

**ДИПЛОМНА РОБОТА**  
**ЗАСТОСУВАННЯ ІМАГІНАТИВНИХ ТЕХНІК У КПТ: АНАЛІЗ ВИПАДКІВ**

**ОКСАНА ЗЕМБОВИЧ**

**ЛЬВІВ-2013**

## **Зміст**

### **I. Огляд проблеми.**

**I.1. Роль та функції імагінації у житті людини.....2**

**I.2. Когнітивно-поведінкова терапія: історія становлення, сучасний стан...4**

**I.3. Застосування імагінативних технік в КПТ.....7**

**I.4. Імагінативні техніки в інших видах психотерапії: кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама).....9**

**II. Впровадження елементів імагінативних технік за методом символдрами як допоміжних у когнітивно-поведінкову терапію тривожних розладів та розладів особистості.**

**1. Випадок Надії: панічний розлад з агорафобією, депресія.....15**

**2. Випадок Ірини: ОКР, панічний розлад.....23**

**3. Випадок Ярослава: дистимія, розлад особистості.....29**

**III. Підсумкові рефлексії.....34**

**IV. Бібліографія.....36**

## I. Огляд проблеми.

### I.1. Роль та функції імагінації у житті людини.

Основне призначення уяви (імагінації) психологи-дослідники вбачають в організації таких форм поведінки, які ще не зустрічалися в досвіді людини і відповідають новим умовам середовища. Виділяють 3 основні функції уяви:

- 1) пізнавальну – пов'язану з необхідністю за допомогою уяви уявляти і таким чином робити об'єктом пізнання щось нове і ще не відображене в нашому минулому досвіді. Здатність уявляти відіграє величезну роль в освоєнні індивідом нових для нього форм колективного досвіду людства: так, у шкільні роки з опорою на ресурси уяви вивчаються фізика, хімія, астрономія, історія та інші науки, що забезпечують недоступні для чуттєвого пізнання відомості про світ;
- 2) емоційну – полягає в тому, що фантазія забезпечує внутрішнє вираження тих афектів та емоційних імпульсів, які в силу різноманітних причин не знаходять виходу у зовнішній поведінці, в діях суб'єкта. Уява ніби відчиняє нові двері для наших потре і прагнень: у казці, грі, імагінації як дитина, так і дорослий знаходять безмежне джерело переживань. З даною функцією пов'язаний у психоаналізі механізм сублімації: за допомогою фантазії досягається вища та соціально прийнятна реалізація «заборонених» або заблокованих можливостей, що ми спостерігаємо у різних видах творчості, перш за все, у такій імагінативній діяльності, як мистецтво;
- 3) виховну або формуючу – виявляється, коли ми спостерігаємо психологічне значення гри для розвитку дитини. Саме з ігровою діяльністю пов'язував Виготський роботу уяви в дитячому віці: гра – це фантазія в дії, а фантазія – нереалізована гра, сенс і призначення гри як спонтанної імагінативної діяльності – це організація щоденної поведінки дитини в таких формах, щоб вона могла вправлятися і розвиватися в майбутньому. Робота імагінації у грі полягає в підготовці дитини до майбутніх зустрічей з соціальною дійсністю, до рольових ситуацій, вчинків та рішень.

Поряд з переліченими вище (за Л.Виготським) необхідно виділити також антиципаційну функцію уяви: як уже зазначалося, людина здатна в уявному плані прогнозувати можливі наслідки своїх дій, передбачати розвиток певної ситуації, наперед уявляти кінцевий результат здійснюваної діяльності.

У той же час, «уява виконує і креативну функцію, що знаходить відображення не лише в артистичній діяльності, створенні мистецьких творів та ін. видах творчості, але й в глобальних процесах самосвідомості та індивідуального світогляду. Уява бере активну участь в породженні цілісного уявлення суб'єкта про самого себе (образу Я) і такого інтегрального утворення, як картина світу» (Николаенко Н.,2007).

Ефективне використання імагінативних технік (зокрема, технік візуалізації) в різних напрямках психотерапії дозволяє говорити про регуляторну функцію уяви. Формуючи певні образи, людина здатна керувати функціональними станами свого організму і психіки, регулювати перебіг емоційно-вольових процесів, мінімізувати негативний вплив стресових факторів середовища. Образ уяви може стати тонким інструментом довільної саморегуляції: так, уявлення можливих позитивних результатів діяльності сприяє підтриманню вольового зусилля при недостатній мотивації тощо.

Уява тісно пов'язана з емоційною сферою – образ може викликати сильне переживання, але й емоція може запустити процес фантазування. Це детально описав у своїй роботі «Психологія мистецтва» Л.С.Виготський. Вчений прийшов до наступних висновків: «усі фантастичні та нереальні наші переживання, по суті, перебігають на абсолютно реальній емоційній основі», отже, фантазія – це головне вираження емоційної реакції. Відповідно, чим більше виражений уявний образ, тим слабшим є зовнішній прояв емоційної реакції, а отже, уява дає можливість людині одержати досвід різноманітних переживань, залишаючись при цьому в рамках соціально прийнятної поведінки.

