

госпитализаций на донозологическом этапе развития психосоматической симптоматики.

## **Ступенчатый диссоциативный рескриптинг и реассоциирование ранних воспоминаний**

**Снигур В.С.**

Международное общество гипноза (ISH)

Москва

### **Введение**

*Работа с ранними травматическими воспоминаниями используется в разных направлениях психотерапии в лечении широкого спектра расстройств. В литературе неоднократно было показано, что анамнез ранних психологических травм связан с развитием пограничной организации личности (Herman et al., 1989), соматизированных расстройств (Saxe et al., 1994), диссоциативных расстройств (Saxe et al., 1993) и других состояний. Эффективность методов, направленных на модификацию воспоминаний в воображении, была продемонстрирована разными авторами (например, Layden et al., 1993; Giesen-Bloo et al., 2006; Smucker, Neiderdee, 1995; Wild et al., 2007, 2011;). В современной когнитивно-поведенческой терапии техники рескриптинга в воображении применяются для работы с ранними дезадаптивными эмоциональными схемами или с глубинными эмоциональными убеждениями (Arntz, Weertman, 1999; Stopa, 2009). Cooper et al. (2007) показали эффективность единичного сеанса рескриптинга в коррекции глубинных эмоциональных убеждений у пациентов с нервной булимией. Иначе говоря, работа с воображением оказывается весьма полезной при лечении многих тяжёлых эмоциональных расстройств.*

*Возможность сочетания когнитивно-поведенческой психотерапии с гипнозом ранее уже обсуждалась в литературе (например, Kirsch et al., 1995). Было продемонстрировано, что сочетание КПТ с гипнозом повышает эффективность методов КПТ (например, Roy, 2014). Ряд авторов описывают техники и стратегии сочетания гипнотических и когнитивных интервенций в лечении различных эмоциональных расстройств (например, Dowd, 2000; Alladin, 2008). Работа с воображением традиционно рассматривается как один из ключевых подходов в применении гипнотических интервенций.*

*Многие специалисты отмечают, что работа с ранними травматическими воспоминаниями может быть весьма ресурсоёмкой как для пациента, так и для терапевта, и бывает сопряжена с выраженными эмоциональными всплесками. В этой работе автор приводит описание техники, которая предоставляет и пациенту, и психотерапевту дополнительные инструменты для управления ходом процедуры и стабилизации эмоционального состояния пациента. Принцип диссоциирования интеллектуального и эмоционального содержания воспоминаний с примерами был описан у Эриксона и Росси (Erickson, Rossi, 1979).*

#### Техника

Приведённый ниже вариант рескриптинга представляет собой технику ступенчатого диссоциативного рескриптинга и реассоциирования, комбинирующую в себе классический вариант рескриптинга в воображении с гипнотическими диссоциирующими техниками.

Сама процедура состоит из пяти этапов и выполняется после выявления конкретного раннего травматического воспоминания. Когда воспоминание выявлено, установлены обстоятельства реального события, когнитивные и эмоциональные убеждения, связанные с этим воспоминанием, как правило, можно выявить несовпадение рационального и эмоционального восприятия этого события: «Я понимаю, что это нелогично, что всё давно изменилось, но я так чувствую». В таком случае оправдано использование рескриптинга или

других методов на основе чувственного проживания. Это помогает модифицировать субъективный опыт, связанный с травматическим событием. У этой техники есть несколько особенностей. Она выполняется ступенчато и может содержать несколько ресурсных элементов, которые пациент привносит в воспоминание поочередно. Вначале пациент восстанавливает события воспоминания в первоначальном виде. Затем этапе пациент вносит в воспоминание наиболее простое и логичное изменение, в котором может участвовать какой-то новый персонаж. Далее пациент может ввести в воспоминание ещё одного персонажа, который будет наиболее эмоционально значимым для пациента. На третьем этапе новый, более эмоционально значимый персонаж может заменить собой старый, либо эти персонажи могут присутствовать одновременно. Ход процедуры может определяться и регулироваться совместно пациентом и терапевтом, однако терапевт также может занимать более активную позицию и направлять ассоциации пациента по направлению к заранее обозначенным терапевтическим целям.

