

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ПОЛНОТЫ ОСОЗНАНИЯ: СХОДСТВА, РАЗЛИЧИЯ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. ЧАСТЬ 2

Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Российская медицинская академия последипломного образования*

Психотерапия на основе полноты осознания.

Истоки, история развития, методики

Обращение к философии, эзотерике и практикам Востока – характерный, усиливающийся в течение XX века тренд развития западной культуры в целом, вовлекший психотерапию в частности. Идеология и практики буддизма, даосизма оказали ощутимое влияние на развитие современной когнитивно-поведенческой психотерапии. Фундаментальным основанием активно-развивающейся, так называемой, третьей волны когнитивно-поведенческой психотерапии, является понятие полноты осознания (mindfulness), заимствованное из традиционных буддистских медитативных практик випассана и дзадзен [34] и положенное в основание пополняющегося ряда психотерапевтических методик, включающих: 1) медитацию полноты осознания [22]; 2) когнитивную терапию, основанную на медитации полноты осознания [40]; 3) диалектическую поведенческую терапию [26]; 4) терапию принятия и приверженности [19].

Полнота осознания в современной психотерапии трактуется как: 1) безоценочное, дистанцированное текущее восприятие мыслей, ощущений, событий [1, 21]; 2) необходимое условие восстановления, улучшения психического здоровья при расширяющемся во времени спектре психических расстройств. Полнота осознания также характеризуется как [5]: 1) способность не вовлекаться в собственные эмоции, ощущения, мысли; 2) наблюдение, осознание, внимание по отношению к соб-

ственным мыслям, эмоциям, ощущениям; 3) внимание к деятельности, концентрация; 4) описание, название происходящего; 5) восприятие происходящего без оценки.

Публикационная активность по темам полноты осознания (согласно электронной базе данных PubMed), отслеживаемая в течение 30 лет, в последнем десятилетии подвержена экспоненциальному росту (табл. 1).

Випассана описана в канонах буддизма и определяется как «медитация прозрения», которая практикуется с целью духовного совершенствования, достижения состояния чистого и четкого созерцания, с восприятием каждого компонента в отдельности, с проникновением в суть вещей [15]. Получены данные о положительном эффекте випассаны в отношении употребления алкоголя у заключенных и о лучшей переносимости стрессов у студентов и преподавателей колледжа [10]. Обучение випассане обычно проводится в форме десятидневных курсов, во время которых участники должны посвящать медитации 8–10 часов в день, избегая любого общения (кроме вопросов к инструктору), сексуальной активности, чтения или письма. Подобные курсы следует повторять раз в год. Последующие занятия медитацией практикуются дважды в день, утром и вечером, по 10–20 минут для новичков с последующим увеличением времени медитации до часа [6, 34]. Современные психотерапевтические медитативные практики предполагают пожизненную медитацию с посто-

Таблица 1

Динамика публикаций по тематике полноты осознания за период 1982–2011 годы

Тематика публикаций	Годы				
	1982–1996	1997–2001	2002–2006	2007–2011	Всего
Полнота осознания в психологии и медицине	35	43	169	877	1187
Применение полноты осознания в методиках психотерапии	24	26	119	561	727

янным совершенствованием и поддержанием должного уровня полноты осознания.

Медитация полноты осознания (mindfulness meditation) была разработана Кабат-Зинном на основе лишенных непосредственного религиозного контекста, адаптированных буддистских практик в начале 80-х годов XX века для терапии хронического болевого синдрома и получила название «Методика снижения стресса с помощью медитации полноты осознания» (МССППО) [22]. В дальнейшем область применения методики существенно расширилась [11].

Теоретические основы и методика применения. Кабат-Зинн в качестве необходимых для обучения полноте осознания выделяет: 1) безоценочное восприятие, способность воспринимать события своей жизни словно бы глазами постороннего свидетеля происходящего; 2) терпение, позволяющее реагировать в подходящий момент; 3) чистоту восприятия, позволяющую воспринимать происходящее как в первый раз; 4) веру в собственную интуицию и компетентность, а также уверенность в себе; 5) «нестремление», отсутствие других целей, кроме собственно медитации; 6) принятие вещей такими, какие они есть в настоящий момент; 7) отсутствие ограничений в отношении собственных мыслей, наблюдение за их появлением и исчезновением [23].

