

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ПОЛНОТЫ ОСОЗНАНИЯ (MINDFULNESS): СХОДСТВА, РАЗЛИЧИЯ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. ЧАСТЬ 1

Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов

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

Универсальная гипнотерапия (УГТ), разработанная Р.Д.Тукаевым около 30 лет тому назад как частная методика психотерапии [3], в дальнейшем показала свою эффективность при терапии невротических расстройств [9, 12, 13], невротоподобных расстройств органического, в том числе, нейротоксического генеза [8, 10], использовалась в психотерапии алиментарного ожирения [5], у онкобольных [1]. В процессе своего применения и развития УГТ проявила себя как общеметодическая основа для иных частных методик психотерапии, трансформировавшись в методику-метод. УГТ базируется на: активации психологического процесса нормально переживания посредством дистанцирования, повышении самоидентичности, улучшении текущего самочувствия; на основе восстановления и/или научения; активации эустрессового реадaptивного саногенеза. Методикой заинтересовались представители позитивного подхода в клинической психологии [28, 29].

С 80-х годов прошлого века в рамках когнитивно-поведенческого подхода на Западе активно развиваются психотерапевтические методики, использующие феномен и медитативные приемы полноты осознания (mindfulness), включая: медитацию полноты осознания [18], когнитивную терапию, основанную на медитации полноты осознания [26], диалектическую поведенческую терапию [21], терапию принятия и приверженности [17]. Область применения данных методик расширяется от исходного контроля стресса [24, 25] к терапии аффективных [15, 22, 23, 27], тревожных расстройств [19, 20, 30]. Идеолого-философской основой вышеперечисленных методик психотерапии служит взятая из буддизма категория полноты осознания (mindfulness), понимаемая как безоценочное, дистанцированное восприятие как в рамках, так и вне рамок религиозного контекста. В них полнота осознания трактуется как культивируемая психотерапией, артифицированная личностная черта (совокупность черт) или состояние, доступные психометрической оценке, развитие и поддержание которых определяет результативность, а потому включается в оценку эффективности терапии.

Несмотря на исходные идеологические и методологические различия, имеется содержательная близость УГТ и методик терапии полноты осознания (как минимум, медитативных) как в областях терапевтического применения, так и по ряду используемых психологических механизмов. Полагаем, что сравнительный анализ двух методических подходов к терапии обладает эвристической значимостью, позволит прояснить их общие клинико-психотерапевтические механизмы, и, возможно, откроет путь к более широкому применению УГТ, ее принципов и подходов в пограничной психиатрии и психопрофилактике.

## **Методика универсальной гипнотерапии; теоретические основы**

Теоретическое обоснование методики УГТ включает: интегративную теорию гипноза, модель системы психологической адаптации личности, модели нормального переживания и триггеров психического стресса, трехкомпонентную теорию психотерапии и понятие стыковочного сценария психотерапии.

Интегративная теория гипноза и гипнотерапии [7, 10] описывает гипноз как основанный на: реализации гипногенной ситуации; активации мозга; регрессивной перестройке в работе полушарий мозга; включении гипногенного эустресса, обусловленного переходом в состояние гипноза, в формате гипнотерапии реализующего гипногенный реадaptационный процесс.

Гипногенная ситуация определяет развитие гипнотического состояния и характеризуется невозможностью принятия решения и/или его реализации в двигательной форме. Активационные возможности мозга по мере углубления гипноза возрастают, максимальны в III стадии гипноза, где достигают уровня активации бодрствования. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии правой происходит регрессивный переход на правополушарный режим функционирования, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу, с доминированием образного мышления. Развитие гипнотического состояния ведет к функциональному регрессу психики гипно-

тика, с повышением гибкости, способности к прямому, избирательному усвоению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что понимается как гипнотическая внушаемость.

Переход в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс. Курс гипнотерапии есть процесс адаптации к коротким гипнотическим стрессовым воздействиям. Гипногенный стресс характеризуется умеренно высокой интенсивностью, его адаптационный, реадaptационный и перекрестно-резистентный компоненты трансформируются в реадaptационный процесс. Гипнотерапия характеризуется явлением спонтанной ноцицепции со стрессогенной активизацией нейрофизиологических механизмов саморегуляции. При острых патологических процессах гипнотерапия стимулирует саморегуляцию, санацию и анальгезию патологического очага, а при хронических – первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы санации и анальгезии патологического очага. Гипнотерапия обладает саногенно-эустрессовым действием, включающим нейрогормональный и вегетотропный корректирующие компоненты, а регрессивное «омоложение» функционирования мозга в гипнозе повышает обучаемость индивидуума.