Як зазначає Я.Л.Обухов, позитивний ефект конструювання зорових образів і передбачення бажаних подій, їх уявних повторень знаходить пояснення в ряді нейрофізіологічних досліджень. Так, роботи D. Bennet показали, що, коли людина створює уявний образ якої-небудь події, в її мозку виникає електрична активність строго певної нейронної мережі точно так само, як якби вона брала реальну участь у цій події (D. Bennet, 1989). Тому уявні репетиції дій в якихось важких для індивіда ситуаціях створюють постійний нейронний ланцюжок, який фіксує бажану поведінкову модель, поступово перетворюючи її у звичний спосіб реагування (Обухов Я.Л.,1999).

## **I.2. Когнітивно-поведінкова терапія: історія становлення, сучасний стан.**

Когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) є сучасним напрямком психотерапії з науково доведеною ефективністю. В основі цього напрямку

психотерапії є ідея про те, що причиною психічних розладів (фобій, депресії і т. п.) є дисфункційні переконання і установки.

Сучасна КПТ є результатом взаємозв'язку і взаємовпливу поведінкової терапії, розробленої Вольпе та іншими у 1950–1960х роках (Wolpe, 1958), та когнітивного підходу у терапії, розробленого Аароном Беком у 1960х рр.

Як пишуть Д.Вестбрук і колеги (Westbrook D., Kennerley H., Kirk J), «поведінкова терапія (ПТ) виникла як реакція проти фрейдистської психодинамічної парадигми, що домінувала у психотерапії від ХІХ століття. ПТ перебувала під сильним впливом біхевіористського руху в академічній психології, який притримувався думки про те, що відбувається у свідомості людини, не є видимим, а відтак, не піддається науковому дослідженню. Натомість біхевіористи шукали відтворюваних зв'язків між видимими подіями, особливо між стимулами (обставинами чи подіями в навколишньому середовищі) і реакціями (видимі та вимірювані реакції людей чи тварин, які досліджуються). Теорія навічання, основна модель у психології на той час, намагалась знайти загальні принципи, які б пояснювали, як живі істоти засвоюють нові зв'язки між стимулами та реакціями.

У цьому дусі ПТ уникнула дискусій про підсвідомі процеси, приховані мотиви та невидимі структури психіки і замість цього використала принципи теорії навічання, щоб змінити небажані поведінкові або емоційні реакції. У результаті методу лікування тривожних розладів, відомого як системна десенсибілізація, клієнтів просять систематично уявляти подразник, який збуджує страх, і водночас виконувати вправи на релаксацію, щоб так реакція страху була заміщена реакцією релаксації. З розвитком технік було запропоновано уявну експозицію (наприклад, образ коня в уяві) змінювати на експозицію у природних умовах (наблизитись до справжнього коня)».

Поведінкова терапія швидко здобула популярність, але, разом з тим, думки, емоції, уявлення залишалися без належної уваги та аналізу, що здавалося психологам неприпустимим.

Отже, вчені почали розробляти наукові концепції, що враховували б важливість когніцій та емоцій у житті людини: у 1950-60их роках А.Бек та інші почали розробляти концепцію когнітивної терапії (КТ), їхні ідеї дуже швидко набували щоразу більшого впливу. «Публікація книги Бека з когнітивної терапії депресії (Beck et al., 1979), а також науково-дослідні випробування, які показали, що КТ була настільки ж ефективною у лікуванні депресії, як і антидепресанти (наприклад, Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977), ще більше підтримали когнітивну революцію. Протягом наступних років ПТ та КТ розвивались разом і впливали одна на одну так, що внаслідок свого об'єднання тепер широко відомі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)» (Westbrook D., Kennerley H., Kirk J, 2013).

На сьогоднішній день виділяють п'ять цілей КПТ: 1) зменшення і / або повне усунення симптомів розладу; 2) зниження ймовірності виникнення рецидиву після завершення лікування; 3) підвищення ефективності фармакотерапії; 4) рішення психосоціальних проблем (які можуть або бути наслідком психічного розладу, або передувати його появі); 5) усунення причин, що сприяють розвитку психопатології: зміна дезадаптивних переконань (схем), корекція когнітивних помилок, зміна дисфункційної поведінки.

Для досягнення зазначених цілей когнітивно-поведінковий психотерапевт допомагає пацієнту вирішити наступні завдання: 1) усвідомити вплив думок на емоції і поведінку; 2) навчитися виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними; 3) дослідити негативні автоматичні думки і аргументи, їх підтримують і спростовують ("за" і "проти"); 4) замінити помилкові негативні автоматичні думки на більш раціональні, адаптивні; 5) виявити і змінити дисфункційні припущення та переконання, що формують сприятливий ґрунт для виникнення когнітивних помилок. (Александров А.А., 1997)

«Рот і Фонагі (Roth, Fonagy, 2005) наводять докази того, що КПТ — це терапія, яка є рекомендована з огляду на свою ефективність при більшості психологічних розладів у дорослих (зокрема, при лікуванні депресивного та тривожних розладів), і за даними досліджень, має докази своєї ефективності при найбільшій кількості розладів/проблем (у порівнянні до інших методів терапії). Іншим важливим джерелом доказів ефективності когнітивно-поведінкової терапії є Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності (NICE) Великобританії» (Westbrook D., Kennerley H., Kirk J, 2013).

