–4.
30. Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy. An Exploratory Casebook. Ir-vington Publishers. Inc. N.Y., 1979. 495 p.
31. Erickson M.H., Rossi E.L. Experiencing Hypnosis: Therapeutic Ap-proaches to Altered States. Irvington Publishers. Inc. N.Y. 1981. 374 p.
32. Lynn S., Kirsch I. Essentials of clinical hypnosis: an evidence-based ap-proach. Washington, DC: APA, 2006. 271 p.
33. 1er Congress International D'Hypnose Therapeutique De La Reunion. Hyp-nose americaine - hypnose russe. R. Erickson-Klein. D. Short. R. Tukaev. 2017. P. 4.
34. Schulz-Stübner S. Hypnosis in Critical Care. Book of abstract of the 1st in-ternational conference on hypnosis in medicine. Budapest. 2013. Pp. 12–13.

35. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model. *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow), N.Y.: Nova Science Publishers, 2011. Pp. 499–520.

36. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model. *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (eds. M.J. Selinski, K.M. Gow), New York: Nova Science Publishers, 2011. Pp. 451–466.

37. Tukaev R. Russian Researches on Hypnosis; on the reverse way from therapy to phenomenon. *XX World Congress of Hypnosis*. Abstracts Book, 2015. P. 274.

38. Tukaev R. Modern hypnosis and hypnotherapy in Russia. *XX World Congress of Hypnosis*. Abstracts Book, 2015. P. 275.

39. Yapko M.D. (1990) Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 2-nd ed. Bruner. Mazel. N.Y., 1990. P. 342.

Received 28.09.2020

For citing. Tukaev R.D. Evolyutsiya gipnoterapii: metodicheskiye aspekty. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 76. Pp. 7–29. **(In Russ.)**

Tukaev R.D. Evolution of hypnotherapy: methodical aspects. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 76. Pp. 7–29.