Модель системы психологической адаптации личности – СПАЛ [8, 10, 28, 29] разработана как онтогенетически сформированная, гомеостатическая, иерархическая структура, включающая адаптационные механизмы от наиболее раннепримитивных до сложных, личностных. СПАЛ отличается: 1) радиальной структурой слоев-уровней адаптационных механизмов, последовательно образующих вокруг «Я» личности «сферу»; 2) связями в пределах своего слоя-уровня; 3) доминированием в функционировании структуры «внешнего», высшего слоя-уровня адаптационных механизмов, трансформирующего радиальные и сферические связи нижележащих уровней. Выделены три варианта динамики СПАЛ: 1) регрессивный, с инактивацией высшего, «внешнего» слоя-уровня адаптационных механизмов и активацией нижележащего, онтогенетически предшествующего слоя, берущего на себя функцию внешнего, с патологической перестройкой системы радиальных и сферических связей; 2) реактивационный, с восстановлением функций исходного, «внешнего» слоя-уровня и СПАЛ «нормы» в целом; 3) формирующий, с компенсацией дефектности СПАЛ за счет развития нового, внешнего слоя-уровня. Психотерапия необходима при [8, 10, 28]: 1) обратимом психогенном блокировании СПАЛ, с регрессивной актуализацией ранних адаптационных механизмов, становящихся патологическими (невротические расстройства); 2) изначальной (расстройства личности) либо приобретенной (органические расстройства) дефицитарности СПАЛ. Механизмы реакти-

зации и формирования СПАЛ являются мишенями психотерапии [29].

Модель нормального переживания описывает нормальное переживание как субъективное отделение, дистанцирование от произошедших событий без когнитивных искажений их сути [2]; патологическое переживание невротического регистра сопряжено с когнитивной деформацией событийного ряда (при патологических защитах) [16].

*Модель триггерных механизмов психического стресса.* Культуральные нормы, совокупно с личным опытом, формируют шкалу жизненной нормы индивидуума, тогда как развитие травматического психического стресса обусловлено оценкой актуальных событий как выходящих за пределы личностной шкалы жизненной нормы [11, 14]. Целью психотерапии становится включение травматических переживаний в шкалу жизненной нормы.

Понятие стыковочного сценария психотерапии разработано в трехкомпонентной теории психотерапии, где содержание социально-психологического, культурального компонента психотерапии описано в рамках модели болезни и терапии (МБТ) массового сознания [8, 10]. МБТ представляет собой исторически сформированную совокупность мнений, суждений, представлений, верований о болезнях и их лечении. МБТ индивидуума культурально обусловлена, включает личный болезненный и терапевтический опыт, решающим образом влияя на оценку результативности медицинской помощи. Стыковочный сценарий психотерапии [8, 10] построен на смысловом согласовании целей, задач, методологии проводимой психотерапии с исходной МБТ пациента.

В УГТ используются: стыковочный сценарий гипнотизации и стыковочный сценарий гипнотерапии. Стыковочный сценарий гипнотизации направлен на: повышение эффективности гипнотизации на основе комплексного использования вербальных и невербальных средств коммуникации; преобразование культурального представления о запредельности гипноза в представление о его рядоположенности сну и бодрствованию и разотождествлению гипноза со сном; внедрение основанной на методике модели гипнотизации. Стыковочный сценарий гипнотерапии направлен на: реализацию клинически адекватного психообразовательного компонента; активацию пациента на достижение терапевтического результата в ограниченных временных рамках.

*Гипнотизация в УГТ.* Техника гипнотизации, применяемая в УГТ неоднократно описана [6], патентовалась, в интересах краткости изложения – опущена. Она позволяет: 1) успешно входить в гипнотическое состояние более 95% пациентам, мотивированным на психотерапию; 2) переходить от гетерогипноза к самогипнозу; 3) переходить от формата гипнотерапии к медитации, аутогенному погружению.