Порівняно з іншими видами психотерапії, когнітивно-поведінкова терапія має ряд особливостей, зокрема:

1. Наявність власної психологічної теорії нормального розвитку і факторів виникнення психічної патології;
2. Орієнтованість на «мішені втручання» і технологічність: для кожної нозологічної групи існує психологічна модель, що описує специфіку розладу, відповідно, виділені терапевтичні «мішені», згідно них - етапи і техніки психотерапії;
3. Короткотерміновість та економічність підходу (на відміну від психоаналізу, наприклад);
4. Наявність інтегруючого потенціалу, закладеного в теоретичних схемах КПТ (і екзистенційно-гуманістична спрямованість, і об'єктні стосунки, і поведінковий тренінг, і т.і.)

### **I.3. Застосування імагінативних технік в КПТ.**

Як зазначає Д.Бек, «у багатьох пацієнтів автоматичні думки виникають не лише у вигляді слів, а й у формі мислинневих картин чи образів (Beck & Emery 1985). У КПТ проводиться робота з двома видами образів – спонтанними та навмисне викликаними. Залежно від ситуації та цілей терапевтичної сесії терапевт просить пацієнта описати нейтральний чи позитивний образ, а у деяких випадках – той, що стосується травмуючої ситуації (при цьому намагаючись допомогти пацієнту розвинути образне уявлення до тих пір, поки пацієнт не досягне найбільш неприємного моменту). Оскільки пацієнти часто уникають розповідати терапевту про неприємні образи, важливим є пояснити пацієнту природу його образних уявлень, щоб допомогти йому зрозуміти доцільність повторного уявлення цих образів. Заваднням терапевта є навчити пацієнта декількома способами відповіді на ці неприємні уявлення, логічно все обгрунтувавши. Терапевт підкреслює, що для оволодіння всіма техніками та їх ефективного застосування потрібна практика – численні вправи під час сесій і між ними». Д.Бек виділяє 7 способів відповіді на спонтанно виникаючі образи: перші 6 з них дозволяють пацієнту поглянути на ситуацію іншими очима і в такий спосіб знизити гостроту переживань; остання техніка передбачає переключення уваги і дає пацієнту тимчасовий перепочинок, є своєрідною «швидкою допомогою». Отже, до цих технік належать:

- 1) Завершення образу – терапевт спонукає пацієнта розвинути образ, що виник спонтанно, до тих пір, поки пацієнт подумки не міне крихову точку і його стан покращиться, або врешті-решт пацієнт дійде у своїй уяві до катастрофи (наприклад, до смерті). За допомогою цієї техніки терапевт може краще концептуалізувати проблему пацієнта, здійснити когнітивну перебудову травмуючого образу і досягнути покращення стану пацієнта. У разі доведення образу до катастрофи терапевт одержує можливість виявити найстрашніші для пацієнта наслідки та з'ясувати значення для нього катастрофи. Це у свою чергу допоможе йому ефективно продовжити терапевтичне втручання;
- 2) Вирішення проблеми подумки – терапевт пропонує пацієнту уявити, ніби йому вдалося вирішити складну ситуацію, що спонтанно виникла в його уяві. У деяких випадках пацієнту корисно уявити самого себе, що застосовує для вирішення проблеми навички, засвоєні в процесі терапії (читання копій-карток, контрольоване дихання, приговорювання формул самонавівання тощо);

- 3) Зміна образу – техніка полягає у навчанні пацієнта виявленню образу і продумуванню його знову, але зі зміненим фіналом. Зазвичай це послаблює дистрес пацієнта і покращує його стан. Можливим варіантом застосування цієї техніки є додавання до образу нових елементів (якщо пацієнт, уявляючи фінал, зайшов у тупік). Отже, спроба завершення образу може розгортатися за 2ма сценаріями: або проблема вирішується і пацієнт відчуває полегшення, або вона загострюється і набуває масштабу катастрофи (тоді терапевт виявляє значення катастрофи для пацієнта і виходить на глибшу проблему з подальшим створенням допінг-образу, описаним нижче);
- 4) Стрибок у майбутнє – у випадках, коли підведення образу до завершення неефективне, оскільки пацієнт уявляє собі все більше негативних деталей, терапевт пропонує пацієнту уявити себе у будь-якому моменті майбутнього. Деякі образи потребують «чарівної» зміни, що також призводить до покращення стану пацієнта і сприяє початку продуктивної діяльності;
- 5) Перевірка образу реальністю – використовуючи стандартний сократичний діалог, терапевт навчає пацієнта чинити з неприємною уявною картиною так, як з автоматичною думкою (наприклад, оцінити його, спираючись на питання для роботи з дисфункційними думками) . Іноді терапевт допомагає порівняти образ з тим, що відбувається в дійсності. У більшості випадків при роботі з образами бажано застосовувати методики, що базуються на уяві, а не на вербальні техніки. І разом з тим, пацієнтам, що уявляють багато яскравих болючих образів, часто може знадобитися цілий ряд технік, в тому числі вербальна техніка «Перевірка образу реальністю»;

Усі описані вище техніки стосуються образів, що виникають спонтанно. В деяких випадках доцільним є навмисне викликати образ у пацієнта. Це можна зробити за допомогою наступних технік:

- 1) Попереднє програвання ситуації, що допомагає виявити і вирішити потенційні проблеми, пов'язані з виконанням домашнього завдання;
- 2) Репетиція застосування копінг-технік – використовується під час сесії, щоб допомогти пацієнту подумки підготуватися до застосування копінг-стратегій: терапевт викликає у пацієнта образ застосування ним когнітивних технік, спонукаючи до детального уявлення, як саме він



справляється зі складною ситуацією, після чого пацієнт конспектує опис конкретних технік, які йому можуть стати у пригоді в майбутньому;

- 3) Дистанціювання – техніка, що допомагає подивитися на проблему ширше і покращити самопочуття пацієнта через уявлення наслідків «катастрофи» через роки (наприклад, через 5, 10, 20 років після уявної смерті пацієнта);
- 4) Пом'якшення небезпеки – техніка, що допомагає пацієнту побачити ситуацію з більш реалістичною оцінкою дійсної загрози.