Далее следует поэтапное описание техники с примерами реплик психотерапевта.

1. На первом этапе, после того как выяснены обстоятельства события и связанные с ним убеждения и аффективные переживания, совместно с пациентом обсуждаются возможные варианты модификации этого воспоминания. Как правило, рескриптинг включает введение в ситуацию ресурсной фигуры, которая оказывает необходимую помощь пациенту и меняет обстоятельства ситуации. В случае ранних воспоминаний это может быть «взрослая версия» пациента, кто-то из его близких родственников, друзей, психотерапевт или кто-то ещё. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента, ситуации, терапевтических отношений или иных факторов степень детальности такого обсуждения может варьироваться. Можно подробно спланировать возможные варианты развития событий шаг за шагом с описанием индивидуальных взаимодействий и реплик, либо возможно более свободное планирование процедуры, где оговариваются

ключевые фигуры, которые должны участвовать в воспоминании, основные изменения, которые должны произойти в ситуации.

2. Второй этап представляет собой, фактически, вариант натуралистичного гипнотического наведения. Цель этого этапа — достичь изменений в текущем состоянии пациента, в котором его внимание избирательно сфокусировано на непосредственной субъективной реальности; он воспринимает происходящее с ним как в большей или меньшей степени произвольное; он поддерживает контакт (раппорт) с психотерапевтом и демонстрирует произвольное реагирование на коммуникацию психотерапевта (см, например, Zeig, 2011).

На этом этапе в воображении создаётся и подробно разрабатывается безопасный контекст, в котором будет происходить визуализация и модификация воспоминания. Пациенту предлагают представить себя сидящим в кинозале с большим экраном, на котором пациент вскоре должен будет увидеть фильм «об этом событии из его жизни». Пациенту предлагается расположиться в этом кинозале в подходящем для этого месте, где у него будет хороший обзор и чувство безопасности. При необходимости можно предложить визуализировать поблизости фигуру психотерапевта, который может выполнять стабилизирующую функцию и сопровождать пациента. Пациенту предлагается подробно представить место, в котором он оказался, задействуя все каналы восприятия (зрение, слух, кинестетические ощущения, запахи и пр.). Особое внимание следует уделить моделированию эмоционального состояния пациента как «спокойного и расслабленного, с чувством заинтересованности и любопытства относительно того, что вскоре будет происходить на экране». Терапевт должен задать рамку происходящего, в которой пациент максимально отстранён от событий, которые он вспомнит с помощью «киноэкрана», и будет воспринимать их исключительно как «объективные факты жизни, обращая внимания только на факты, как это бывает показано в документальной кинохронике».

Такое наведение удобно проводить в виде циклов — рекурсий, где при каждом новом этапе пациенту предлагаются дополнительные детали рамки

происходящего, которые перемежаются с фразами, описывающими и сопровождающими его субъективный опыт от пребывания в кресле кинотеатра и усиливающими эффект «невовлечённого наблюдателя». На первом этапе — спокойствие и любопытство относительно того, что он увидит; на втором — отстранённое наблюдающее отношение «как к кинохронике»; на третьем — ожидание просмотра чёрно-белого фильма без звука как «в немом кино». Затем терапевт предлагает: «Вскоре, когда погаснет свет, киноэкран вспыхнет, и на нём вы увидите начало этого фильма и будете наблюдать за фактами, которые будут разворачиваться перед вами, обращая внимание только на сухие факты и игнорируя прочие детали происходящего». Пациенту несколько раз в ходе этого этапа предлагают описать, что он видит, слышит и чувствует, сидя в кресле этого «кинотеатра», пока он готовится к просмотру «фильма».