МССППО включает формальную медитацию и медитацию повседневной жизни. Формальная медитация представлена техниками сканирования тела и концентрации на дыхании, а также хатха йогой. Медитация повседневной жизни подразумевает применение вышеописанных семи принципов медитации полноты осознания во время обычной для человека активности. Курс терапии МССППО длится восемь недель и включает восемь двухчасовых занятий с инструктором и ежедневную практику медитации, при этом медитации необходимо уделять как минимум 45 минут в день. Предполагается, что в дальнейшем пациент продолжит практиковать медитацию в какой-либо форме.

Медитация с концентрацией на дыхании заключается в наблюдении последовательно за всеми ощущениями, возникающими при вдохе и выдохе. В случае появления посторонних мыслей предлагается снова сконцентрировать внимание на текущем моменте вдоха или выдоха, таким образом полностью очищая свое сознание от посторонних мыслей. Медитация со сканированием тела построена на последовательной фиксации внимания на зонах тела в определенном порядке, в положении лежа. При отвлечении внимания, необходимо вернуться к предшествующему участку тела, и продолжить сканирование.

Помимо описанных медитативных техник МССППО включает изучение литературы о природе стресса, элементы тренинга уверенности в себе, обучение копинг-стратегиям.

МССППО применяется для снижения стресса у здоровых [36, 38], лечения больных, страдающих хроническим болевым синдромом при различных заболеваниях [35], для уменьшения уровня стресса и сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях [39], у больных тревожными расстройствами [44], социофобией [25], а также при ряде других состояний [9, 11, 14]. Показана эффективность МССППО при тревожных расстройствах (паническом расстройстве, социофобии и генерализованном тревожном расстройстве) [44].

Когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания (КТОМПО) разработана для предотвращения рецидивов депрессии при рекуррентном депрессивном расстройстве [41]. Как и методика Кабат-Зинна, КТОМПО предполагает использование сидячей медитации с концентрацией на дыхании, сканирования тела и медитации повседневной жизни. Отличие заключается в том, что акцент делается на отстраненном восприятии собственных мыслей, пациент обучается реагировать на появление негативных мыслей и избавляться от них с помощью концентрации на дыхании или сосредоточением на своем теле, а также выявлять эмоции или телесные ощущения, которые провоцируют появление негативных мыслей. Считается, что рецидив депрессии возникает из-за циркулирующих в сознании пациента депрессогенных моделей мышления, формирующих порочные круги, замыкающиеся на (1) телесном и (2) психическом уровнях. Предполагается, что при рецидиве депрессии пациент сможет распознать появление депрессивных мыслей, выявить пути формирования и избавиться от них с помощью освоенных методик, предотвратив развертывание депрессивного синдрома.

Курс медитации идентичен методике Кабат-Зинна, рассчитан на 8 недель и включает еженедельные двухчасовые занятия с инструктором и ежедневные самостоятельные занятия медитацией в течение 45 минут, а также применение медитации повседневной жизни в течение дня.

КТОМПО применяется для уменьшения числа рецидивов при рекуррентной депрессии [41], в качестве сопутствующей терапии при лечении панического и генерализованного тревожного расстройств [24]. Показана эффективность КТОМПО для предотвращения третьего и более рецидивов депрессии [41], что объясняется завершением формирования депрессогенных моделей мышления лишь после третьего эпизода депрессии.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) разработана М.Линехан в конце 80-х годов XX века и является еще одним методом, основанном на полноте осознания. ДПТ предназначена для предотвращения суицидального поведения пациентов с пограничным расстройством личности [26]. Ее отличает детальная проработка процесса терапии. Годичный курс ДПТ включает еженедельные сеансы