Отже, у більшості пацієнтів виникають автоматичні думки у вигляді спонтанно виникаючих образів (уявлень), робота є дуже важливою і технічно відрізняється від роботи з когніціями. Щоб допомогти пацієнту виявити ці образи, терапевту часом доводиться використовувати спеціальні прийоми. Тим пацієнтам, які часто уявляють неприємні картини, необхідно засвоїти кілька технік, що базуються на використанні сили уяви. Крім того, деколи є доцільним

#### **I.4. Імагінативні техніки в інших видах психотерапії: кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама).**

В історії психотерапії багато видатних представників цієї професії так чи інакше використовували образи уяви у своїй роботі. Найчастіше можна знайти посилання на наступних авторів: Фрейд (образ як «техніки концентрації»), Юнг (активна уява), Стампф (емплонивна терапія), Вольпе (систематична десенсибілізація), Шульц (вищий ступінь аутогенного тренування), Ассаджолі (психосинтез за допомогою уяви), Льюїнер (метод «сновидінь наяву», кататимно-імагінативна психотерапія, або символдрама)

В хронологічній перспективі це виглядає наступним чином (див.таблицю)

**Таблиця. Напрямки і методи психотерапії, що використовують імагінацію (укладено Х.Льюїнером, 7й міжнародний конгрес з кататимно-імагінативної психотерапії,**

**Вюрцбург, Німеччина, 20-21.05.1995р)**

Автор і назва методу	Рік створення	Психо-динамічна	Поведін-кова	Гіпнотичні стани	Наявність концепції	Регулярність застосування	Фрагмен-тарне застосу-вання
1.Й.Брейер, 3.Фрейд  Катартичний	1894	x				x	

метод							
2.К.Г.Юнг Активна уява A.N.Ammann	1916  1979	x  x					x  x
3.Й.Х.Шульц Вищий ступінь аутогенного тренінгу (АТ) За.Роза Вищий ступінь АТ	1932   1945			x	x		
4.Р.Дезуаль Le reve eveille dirige I.Rigo	1945  1977	?  ?			x	x	
5.Х.Льойнер Кататимне переживання образів. Техніка сновидінь наяву	1948  1953	X  x			x	x	
6.Я.Л.Морено Психодрама Г.А.Льойц	1959  1974						
7. J.E.Shorr Психоімагінати вна терапія	1972					x	
8. A.Lazarus Мультимодаль на поведінкова	1973		x	x	?	x	

терапія							
9.М.Еріксон Еріксоніанський гіпноз Kossack Класичний гіпноз	1952  1976			x			x
10. Ф.Перлз Гештальттерапія	1989			x			x
11.Maltheu-Simonton Creighton Leife-saving Self awareness-Technique	1976 1980		x			x	
12.Й.Вольпе Систематична десенсибілізація	1985		x		x	x	
13.Fabre,Maurey	1985	x				x	
14.Р.Ассаджолі Психосинтез	1985	x					x

З відомих на сьогоднішній день напрямків психотерапії, що використовують образи, символдрама є найбільш глибоко і системно розробленим та технічно організованим методом, що має фундаментальну теоретичну базу. В основі методу лежать концепції класичного психоаналізу, а також його сучасного розвитку (теорія об'єктних стосунків М.Кляйн, егопсихологія А.Фрейд, психологія «Я» Х.Хартмана і «Self-Psychology» Х.Когута та їх наступне опрацювання в працях Ш.Ференці, М.Балінта, Е.Еріксона, Р.Шпітца, Д.В.Віннікота, М.Малер, О.Кернберга, Й.Ліхтенберга). Залишаючись на принципових психоаналітичних позиціях, багато спільного метод має з теорією колективного несвідомого К.Г.Юнга і з розробленим ним методом активної уяви.

З феноменологічної точки зору можна прослідкувати паралелі методу символдрами з дитячою ігровою психотерапією, психодрамою Я.Морено і Г.Лейнца, з гештальттерапією за Ф.Перлзом.

У технічному плані символдрамі близькі елементи ведення психотерапевтичної бесіди за К.Роджерсом і деякі стратегії поведінкової терапії, наприклад, за Й.Вольпе.

Отже, в символдрамі успішно поєдналися переваги багатого спектру психотерапевтичних технік, що займають полярне положення у психотерапевтичному просторі: класичного та юнгіанського аналізу, поведінкової психотерапії, гуманістичної психології, аутотренінгу. Тим не менше, символдрама – це не комбінація з суміжних психотерапевтичних методів, а самостійна, оригінальна дисципліна, багато елементів якої з'явилися задовго до того, як вони виникли в інших напрямках психотерапії.