3. Когда установлено стабильное и спокойное состояние, пациент демонстрирует признаки расслабления и готовности продолжать процедуру, терапевт описывает происходящее дальше: «Гаснет свет, киноэкран освещается, и вы видите первые кадры фильма. Опишите, с чего он начинается?» Пациент начинает описание событий, с которых для него начинается этот эпизод воспоминаний. Терапевт несколько раз акцентирует внимание на том, что пациент видит «лишь сухие факты, события, которые разворачиваются перед его глазами, и может наблюдать за ними со стороны как за чем-то, что происходит с кем-то ему совершенно неизвестным». Терапевт сопровождает пациента в этом описании, поддерживая его повествование и следя за тем, чтобы описание было точным, максимально сухим и безэмоциональным, а состояние пациента оставалось достаточно диссоциированным от происходящих событий. Признаки этого — сохраняющееся расслабление, спокойное выражение лица, отсутствие явных спонтанных сдвигов в ритме дыхания и моторике, а также вербальная обратная связь. Пациент доходит до завершающего кадра воспоминания, после чего терапевт подхватывает сопровождение: «Сейчас, когда этот фильм

закончился, экран тухнет, включают приглушённый свет, и вы можете немного отдохнуть и сделать несколько свободных вдохов и выдохов. Антракт. Вы остаётесь в этом кресле и с любопытством ожидаете, когда начнётся следующий фильм».

4. На данном этапе терапевт во время «антракта» предлагает пациенту настроиться на просмотр следующего «фильма»: «Вскоре, когда свет погаснет, экран вспыхнет, и вы увидите ещё один фильм. Он будет начинаться очень похожим образом, и в нём будут происходить похожие события до того этапа, когда в нём не появится новый персонаж. И на этот раз вы будете, подобно режиссёру, следить, чтобы персонаж появился в тот момент, когда в нём появляется необходимость, и, как режиссёр, сможете направлять его действия и управлять ими. Этот фильм будет цветным, и качество картинки будет более насыщенным, но по-прежнему это будет просто видеоряд. Вы сможете управлять камерой и брать более крупный и более общий план, фокусируясь на наиболее важных моментах».

Далее терапевт предлагает, как и на предыдущем этапе, увидеть, как фильм начинается, и добавить дополнительный элемент: «При этом вы можете обратить внимание, что вы можете как будто начать узнавать какие-то детали происходящего как что-то, что вам откликается, что вам смутно знакомо». Терапевт предлагает пациенту смотреть фильм кадр за кадром до того момента, когда он видит, что с его персонажем в фильме начинает происходить «что-то не то», когда он начинает «нуждаться в помощи». Пациент снова описывает происходящие события до этого этапа, после чего терапевт предлагает увидеть, как в этой сцене появляется новое лицо: «Посмотрите, кто этот человек, как он реагирует на происходящее и что он делает». Терапевт ожидает, что пациент начнёт описывать новый ресурсный персонаж, который он выбрал заранее. В описании пациента этот персонаж должен проявить заинтересованность происходящим, сочувствие к персонажу пациента и принять активное участие в том, чтобы изменить ситуацию и помочь пациенту в этой сцене почувствовать себя лучше. Терапевт

поддерживает пациента в этом описании, помогая ему шаг за шагом продвигаться по этапам ситуации, при необходимости давая наводящие комментарии и в косвенной форме высказывая предположения о возможном благотворном развитии ситуации. По мере продвижения и модификации воспоминания терапевт может предлагать пациенту аккуратно «наблюдать за происходящим, начиная чуть больше сопереживать персонажу и замечая в себе отклик на происходящее, подобно тому как мы чувствуем в себе отклик на хороший фильм». Терапевт предлагает пациенту двигаться шаг за шагом до заключительного кадра этого фильма, предлагая пациенту описать его концовку. На этом этапе от пациента ожидается достаточно нейтральное и конструктивное описание позитивных изменений и благополучного завершения ситуации. После этого вновь предлагают сделать паузу, «антракт», в ходе которого пациент может «прочувствовать послевкусие от увиденного фильма».