личной и групповой терапии, консультации по телефону и обязательные еженедельные встречи участвующих в программе психотерапевтов для обсуждения процесса лечения. Основной целью терапии является изменения суицидоопасных, патологических моделей поведения, эмоционального реагирования и мышления на основе их изучения [31]. Терапевтические задачи подразделены на группы проблемно-ориентированных (поведение, требующее коррекции) и дополняющих навыков (поведение, требующее изучения). В качестве поведения, требующего коррекции, рассматриваются критерии (DSM-IV) для пограничного расстройства личности: нарушения интерперсонального взаимодействия, эмоциональной сферы, восприятия собственной личности, поведения и когнитивной сферы. К необходимым для освоения навыкам автор относит навыки межличностного общения, регулирования эмоционального состояния, преодоления стресса и навыки полноты осознания, способствующие росту личностной интегрированности и выделенные как основополагающие для всего процесса психотерапии. В ДПТ, в отличие от других методик, предполагается сохранение освоенных навыков полноты осознания в течение жизни, что исключает постоянное подкрепление с помощью медитации.

Навыки полноты осознания делятся автором на «Что»-навыки и «Как»-навыки. «Что»-навыки включают: 1) наблюдение внешнего и внутреннего опыта; 2) описание (словесное) своих эмоций и происходящих событий; 3) участие – вовлеченность без разделения деятельности на объект и субъект. «Как»-навыки описывают способы осуществления «Что»-навыков: 1) безоценочно, вне переключения с негативной оценки на позитивную; 2) с сосредоточением на текущей активности; 3) эффективно, с концентрацией на результате и его прагматичной оценке, вне оценки эмоциональной. Утверждается, что овладение вышеприведенными навыками устраняет нарушение восприятия собственной личности, предопределяющее симптоматику пограничного расстройства личности.

ДПТ применяется для лечения больных с пограничным расстройством личности, сопровождающимся суицидальным поведением, а также злоупотреблением психоактивными веществами [28–30]. Описано применение ДПТ для лечения депрессий, в том числе возникших у людей, страдающих пограничным расстройством личности [32, 33], и для больных расстройствами пищевого поведения [37, 42]. Пациенты, получавшие ДПТ [27], год терапии и год последующего наблюдения в два раза реже совершали суицидальные попытки, реже стационарировались в связи с суицидальными мыслями, тяжесть суицидальных попыток и самоповреждений у них была меньше, чем в группе сравнения. Пациенты, получавшие ДПТ, реже отказывались от лечения и реже обращались за стационарной и экстренной ме-

дицинской помощью в связи с психическим состоянием.

Терапия принятия и приверженности (ТПП) разработана Стивеном Хайесом [18, 40]. Ее философской основой являются теории функционального контекстуализма и решетки взаимодействий [16], из которых следует, что избегание не является адаптивным механизмом, так как избегаемый стимул способен распространяться на значительную часть жизнедеятельности. Автор считает, что полнота осознания способствует как правильному восприятию контекста, так и разобшению сформировавшихся патологических решеток взаимодействий, а также принятию – как противоположности избегания. Декларируется необходимость поиска причины нарушения, связанного с конечным симптомом сложными и неочевидными лингвистическими связями.

Терапевтическими целями в данной методике являются: 1) принятие; 2) когнитивное разделение (т.е. разделение мыслей и их негативной эмоциональной составляющей); 3) присутствие здесь и сейчас без оценки, но отмечая происходящее; 4) вынесение «Я» за скобки происходящего; 5) ориентация на собственные ценности, вместо принятия социально навязанных; 6) изменения поведения для реализации собственных ценностей. Для реализации этих целей авторы описывают множество упражнений, включающих медитацию полноты осознания, использование метафор, упражнения на визуализацию, дистанцирование, тренировку нового поведения и т.д. ТПП является активно развивающейся методикой и на данный момент не имеет конкретного протокола [17], а продолжительность лечения определяется скоростью развития эффекта. Например Е.А. Forman и соавт. в своем исследовании ТПП для лечения симптомов тревоги и депрессии при различных расстройствах по сравнению с когнитивной терапией [12] пишут, что в среднем пациентам потребовалось 16 сессий, а эффект ТПП оказался сравним с эффектом когнитивной терапии.