За ефективністю і швидкістю досягнення терапевтичного ефекту символдраму можна порівняти з сучасними методами поведінкової терапії. Зокрема, при лікуванні фобій ефективно застосовується покрокове «декондиціонування», що нагадує методи поведінкової терапії. Проходячи психотерапію за методом символдрами, пацієнт не лише позбувається симптому, а й набуває глибинного досвіду самостійного подолання своїх внутрішніх труднощів і конфліктів. У зв'язку з цим довів свою ефективність комбінований підхід у лікуванні деяких розладів.

Символдрама дозволяє працювати у 3х «вимірах»: з актуальним станом клієнта, з переживаннями минулого і на перспективу – через розвиток творчого потенціалу особистості. Метод успішно використовується в індивідуальній та груповій роботі, у психотерапії та консультуванні, роботі з парами, дітьми, батьками. Символдрама добре поєднується з іншими не директивними психотерапевтичними підходами – клієнт-центрованою, тілесно-орієнтованою, танцювально-руховою терапією, арттерапією та ін.

«Символдрама (відома також як кататимне переживання образів, метод «сновидінь наяву» і кататимно-імагінативна психотерапія) – це метод глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, що є клінічно високоефективним при короткотерміновому лікуванні неврозів і психосоматичних захворюваннях, а також при психотерапії розладів особистості. В якості метафори можна охарактеризувати символдраму як «психоаналіз за допомогою образів». Символдрама дає можливість звернутися до вирішення внутрішніх конфліктів,

спираючись перш за все на образи, послуговуючись «мовою образів» з наступною трансформацією у мову».(Обухов Я.Л., 1999)

Понад 50 років цей метод успішно використовується у європейських країнах для надання ефективної допомоги пацієнтам з невротичними, посттравматичними, психосоматичними та особистісними розладами. На сьогоднішній день символ драма широко розповсюджена і офіційно визнана системою медичного страхування ряду європейських країн (Німеччина, Австрія та ін.).

Метод розроблений відомим німецьким психотерапевтом Ханскарлом Льойнером. Появі символдрами як самостійного напрямку у психотерапії передувала тривала експериментальна робота, що проводилася Х.Льойнером на базі клініки нервових захворювань Марбургського університету в 1948-54рр. Важливий внесок в розвиток кататимно-імагінативної психотерапії зробив професор Х. Хьонінг, який проводив дослідження в інституті медичної психології університету ім.Мартіна Лютера (Галле). Основу методу складає вільне фантазування у формі образів, «картин» на задану психотерапевтом тему. Психотерапевт при цьому виконує контролюючу, супроводжуючу, скеровуючу функцію. Концептуальна основа методу – глибинно-психологічні психоаналітично орієнтовані теорії, аналіз несвідомих та підсвідомих конфліктів, афективно-інстинктивних імпульсів, процесів і механізмів захисту як відображення актуальних емоційно-особистісних проблем, аналіз онтогенетичних форм конфліктів раннього дитинства.

При проведенні символдрами здійснюється принцип спонтанного і вільного розвитку образу. Інтервенції психотерапевта при уявленні образу зведені до мінімуму: наприклад, психотерапевт ніколи не каже: «Уявіть собі ясний, сонячний день, соковитий, зелений луг і т.д.». Метою психотерапевта, швидше, є створення сприятливих умов для представлення нативного внутрішнього лугу самого пацієнта, що може породжувати зовсім не ідилічні картини і переживання.

Технічно сеанс символдрами виглядає наступним чином.

Пацієнта, що із заплющеними очима лежить на кушетці або сидить у зручному кріслі, вводять у стан розслаблення. В роботі з дорослими пацієнтами і підлітками для цього використовується техніка, близька до аутогенного тренування за Й.Х.Шульцем. Як правило, буває достатньо декількох простих навіювань тепла, важкості, приємної втоми послідовно у різних ділянках тіла.

Попередньою умовою проведення психотерапії є, безумовно, встановлення в ході однієї чи декількох попередніх бесід довірливих стосунків між пацієнтом і терапевтом, а також збір діагностичних та анамнестичних даних про пацієнта.

Після досягнення пацієнтом стану розслаблення (що можна проконтролювати за характером дихальних рухів, тремтінню повік, положенню рук та ніг) йому пропонується уявити образи на задану психотерапевтом у відкритій формі тему – стандартний мотив. Мотиви, що використовуються у символдрамі, були розроблені в ході тривалої експериментальної роботи. З величезної кількості можливих мотивів, що найчастіше спонтанно виникали у пацієнтів, було відібрано такі, що з діагностичної точки зору, найбільш релевантно відображають внутрішній психодинамічний стан і разом з тим, мають сильний психотерапевтичний ефект.

За своєю глибинно-психологічною значимістю мотив «Луг», як показали експериментальні дослідження Х.Льойнера (Leuner H., 1994), - це оральний материнський символ. Він виявляє загальний емоційний фон, настрої, актуальний стан пацієнта, його емоційні стосунки з матір'ю і динаміку переживань першого року життя, а також відображає можливий опір терапії.

До діагностичних критеріїв належать погода, пора доби, пора року, розмір луку, характеристика землі і рослинності на ній, наявність чи відсутність джерела води на лузі. В нормі це хороша сонячна погода, ранок чи день, весняна чи літня пора, соковита рослинність, загалом приємне враження та добре самопочуття пацієнта в образі.