5. Инструкция для заключительного этапа рескриптинга подразумевает, что теперь пациент вновь увидит фильм, который начинается точно так же, но в нём появится очень важный для персонажа пациента человек, который предоставит ему необходимую помощь и поддержку. Этот этап наиболее гибкий по содержанию и может включать значительную долю творчества. Терапевту необходимо либо заранее продумать возможные варианты происходящего, либо, гибко ориентируясь на обратную связь пациента, предлагать ему возможные варианты развития событий, которые будут подразумевать присутствие и активное участие в ситуации авторитетного и эмоционально значимого для пациента человека. В самом простом варианте на этом этапе можно повторить в общих чертах события предыдущего этапа, просто введя новое действующее лицо или заменив им кого-то из тех, кто там уже был. В подготовительных инструкциях терапевт предлагает пациенту вскоре увидеть «ещё один фильм в цвете и со звуком, в котором вы увидите знакомое начало, но новое развитие событий с участием кого-то очень важного для вас. В этот раз вы начнёте замечать сходство персонажей с теми, кого вы

знаете, и сможете замечать некоторую степень собственной вовлечённости в происходящее, как это бывает при просмотре очень хорошего фильма».

На этом этапе задача терапевта — сопровождать пациента в описании происходящего на экране, обращая больше внимания на реакции, мимику персонажей, слова и реплики, а также на их эмоциональные состояния. Терапевт может здесь занять чуть более активную позицию и моделировать своим ведением возможные реакции значимого для пациента персонажа — его эмоциональные реакции, мотивы и желания предоставить поддержку, помощь и защиту. Цель терапевта в том, чтобы пациент пришёл к благополучному завершению ситуации, в которой персонаж значимого человека предоставляет персонажу пациента всю необходимую помощь и безопасным образом выводит его из этой ситуации. Пациенту можно предложить «оказаться как будто рядом с ними и почувствовать, как меняется атмосфера, ощутить этот контакт между ними и чувство безопасности и спокойствия».

После того как «фильм» закончился, пациенту можно предложить «сохранить и запомнить это ощущение, прочувствовать послевкусие от этого события», после чего мягко завершить процедуру, предложив пациенту сделать несколько вдохов и выдохов и постепенно вернуть себя в кабинет.

#### Клинический пример

Женщина в возрасте немного за тридцать обратилась в связи со злоупотреблением алкоголем, который помогал ей расслабиться, успокоиться, быть более коммуникабельной и весёлой. На начальном этапе работы пациентка выразила заинтересованность в проведении лично-ориентированной психотерапии. Она замужем, есть двое детей, проживает вместе с семьёй, успешно занимается бизнесом. Работа проходила в мультимодальном ключе, сочетающем элементы психоаналитического подхода на основе модели объектных отношений (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015) и схемно-ориентированного подхода (Young, Klosko, Weishaar, 2003). Уровень личностной организации пациентки был расценён как высокоуровневый пограничный. В процессе оценки состояния с помощью

схемного опросника Янга (Касьяник, Романова, 2013; Young, 2005) был выявлен высокий (>50%) уровень активности следующих схем: «высокие стандарты» (100%), «поиск одобрения» (72%), эмоциональная депривированность (60%), недоверие (60%), «дефектность» (56%). В процессе работы стали очевидны нарциссические черты характера, включающие высокую требовательность к себе, обесценивание собственных успехов и положительных качеств, а также критическое и обесценивающее отношение к другим, но, помимо этого, тревожно-избегающие черты, связанные с избеганием ситуаций, связанных с повышенным риском и неопределённостью, в особенности, в бизнесе. На раннем этапе работы у пациентки развились клинические симптомы депрессии, с которыми довольно быстро удалось справиться психологическими интервенциями.