Эффективность ТПП исследовалась при лечении симптомов депрессии и тревожных расстройств [12], сопутствующей терапии психозов [4], сахарного диабета [13] и при других расстройствах. По данным Р. Vach и соавт. [4] применение ТПП для сопутствующей терапии психозов увеличивало время до следующей госпитализации, повышало приверженность к назначенной психофармакотерапии.

Сопоставление универсальной гипнотерапии и методов психотерапии на основе полноты осознания

Сравнение основных характеристик универсальной гипнотерапии (УГТ) и методик психотерапии, основанных на развитии полноты осознания (табл. 2) выявляет существенное сходство между ними, заключающееся в: 1) формировании дистанцирования, метапозиционирования, позитивно-

сти восприятия; 2) стимуляции личностной интегрированности и самоидентичности. Для методик, использующих гипноз и медитацию (УГТ, МПО, КТОПО, ТПП) характерны (1) работа с телесным контролем и (2) контролем дыхания. Пересекаются и области клинического применения, включающие невротические, тревожные расстройства.

Методики психотерапии, основанные на развитии полноты осознания, и УГТ, различаются по параметру «безоценочности» восприятия и длительности терапии.

Фактор безоценочности восприятия нуждается в прояснении. Истинная безоценочность восприятия предполагает спонтанность поведения, характерную, например, для лобного синдрома. Применение же психотерапии полноты осознания позволяет личности жить самостоятельно. Декларируемая безоценочность восприятия предполагает форму оценки, но отличающуюся от обыденной.

По длительности терапии УГТ является самой краткосрочной из сопоставляемых, что, вероятно, определяется тремя причинами. Во-первых, используемая методика основана на эффективном обучении вхождению в гипнотическое состояние (со 2–3 гипнотической сессии пациент способен сделать это самостоятельно). Во-вторых, УГТ построена на базовом представлении о временной

стабильности эффективно усвоенных (мотивированными пациентами с невротическим и личностным регистром расстройств) навыков дистантного восприятия, принимаемых как фундаментальная основа нормального процесса человеческого переживания. Напротив, в медитативных методиках терапии состояние-черта «полноты осознания» воспринимается как итог постоянно поддерживаемых усилий, с прекращением которых она депотенцируется. По сути, в МПО, КТОПО категория полноты осознания сохраняет, пусть и формально, исходно сакрализированный, «випассанический» смысл. В определенном смысле, данные методики построены на прагматизации опыта буддистских практик, которые ранее сакрализировали механизм нормального переживания. Мы полагаем, что потребность в пожизненной медитативной практике випассаны задается универсальными условиями культового служения, а не задачами стабилизации полноты осознания как психологического феномена. В-третьих, большая длительность ДПТ и ТПП связана с клиническими характеристиками пациентов с расстройствами личности, психозами, при которых, исходя из нашей модели механизмов психотерапии, актуальны механизмы формирования СПАЛ при ее дефицитарности [2, 3, 43].

Таблица 2

Сопоставление универсальной гипнотерапии и методик психотерапии, основанных на развитии полноты осознания

Характеристики методик	Методики психотерапии				
	УГТ	МПО	КТОПО	ДПТ	ТПП
Развитие дистанцирования, метапозиционирования, позитивности восприятия	+	+	+	+	+
Декларация безоценочности восприятия	-	+	+	+	+
Стимуляция личностной целостности и самоидентичности	+	+	+	+	+
Необходимость постоянных занятий для поддержания эффекта терапии	-	+	+	-	-
Использование медитации, гипноза	+	+	+	-	+
Работа с телесным контролем	+	+	+	+	-
Работа с контролем дыхания	+	+	+	-	-
Использование воздействия цвета	+	-	-	-	-
Область применения	Тревожные, аффективные, соматические расстройства, психотерапия здоровых	Тревожные, аффективные, соматические расстройства, психотерапия здоровых	Тревожные, аффективные расстройства	Пограничное расстройство личности с суицидальным поведением, аффективные расстройства	Психозы, депрессивные и тревожные расстройства, сахарный диабет
Длительность основного курса психотерапии	10–15 часов	16 часов занятий с инструктором и 42 часа медитации	16 часов занятий с инструктором и 42 часа медитации	Групповые и индивидуальные занятия в течение года	16 сессий для лечения симптомов тревоги и депрессии