У певних випадках використовуються специфічні мотиви символдрами, частина з яких використовується також і в КПТ:

- Уявлення реальної ситуації (вдома, на роботі);
- Спогад з минулого досвіду;
- Уявлення останньої сцени з нічного сновидіння і продовження його розвитку у сновидінні наяву під контролем психотерапевта;
- Інтроекція тіла зсередини («мандрівка всередину свого тіла»);
- Уявлення певних предметів, що мають особливе емоційне значення (іграшка, улюблена лялька та ін.)- особливо важливі ці мотиви для роботи з дітьми та підлітками.

Усі мотиви мають, як правило, широкий діапазон діагностичного та терапевтичного застосування. І разом з тим, існує певна відповідність між кожним конкретним мотивом і деякою проблематикою. Можна говорити про співвідношення конкретних мотивів і певної проблематики та стадії розвитку дитини, а також про особливу ефективність деяких мотивів у випадку певних захворювань та патологічних симптомів. Наприклад: проблема ідентичності та ідеалу «Я» співвідноситься з мотивом вибору імені тієї ж статі і уявлення цієї людини; проблема стосунків з людиною, що має особливо важливе емоційне значення з минулого (інтроект) чи теперішнього: у символічній формі – всі ландшафтні мотиви (гора, дерево), тварини (або сім'я тварин) та символічні істоти, що виникають на лузі, виходять з темряви лісу або з отворів у землі (печери, болота, морських глибин); у вигляді реальних людей (батьки, брати, сестри, начальник, колега), уявлення регресивних драматичних сцен з дитинства (наприклад, сцена за обіднім столом в колі сім'ї) та ін.

Важливе місце в роботі за методом символдрами посідає малювання пацієнтом пережитого ним образу. Спеціалістами Інституту кататимно-імагінативної психотерапії в Німеччині розроблено спеціальну методiku проведення психодіагностики на основі малюнку пережитого пацієнтом образу. Використання малюнку є дуже цінним у роботі з людьми, що мають недостатньо розвинуту фантазію, труднощі вербального вираження почуттів, а також тими, хто скутий численними комплексами і табу.

Завдання намалювати малюнок дається пацієнту в якості домашнього завдання, обговорення малюнку відбувається на наступному сеансі. При аналізі малюнку використовують ряд об'єктивних діагностичних критеріїв: величина і формат аркуша паперу, горизонтальне чи вертикальне положення малюнку на аркуші, наявність спеціально промальованих рамок, зміщення зображення у котрусь із сторін, наявність перспективи, засоби для малювання та ін. (Обухов Я.Л., 1994).

## **II. Впровадження елементів символдрами як допоміжної техніки у когнітивно-поведінкову терапію тривожних розладів та розладів особистості.**

### **II.1. Випадок Надії: панічний розлад з агорафобією, депресія.**

Пацієнтка: Надія, 32 роки, одружена, живе з чоловіком та донькою 14 років, протягом останніх 3х років не працює, оскільки страждає на сильні головні болі та напади паніки.

Основний діагноз: панічний розлад з агорафобією

Супутній діагноз: депресія легкого ступеню

Додаткові проблеми: сильні головні болі, схильність зловживати медпрепаратами, низька самооцінка, залежність від матері – емоційна і матеріальна (мати працює за кордоном, має там чоловіка-резидента, постійно надсилає гроші доньці і внучці), незадоволеність теперішнім шлюбом (II чоловік, живуть 1 рік).

Надя скерована до психотерапевта неврологом, якого турбує відсутність очікуваного прогресу в лікуванні головних болей та наявність епізодів зловживання медикаментами (аж до виклику швидкої допомоги, крапельниць, подальшого постільного режиму протягом тижня).

Пацієнтка скаржиться на головні болі, страх, тривогу, неспокій. Протягом останніх 4-х років проходить лікування у невролога, «перепробувала усі ліки – мало допомагає». Практично не виходить з дому сама, «раптово починається паніка», виникають думки «раптом я помру», «стане погано, а ніхто не допоможе» – відповідно, потребує постійної фізичної присутності доньки або чоловіка, якщо це неможливо – постійного телефонного контакту, носить з собою пляшечку з водою, таблетки (жодного разу не скористалася ними, але сам факт, що вони є під рукою, заспокоює її). Клієнтка викликає симпатію, дотримується домовленостей, не порушує терапевтичних рамок, старанно виконує домашні завдання, і разом з тим справляє враження не дуже інтелектуальної та малорефлексивної.

Своє дитинство згадує мало, наголошує на тому, що з батьками був тісний контакт, але з мамою більше в стилі контролю, а з татом дійсно відчувала емоційну близькість. Має молодшу на 5 років сестру, яка завжди була «слабшою» за пацієнтку – «не могла собі дати ради ні в чому». На момент початку терапії ситуація змінилася – сестра має високооплачувану роботу, веде активне соціальне життя, проте часом зловживає алкоголем і «гуляє»; натомість пацієнтка останні 4 роки без роботи, при тому, що почала працювати у 19 років і завжди сама себе забезпечувала, має виражені порушення соціального функціонування (практично не виходить сама з дому, обмежила контакти з подругами), щодня має сильні головні болі, настрій знижений, підвищена плаксивість, відчуття постійної втоми, песимістичні думки щодо теперішнього і майбутнього.