На раннем этапе работы в процессе исследования жёсткого и требовательного отношения пациентки к себе была выявлена крайне критикующая и обесценивающая внутренняя репрезентация, взаимодействия с которой постоянно держали пациентку в напряжении, вызывали чувство безысходности и бессилия. Это проявлялось в самоуничижительных и критикующих мыслях, неуверенности, придирчивости к результатам своей работы, в ожидании критики со стороны окружающих, которые пациентка скрывала под маской отстранённости, некоторой эмоциональной холодности, она старалась дистанцироваться от незнакомых и с трудом шла на контакт с новыми людьми. При исследовании в ролевой игре диады объектных отношений, связанной с этой критикующей репрезентацией, была выявлена репрезентация безвольного и бессильного Я, которое не могло противодействовать критикующей фигуре. Пациентка описывала значительную сцепленность со слабой и бессильной репрезентацией и с трудом могла абстрагироваться от этих чувств. С этой репрезентацией были связаны мысли подобного рода: «У тебя ничего не получится», «Ты ни на что не способна», «Ты не заслуживаешь ничего хорошего» и др. Исследование этой фигуры выявило два эпизода из детского и подросткового возраста

пациентки, в которых она чувствовала себя в крайней степени беспомощной и страдала от боли, физического насилия и бесчувственного и даже циничного отношения окружающих.

В первом воспоминании пациентка в возрасте ~6 лет была в больнице, где над ней проводили медицинскую манипуляцию, включающую зондирование желудка. В это время её удерживали несколько человек, она пыталась сопротивляться, но в итоге вынуждена была капитулировать. В это время никого из родственников не было рядом, и никому было её поддержать.

Второе воспоминание также касалось медицинской манипуляции, когда пациентке было около 15 лет: девушке проводили операцию по удалению аппендикса под местной анестезией. Это было «ноу-хау» хирурга, который обосновал такой выбор анестезиологического пособия плохим качеством и опасностью имеющихся препаратов для наркоза. Пациентка ощущала полное бессилие и интенсивную боль в ходе всей процедуры, а также вновь столкнулась с бездушным и циничным отношением персонала. Она описывала, как после завершения операции какая-то женщина, которую пациентка посчитала уборщицей, подошла к операционному столу, взяла из лотка удалённый аппендикс и потрясла им перед её лицом, говоря ей, что всё прошло удачно.

Вспоминая эти эпизоды, пациентка описывала чувство бессилия, беспомощности, безнадёжности, эмоциональную убеждённость, что с ней можно так обращаться — бессердечно и жестоко. Пациентке было предложено провести работу с воображением для модификации субъективного опыта, связанного с данными воспоминаниями.

### Первый сеанс

Для начала было выбрано первое, более раннее воспоминание. На этапе обсуждения рескриптинга пациентка решила внести в это воспоминание свою мать, которая должна была прийти и забрать девочку из этого кабинета, не дав врачам выполнить эту процедуру, поскольку, как считала пациентка, ей эта процедура не была нужна – вероятно, её перепутали с другим ребёнком.

Пациентке было предложено также представить взрослую версию себя в этом воспоминании и сделать то же самое — забрать девочку из этого кабинета и дать отпор персоналу, который так бессердечно с ней обошёлся.

На втором этапе не проводилось никакого формального гипнотического наведения, пациентке было в натуралистичной форме предложено представить, что она находится в кинозале. Пациентка при сопровождении и ведении психотерапевта без труда сфокусировалась на своей внутренней реальности и визуализировала зал кинотеатра с киноэкраном, себя, сидящую в кресле посередине зала, психотерапевта на соседнем кресле, который мог её поддерживать в процессе «просмотра». Ей удалось с лёгкостью развить этот образ в слуховой и кинестетической модальности. В процессе фокусирования внимания пациентка демонстрировала типичные минимальные признаки транса: расслабление мимической мускулатуры, более медленный ритм дыхания, неподвижность, саккады закрытых глаз. В ходе всей процедуры сохранялся вербальный контакт с пациенткой.

Третий этап процедуры рескриптинга прошёл спокойно. Пациентка представила на киноэкране чёрно-белый видеоряд без звука и описала с позиции наблюдателя происходящие там события так же, как описывала ранее.