## Базовые принципы универсальной гипнотерапии

В основу УГТ положены следующие базовые принципы: 1) повышение личностной интегрированности и самоидентичности на основе стимуляции позитивных личностных состояний и ценностей и личностной целостности и активности пациента к выздоровлению и устойчивой адаптации; 2) использование проективных преобразований психогенного, сомато-сенсорного контекста индивидуума; 3) седативно-дистанцирующее воздействие репродуцируемого цвета; 4) стимуляция дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств, переживаний на основе моделирования и проработки индивидуумом корректирующего, позитивного поведения; 5) дублирование действия используемых приемов; 6) итоговое создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

Повышение личностной интегрированности и самоидентичности на основе стимуляции развития позитивной терапевтической мотивации (ПТМ) на улучшение состояния, выздоровление пациента принята в УГТ как первичный целевой конструкт. Работа с ПТМ пациента начинается на диагностической сессии, становится основой при заключении психотерапевтического контракта, поддерживается в ходе психотерапии и констатируется при ее завершении. ПТМ предполагает наличие позитивной личностной активности пациента, ее стимуляция является следующим целевым принципом и обязательным условием каждой сессии УГТ, включая гипнотизацию, терапевтическую работу в состоянии транса, дегипнотизацию. Выявление и когнитивная оценка межсессионной и итоговой позитивной динамики состояния пациента служат стимулированию ПТМ, так как в процессе результативной терапии пациент отстает в своем осознании от реальной терапевтической динамики. Возрастные личностной активности пациента в процессе результативной психотерапии констатируется, доводится до осознания пациента и используется при завершении терапии как обоснование для активности пациента в позитивной средовой адаптации после завершения терапии.

Прием соматического проективного катарсиса основан на проективном гипнотерапевтическом преобразовании накопленного негативно-опыта пациента (стрессогенно-психогенного, соматического-болезненного) в проприоцептивно-аффективный, соматосенсорный комплекс ощущений в груди (в форме ощущений тяжести, психалгии), с последующим этапным активным «выдыханием» проявившихся ощущений пациентом, связываемым во внушении с его личностным раскрепощением, освобождением, успокоением.

Понимание мышления гипнотика как функционально-регрессивного, образного, позволяет поновому рассмотреть восприятие речи в гипнозе. В иерархии восприятия слов и фраз у взрослого человека доминируют (1) смыслы, затем – (2) ощущения, состояния, переживания. В гипнотическом состоянии речевое восприятие изменяется с приоритетом ощущений, состояний, переживаний и лишь затем – смыслов. Обращенная к гипнотику речь становится первичной речью прямого действия. Человек в состоянии гипноза осознает себя находящимся в гипнозе, поэтому прямая констатация позитивных экзистенциальных ощущений уверенности, спокойствия, свободы, самодостаточности во внушении связывается первоначально с наличием гипнотического состояния.

Наши исследования показали [3, 7, 9], что цветные внушения реализуются в среднем и глубоком гипнозе, оказывают направленное психовегетативное и эмоциональное воздействие на человека, с усилением (в отличие от бодрствования) действия активирующих цветов и ослаблением действия седативных. Репродукция внушенного цвета в гипнозе сопровождается феноменами нейрофизиологической и психологической природы. Ахроматическая трансформация репродуцируемого цвета заключается в появлении на внушение хроматического цвета ахроматических цветов. Структурность репродуцируемого цвета представлена появлением мелких неокрашенных структур. Феномены ахроматической трансформации и структурности репродуцированного в гипнозе цвета порождены низким уровнем активации мозга. При улучшении состояния данные феномены ослабевают, могут полностью замениться репродукцией внушаемого цвета. Феномен хроматической трансформации внушенного в гипнозе цвета характеризуется появлением в репродукции иного цвета, что обусловлено личностными особенностями индивидуума. Феноменология репродуцированного цвета характеризует глубину гипноза: в среднем гипнозе репродуцируемый цвет плоский и волнообразно затухает, в глубоком гипнозе он становится объемным и постоянным во времени. Нами показано, что для целей терапии наиболее подходит репродукция синего цвета. В УГТ для создания цветового релаксационного фона вербальному внушению используется периодическое, с интервалом в 1–2 минуты внушение синего цвета.

Для «нормализации» процесса переживания разработан прием двухступенчатого дистанцирования текущих и прошлых событий; первая ступень служит пространственному дистанцированию текущих, личностно стрессогенных событий, вторая ступень предназначена для временного дистанцирования, завершения остающегося актуальным прошлого стрессогенного, негативного, травматического опыта, с его «нормализацией».