Заклучение

Методика универсальной гипнотерапии, прошедшая свой путь развития и клинической апробации, представляет современный, научно сформированный российский аналог западных медитативных методик, основанных на феномене «полноты осознания». Трансформируемость в методики аутогип-

ноза, медитации, использование индивидуального и группового форматов психотерапии, краткосрочность, достаточная результативность – актуальный перечень ее достоинств.

Открытым остается вопрос ее более широкого применения в российской психотерапии, включая когнитивно-поведенческую.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабат-Зинн Д. Куда бы ты ни шел – ты уже там. М., 2001.
2. Тукаев Р.Д. Психотерапия; структуры и механизмы. М., 2003. 270 с.
3. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
4. Bach P., Hayes S.C. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002. Vol. 70, N 5. P. 1129–1139.
5. Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J. et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness // *Assessment.* 2006. Vol. 13, N 1. P. 27–45.
6. Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M., Marlatt G.A. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use // *Addict. Behav.* 2007. Vol. 32, N 10. P. 2324–2328.
7. Brown K.W., Ryan R.M. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience // *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2004. Vol. 11, N 3. P. 242–248.
8. Chiesa A., Malinowski P. Mindfulness-based approaches: are they all the same? // *J. Clin. Psychol.* 2011. Vol. 67, N 4. P. 404–424.
9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis // *J. Altern. Complement. Med.* 2009. Vol. 15, N 5. P. 593–600.
10. Chiesa A. Vipassana meditation: systematic review of current evidence // *J. Altern. Complement. Med.* 2010. Vol. 16, N 1. P. 37–46.
11. Fjorback L.O., Arendt M., Ornbol E. et al. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials // *Acta Psychiatr. Scand.* 2011. Vol. 124, N 2. P. 102–119.
12. Forman E.M., Herbert J.D., Moitra E. et al. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression // *Behav. Modif.* 2007. Vol. 31, N 6. P. 772–799.
13. Gregg J.A., Callaghan G.M., Hayes S.C. et al. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007. Vol. 75, N 2. P. 336–343. PubMed PMID: 17469891.
14. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis // *J. Psychosom. Res.* 2004. Vol. 57, N 1. P. 35–43.
15. Gunaratana H. Mindfulness in plain English. Boston: Wisdom Publications, 1993.
16. Hayes S.C., Hayes L.J., Reese H.W. Finding the philosophical core: A review of C. Stephen Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence // *J. Exp. Anal. Behav.* 1988. Vol. 50, N 1. P. 97–111.
17. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W. et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44, N 1. P. 1–25.
18. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 1999.
19. Hayes S.C., Wilson K.G. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance // *Behav. Anal.* 1994. Vol. 17, N 2. P. 289–303.
20. Huynh T.V., Gotay C., Layi G., Garrard S. Mindfulness meditation and its medical and non-medical applications // *Hawaii Med. J.* 2007. Vol. 66, N 12. P. 328–330.
21. Jay Lynn S., Surya Das L., Hallquist M.N., Williams J.C. Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2006. Vol. 54, N 2. P. 143–166.
22. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 1982. Vol. 4, N 1. P. 33–47.
23. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell Publishing, 1990.
24. Kim Y.W., Lee S.H., Choi T.K. et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder // *Depression Anxiety.* 2009. Vol. 26. P. 601–606.
25. Koszycki D., Bengner M., Shlik J., Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder // *Behav. Res. Ther.* 2007. Vol. 45, N 10. P. 2518–2526.
26. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48, N 12. P. 1060–1064.
27. Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006. Vol. 63, N 7. P. 757–766. Erratum in: *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007. Vol. 64, N 12. P. 1401.
28. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 1060–1064.
29. Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K. et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder // *Drug Alcohol. Dependence.* 2002. Vol. 67. P. 13–26.
30. Linehan M.M., Schmidt H., Dimeff L.A. et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence // *Am. J. Addictions.* 1999. Vol. 8. P. 279–292.
31. Linehan M.M. Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press, 1993.
32. Lynch T.R., Cheavens J.S., Cukrowicz K.C. et al. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach // *Int. J. Geriatric Psychiatry.* 2007. Vol. 22. P. 131–143.
33. Lynch T.R., Morse J.Q., Mendelson T., Robins C.J. Dialectical behavior therapy for depressed older adults // *Am. J. Geriatric Psychiatry.* 2003. Vol. 11. P. 33–45.
34. Ospina M.B., Bond K., Karkhaneh M. et al. Meditation practices for health: state of the research // *Evid. Rep. Technol. Assess.* 2007. Vol. 155. P. 1–263.
35. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K. et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice // *J. Psychosom. Res.* 2010. Vol. 68, N 1. P. 29–36.
36. Rosenzweig S., Reibel D.K., Greeson J.M. et al. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students // *Teach. Learn. Med.* 2003. Vol. 15. P. 88–92.
37. Safer D.L., Telch C.F., Agras W.S. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158, N 4. P. 632–634.
38. Shapiro S., Astin J., Bishop S.R. et al. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trials // *Int. J. Stress Man.* 2005. Vol. 12. P. 164–176.
39. Specia M., Carlson L.E., Goodey E., Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients // *Psychosom. Med.* 2000. Vol. 62. P. 613–622.
40. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J.M. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? // *Behav. Res. Ther.* 1995. Vol. 33, N 1. P. 25–39.
41. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68, N 4. P. 615–623.
42. Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001. Vol. 69. P. 1061–1065.
43. Tucaev 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 / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.). New York: Nova Science Publishers, Inc., 2001. P. 499–520.
44. Vollstedt J., Sivertsen B., Nielsen G.H. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial // *Behav. Res. Ther.* 2011. Vol. 49, N 4. P. 281–288.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ПОЛНОТЫ ОСОЗНАНИЯ: СХОДСТВА, РАЗЛИЧИЯ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. ЧАСТЬ 2

Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов

В статье сопоставлены современная отечественная методика универсальной гипнотерапии и актуальные западные методики психотерапии, построенные на использовании психологической категории «полноты осознания» включая: медитацию полноты осознания, когнитивную терапию, основанную на медитации полноты осознания, диалектическую терапию, терапию принятия и приверженности. Показаны принципиальное сходство сопоставляемых методик и их мето-

дические, клинико-терапевтические различия. Обоснована результативность и перспективность универсальной гипнотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, универсальная гипнотерапия, медитация полноты осознания, когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания, диалектическая терапия, терапия принятия и приверженности, эффективность психотерапии.

UNIVERSAL HYPNOTHERAPY AND MINDFULNESS THERAPY: SIMILARITIES, DIFFERENCES AND THERAPEUTIC PERSPECTIVES. PART 2

R. D. Tukaev, V. E. Kuznetsov

This article offers a comparison of a number of therapies, including a modern Russian technique called 'universal hypnotherapy' and currently widely used in the West techniques based on the concept of mindfulness, such as mindfulness meditation, mindfulness-based cognitive therapy, dialectic therapy and acceptance and commitment therapy. The authors show obvious similarities between these techniques as well as their

methodical and clinical-therapeutic differences. They provide the evidence for universal hypnotherapy effectiveness and consider it as a perspective treatment.

Key words: psychotherapy, universal hypnotherapy, mindfulness meditation, mindfulness-based cognitive therapy, dialectic therapy, acceptance and commitment therapy, effectiveness.

Тукаев Рашид Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@mtu-net.ru

Кузнецов Владислав Евгеньевич – аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: kuznetsov.v.e.@gmail.com