На четвёртом этапе рескриптинга пациентка представила, как в манипуляционном кабинете в тот момент, когда врачи пытаются начать девочке зондирование, появляется её мама, забирает девочку с собой, успокаивает её и говорит врачам, что они ошиблись.

На пятом этапе пациентка представила, как в кабинете появляется она сама в нынешнем возрасте, отчитывает медицинский персонал за жестокое обращение с девочкой, успокаивает её, берёт на руки и обнимает. В это время на глазах пациентки выступили слёзы, однако она оставалась стабильно сфокусированной на внутренней реальности и поддерживала контакт с терапевтом. После завершения техники, когда пациентка реориентировалась в кабинете, она описала явное ощущение объятий этой маленькой девочки,

которое у неё осталось после рескриптинга. Пациентка очень эмоционально описала свой опыт и сообщила о глубоком чувстве облегчения.

### Второй сеанс

На следующий день был проведён рескриптинг для второго эпизода. До этого пациентка сообщила, что в её семье всегда было крайне уважительное отношение к врачам, поскольку среди её ближайших родственников было много врачей, а её дедушка был уважаемым и известным профессором. Поэтому в разработке второго эпизода было предложено два новых элемента. Вначале пациентка предложила, чтобы в этой операционной в нужный момент появился анестезиолог, который мог бы провести адекватное обезболивание. Затем психотерапевт предложил также ввести в воспоминание образ её дедушки, который мог бы быть для неё эмоционально значимой фигурой и оказать ей важную поддержку. Эту идею пациентка охотно приняла.

Второй и третий этапы рескриптинга в целом не отличались от аналогичных этапов на предыдущем сеансе, однако образ кинозала был несколько иным — на этот раз это был небольшой домашний кинотеатр. На четвёртом этапе рескриптинга пациентка представила, как в момент начала операции в операционной появился анестезиолог, который быстро оценил обстановку, увидел страдания девушки и быстро начал анестезию, после чего она заснула и проснулась после завершения операции, не почувствовав боли. На пятом этапе рескриптинга пациентка, помимо фигуры анестезиолога, используя подсказки психотерапевта, также представила своего дедушку в медицинском халате, который стоял в соседнем помещении, наблюдая за операцией через стекло. Девушке в операционной анестезиолог сообщил, что её дедушка находится рядом и приглядывает за ней. После этого события развивались схожим образом — девушке дали наркоз, и она уснула, проснувшись в палате и обнаружив рядом дедушку, который её обнял и успокоил. После завершения процедуры и реориентации в кабинете пациентка описала свои глубокие эмоциональные переживания и чувство облегчения. Кроме того, некоторое время спустя пациентка сообщила, что во время сеансов чувствовала

спонтанно возникавшее ощущение лёгкости в кистях рук и спонтанные движения пальцев. Это можно объяснить развитием диссоциированного трансоподобного состояния со спонтанными идеомоторными феноменами.

#### Терапевтические элементы

Данная техника, помимо центрального элемента модификации воспоминания в воображении, содержит несколько других элементов, которые могут иметь дополнительную терапевтическую ценность:

1. Ступенчатая структура процедуры обеспечивает постепенное углубление эмоционального опыта и привыкание пациентки к новым переживаниям, а также позволяет поочерёдно добавлять новые элементы и, таким образом, развивать процесс в нужном направлении. Теоретически, количество этапов может меняться в зависимости из клинической необходимости.
2. Диссоциативная техника проецирования воспоминания на «киноэкран» позволяет взаимодействовать с травматическим материалом с минимальной эмоциональной вовлечённостью, вырабатывая стабильную наблюдающую позицию, модулируя восприятие травматического материала, позволяя пациенту адаптироваться к процессу и сохранять ресурсное состояние в ходе процедуры, а также облегчая контакт с психотерапевтом.
3. Постепенное снижение степени диссоциации на каждом этапе (реассоциирование), теоретически, позволяет углубить эмоциональный опыт пациента и сделать его наиболее интенсивным именно на этапе наиболее значимого ресурсного переживания.
4. Пациенту имплицитно предлагается развить в себе активную субъектную позицию, метафорически становясь «режиссёром» того, что с ним происходит в ходе рескриптинга.