Улучшение качества сна является одной из задач УГТ, в которой внушение использует феноменологическую модель хорошего сна (вечером – засыпание, утром – пробуждение, без воспоминаний о самом сне).

В УГТ учитывается биологически-эустрессовое действие гипноза и феномен спонтанной гипнотической ноцицепции, поэтому появление в теле пациента болезненных ощущений, воспринимается не только как проявление проективных психологических переживаний, но и различных соматических, неврологических расстройств. Для телесно-ориентированной работы в УГТ используется недирективное внушение ощущений тепла (преимущественно) и прохлады (в некоторых зонах тела). Внушение обуславливает «выравнивание» ощущений тепла и прохлады в теле, «растворение и замещение ими иных ощущений».

Перед завершением сессии УГТ проводится внушение позитивного самочувствия. Со второй сессии, перед ее завершением проводятся внушения, акцентирующие: позитивную динамику состояния пациента в процессе психотерапии, повышение мотивации на выздоровление, обретение большей личностной силы.

### **Структура сессии универсальной гипнотерапии**

Каждая сессия УГТ длится один час и состоит из: 1) подготовки к сеансу УГТ, включая опрос, обсуждение текущего состояния, динамики состояния с акцентом на редукцию болезненных симптомов, проблем; 2) сессии УГТ, включая гипнотизацию, гипнотерапию, дегипнотизацию; 3) распроса с оценкой прошедшей сессии. Длительность собственно гипнотерапии – 30 минут, она состоит из четырех частей.

Первая часть сессии УГТ представлена приемом соматического проективного катарсиса. Вторая часть сессии состоит из компонентов: 1) внушения синего цвета, в дальнейшем периодически, с интервалом в 1–2 минуты, повторяющегося на протяжении сессии; 2) стимуляции личностной интеграции и позитивных состояний и ценностей; 3) двухшаговой стимуляции дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств – построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений; 4) стимуляции нормализации сна. Третья часть сессии представлена телесно-ориентированной проективной работой, на которую продолжает накладываться периодическое внушение синего цвета. Четвертая часть сессии УГТ соответствует первой ее части, за исключением приема соматического катарсиса. В конце к ней добавлены компоненты, моделирующие позитивное состояние после сессии, позитивную динамику и усиление мотивации на выздоровление. Первая и третья части сессии УГТ предназначены для телесно-ориентированной про-

ективной проработки проблем и расстройств пациента, с проработкой разных аспектов телесности, (1) аффективного и (2) более универсального. Общими векторами проективной работы является освобождение, гармонизация, релаксация. Вторая и четвертая части актуализируют: ощущения-состояния уверенности, спокойствия, свободы; моделирование дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств с построением моделей позитивного поведенческого их преодоления; моделирование нормализации сна.

В УГТ целенаправленно используются принципы: 1) дублирования каналов сенсорного воздействия (вербального, зрительного, проприоцептивного); 2) активного позитивного копингового моделирования пациентом проблемных ситуаций; 3) наложения, повторения семантически значимых компонентов текста; его построение в архаическом песенном стиле «куплет-припев», где внушение ощущения синего цвета выполняет функцию припева; 4) интонирование текста внушения как первичной речи. В УГТ создается системная целеполагающая конструкция взаимодействующих семантических элементов; независимо от эффективности отдельного элемента, вся конструкция оказывается результативной. Реализация УГТ создает систему многоуровневого воздействия, побуждающую пациента активно усваивать ее базовые позитивные идеи, состояния, переживания, когнитивно-поведенческие модели, реализуемые в дальнейшем в актуальной жизни, с купированием болезненных расстройств, решением проблем. УГТ создает позитивное терапевтическое семантическое пространство и терапевтический векторный процесс. Векторный психотерапевтический процесс реализуется коммуникацией терапевта и пациента, нацеленной на максимально возможное и стабильное клиническое улучшение.

### **Применение и результативность универсальной гипнотерапии**

Использование постоянной внутренней активности пациента в УГТ способствует ее широкой адаптивности и трансформируемости [1, 4, 9–13]: 1) в форматах индивидуальной и групповой гипнотерапии; 2) в форматах гетерогипноза и последующего самогипноза; 3) как основы для частных методик психотерапии (тревожных расстройств, алиментарного ожирения и т.д.); 4) в разряд методик аутогенной тренировки, медитации.

Методика-метод УГТ относится к краткосрочным, включает в варианте гетерогипноза от 6–8–10 до 15–20 одночасовых сессий с периодичностью от ежедневных до 3–2 разовых в неделю, с урежением до 1 раза в неделю, в 2 недели – во второй половине курса гипнотерапии. Комбинация гетерогипноза с самогипнозом позволяет подключать самогипноз (ежедневный) после 2–3–4 сессии гетерогипноза, с

урежением сессий гетерогипноза и сокращением их общего числа на треть.

В наших исследованиях в разные годы была показана высокая эффективность УГТ (в формате монопсихотерапии) при: 1) невротических и неврозоподобных органических расстройствах [8, 10]; 2) тревожных расстройствах с приступами паники [12, 13]. В 90-е годы 20 века нами была запатентована

методика психотерапии алиментарного ожирения, базирующаяся на медитативно модифицированной методике УГТ [5]. В последние годы в контролируемом исследовании было проведено сравнение эффективности УГТ и когнитивно-поведенческой психотерапии у онкобольных для повышения качества жизни, показавшее равную эффективность использовавшихся методов психотерапии [1].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // Проблемы управления здравоохранением. 2010. № 52. С. 44–52.
2. Березин Ф.В. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 27 с.
3. Тукаев Р.Д. Внушение цветовых ощущений в гипнозусуггестивной терапии (в системе комплексной эмоционально-стрессовой психотерапии неврозов): Дисс. канд. мед. наук. М., 1987.
4. Тукаев Р.Д. Психотерапия реакций психического стресса // Здравоохранение Башкортостана. 1992. Т. 1, № 1. С. 6–10.
5. Тукаев Р.Д. Патент РФ N 2008028 на изобретение: "Способ Р.Д.Тукаева лечения алиментарного ожирения от 23.02.94 г.
6. Тукаев Р.Д. Патент РФ N 2008029 на изобретение: "Способ введения в состояние гипноза, аутогенного погружения, медитации, транса" от 28.02.94 г.
7. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). Уфа, 1996. 270 с.
8. Тукаев Р.Д. Психотерапия; структуры и механизмы. М., 2003. 270 с.
9. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
10. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
11. Тукаев Р.Д. Феноменология и клиника острого стрессового расстройства у спасателей-медиков. Ретроспективный анализ // Психотерапия. 2006, Т. 41, № 5. С. 24–36.
12. Тукаев Р.Д., Зуева О.П., Кузнецов А.Н. и соавт. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 4. С. 87–93.
13. Тукаев Р.Д., Зуева О.П., Кузнецов А.Н. и соавт. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения. Сообщение 2. // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 2. С. 60–65.
14. Тукаев Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 2.
15. 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.
16. Freud A. The ego and the mechanism of defense. L.: Hogan press, 1948. 196 p.
17. 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.
18. 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.
19. 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 and Anxiety. 2009. Vol. 26. P. 601–606.
20. Koszycki D., Bengler 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.
21. 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.
22. 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. Geriatr. Psychiatr. 2007. Vol. 22. P. 131–143.
23. Lynch T.R., Morse J.Q., Mendelson T., Robins C.J. Dialectical behavior therapy for depressed older adults // Am. J. Geriatr. Psychiatr. 2003. Vol. 11. P. 33–45.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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 / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.) New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. P. 499–520.
29. 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 / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.) New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. P. 451–466.
30. Vollestad 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 (MINDFULNESS): СХОДСТВА, РАЗЛИЧИЯ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. ЧАСТЬ 1

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-BASED THERAPY: SIMILARITIES, DIFFERENCES AND THERAPEUTIC PERSPECTIVES. PART 1

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» Минздрава России, 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» Минздрава России; e-mail: kuznetsov.v.e.@gmail.com

**Подписывайтесь на наш журнал  
в местных почтовых отделениях связи**

Индекс журнала 73358

Адрес редакции:

*107076, МОСКВА, ПОТЕШНАЯ УЛ. 3,  
МОСКОВСКИЙ НИИ ПСИХИАТРИИ МЗ РФ*

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА  
**«СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»**

Тел. 963-76-63