#### Дополнительные замечания

В ходе работы психотерапевту следует постоянно отслеживать вербальную или невербальную обратную связь от пациента. В случае значительного и неконтролируемого усиления эмоциональных переживаний терапевт может

вернуться на третий, максимально диссоциированный этап рескриптинга, либо прервать процедуру и использовать интервенции, направленные на развитие навыков эмоциональной регуляции, после чего вернуться к процедуре рескриптинга.

Данная техника в значительной степени опирается на построение гипнотического реагирования и использование техник диссоциации. Психотерапевту полезно владеть основными навыками гипноза, чтобы максимально гибко конструировать и подстраивать технику под индивидуального пациента. Есть данные о том, что индивидуализированная процедура гипнотического сопровождения эффективнее стандартизованного подхода (Barabasz, 2007). Любые отклонения от траектории процедуры могут быть утилизированы психотерапевтом для достижения основной терапевтической цели — снижения интенсивности травматического эмоционального опыта, переструктурирования связанных с ним убеждений и переассоциирования его с участием ресурсных состояний и эмоционально значимых фигур. Принцип утилизации в гипнозе и психотерапии описан в литературе (например, Zeig, 1999).

### **Список литературы:**

1. Alladin, A. *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons: 2008.
2. Arntz A., Weertman A. Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:715–740.
3. Barabasz A, Christensen C. (2006) Age regression: tailored versus scripted inductions. *Am J Clin Hypn* 2006;48(4):251-261.
4. Cooper, M. J., Todd, G., & Turner, H. The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2007, 21(2), 117-122.
5. Dowd, E. T. *Cognitive hypnotherapy*. Livingston, NJ: Jason Aronson: 2000.

6. Erickson, M. H., Rossi, E. L. Hypnotherapy: an exploratory casebook. Irvington Publishers, New York: 1979.
7. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63:649–658.
8. Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989 Apr;146(4):490-5.
9. Kirsch, I., Montgomery, G., Sapirstein, G. Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(2):214-220.
10. Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., Morse, S.B. Cognitive therapy of borderline personality disorder. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon: 1993.
11. Roy PK. Efficacy of combined cognitive-behavior therapy and hypnotherapy in anorexia nervosa: a case study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(2):224-30.
12. Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, van der Kolk BA. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1329-34.
13. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 1993 Jul;150(7):1037-42.
14. Smucker M.R., Neiderdee J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice* 1995;2:63–93.
15. Stopa L. How to use imagery in cognitive-behavioural therapy. In: Stopa L., (Ed.). *Imagery and the threatened self*. Routledge; New York: 2009.
16. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder A Clinical Guide*. Edited by Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.; John F. Clarkin,

- Ph.D.Otto F. Kernberg, M.D. American Psychiatric Publishing, Washington, 2015; 411 pp.
17. Wild, J., Clark, D.M. Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cogn Behav Pract.* 2011, 18(4), 433–443.
18. Wild J., Hackmann A., Clark D.M. When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2007;38:386–401.
19. Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center
20. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
21. Zeig, J. (2011) Hypnotic induction. In C. Loredio, J. Zeig, & G. Nardone (Eds.), *Tranceforming Ericksonian methods* (pp.43–58). Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press.
22. Zeig, J. The Virtues of Our Faults: A Key Concept of Ericksonian Therapy. *Sleep and Hypnosis.* 1999;1:129-138.
23. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб: Изд-во Политехн. Ун-та, 2013. – 120.

**Практики осознанности в психотерапии психосоматических расстройств**  
**Сучилина Д.Н.**

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии  
Москва

**Осознанность как научный конструкт и психотерапевтический метод**

Понятие осознанности (mindfulness) завоевывает всё больше внимания в современной психологии, психотерапии, нейробиологии, педагогике. В той или иной интерпретации осознанность фигурирует в большинстве