Перший епізод панічної атаки стався близько 10 років тому, коли пацієнтка гуляла з донькою, відчула раптову слабкість, тремор рук, дуже сильно перелякалася, викликала швидку. Наді важко називати свої почуття і «прив'язувати» їх до думок і подій. Важко було згадати, що саме відбувалося в день першої панічної атаки – «давно це було, ніби на рівному місці сталося». З часом пацієнтка згадала, що за декілька днів до панічної атаки раптово помер її батько. Мама з батьком були розлучені тривалий час, мати виїхала за кордон на заробітки, а батько жив окремо від пацієнтки, зловживав алкоголем, проте з донькою мав теплі близькі стосунки, вони щодня бачилися. У день смерті батько був сам, і пацієнтка не змогла прийти до нього, оскільки в той же день були уродини в її доньки. Досі картає себе за те, що не прийшла тоді до батька – «може, врятувала би або полегшила б його стан». Зв'язку між тим, що батько помер сам і ніхто йому не допоміг, і тим, що вона зараз боїться вийти на вулицю, «бо раптом стане зле, а ніхто не допоможе», не бачить. Забігаючи наперед, скажу, що попрощатися з батьком, завершити цей стосунок пацієнтка змогла за допомогою мотиву символдрами «Значима особа» (уявила собі батька, поговорила з ним, попросила вибачення, обняла і відпустила). Крім того, Наді було важливо розповісти батькові про свої успіхи, похвалитися машиною (сама на неї заробила, вибрала), що також стало можливим за допомогою імагінації.

У 18 років вийшла заміж, народила доньку. Коли дитині був 1 рік, розлучилася з першим чоловіком через те, що пив, програвав гроші на автоматах, гуляв, бив. Мала кількох коханців, останній з них був одруженим, але тривалий час підтримувала з ним стосунки, «він показав мені світ», забезпечував, але часом піднімав на неї руку. Обіцяв одружитися, але на думку пацієнтки, не зробив би цього. Оскільки пацієнтка почала розповідати про ці стосунки в контексті розмови про напади паніки, але не пов'язувала ці явища, застосовано імагінативну техніку «спогад з минулого досвіду» («Ви встали зранку, що було далі...А потім...А потім...») - вдалося виявити, що зранку в день першої панічної атаки між пацієнткою та її коханцем відбулася неприємна розмова, що для Наді означала розрив стосунків – «він збрехав, я втомилася це терпіти».

Протягом перших сесій відчувалася потреба виговоритися, пацієнтку буквально «несло» - вона згадувала свої успіхи (була директором магазину, багато заробляла, була активною, любила компанії, розваги, користувалася популярністю серед чоловіків), засмучувалася втратами (батька, посади директора, коханця). На 3й сесії вдалося побудувати концептуалізацію, що

принесло деяке полегшення пацієнтці і терапевту (зважаючи на емоційний сумбурний виклад проблем та їхню кількість).

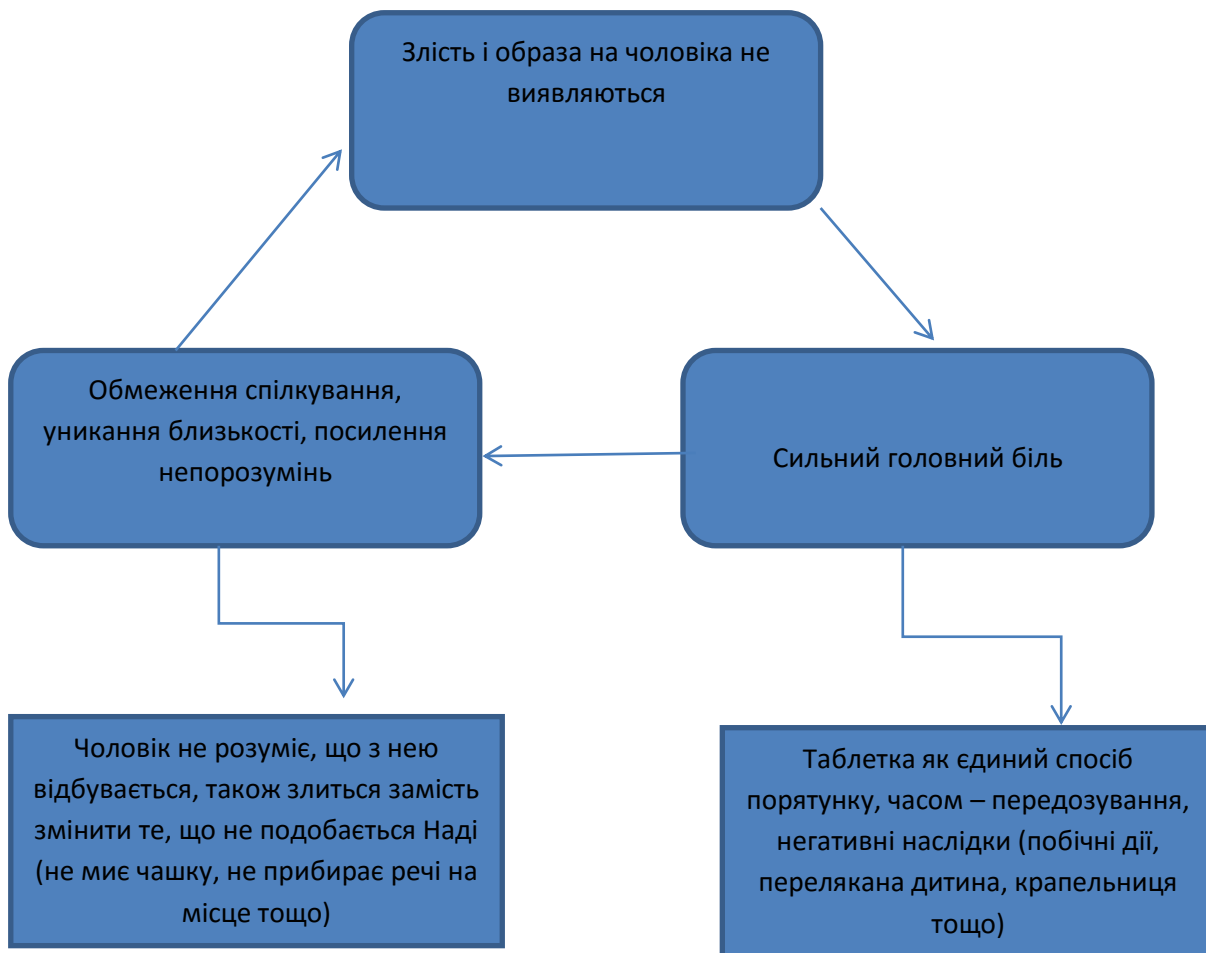
Зважаючи на сукупність наступних симптомів, було поставлено основний діагноз «панічний розлад з агорафобією»:

- 1) повторювані панічні атаки (більше 2х за життя);
- 2) протягом місяця після одного з нападів спостерігаються:
  - постійний неспокій з приводу повторення нападу;
  - хвилювання щодо значення нападу і його наслідків («помру», «ніхто не допоможе»);
  - значні зміни у поведінці, пов'язані з нападами паніки (не виходить з дому сама);
  - нема зв'язку із вживанням яких-небудь речовин чи загальним фізичним станом (невролог засвідчує це);
- 3) переживання тривоги у місцях чи ситуаціях, вихід з яких може бути утрудненим чи викликати почуття незручності або де допомога буде недоступною при настанні раптового нападу паніки (проїзд у маршрутці, прогулянка центром міста, перебування в місцях, де поблизу нема аптек тощо);
- 4) уникання ситуацій або переживання значного стресу чи тривоги з приводу настання нападу паніки чи подібних йому симптомів, потреба присутності супроводжуючої особи;
- 5) тривога і фобія не є проявом іншого психічного розладу.

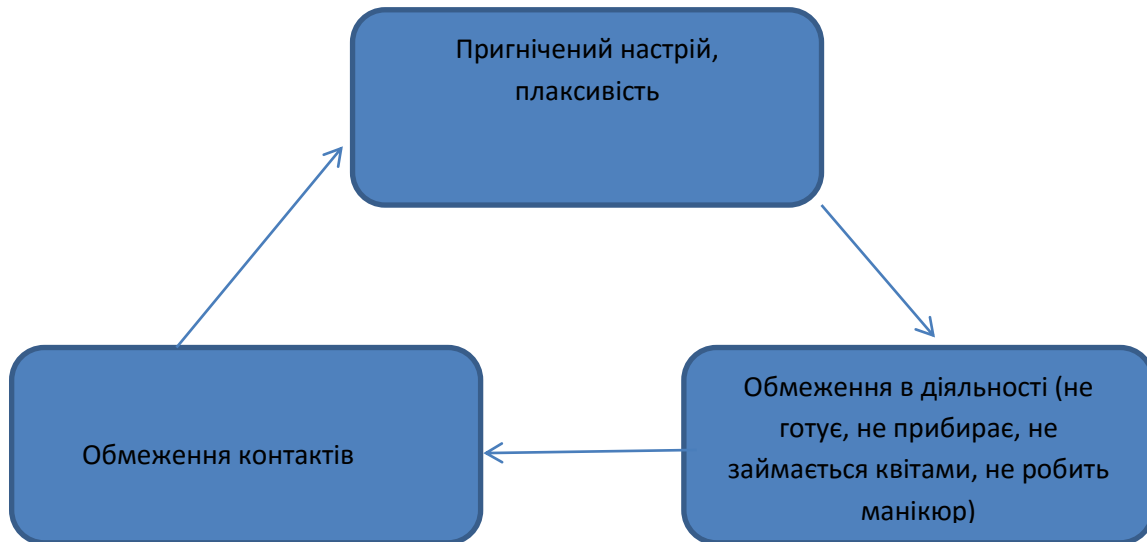
Враховуючи знижений фон настрою, ангедонію, загальну слабкість, песимістичні думки щодо майбутнього, було також встановлено супутній діагноз - «депресія легкого ступеню». Крім того, наявні психосоматичні реакції у вигляді головного болю.

Оскільки найбільше пацієнтку турбували головні болі, ми почали роботу з детального аналізу цієї проблеми. Пацієнтці важко було пов'язати появу та посилення головних болей з чим-небудь. Єдине, що спадало на думку, це вплив клімату – «коли була в мами в Італії – голова не боліла взагалі, повернулася до Львова – знову все спочатку». Розбираючи з допомогою щоденника типові ситуації, в яких головний біль виникає і посилюється, ми побачили, що

основним тригером є злість на чоловіка, яку пацієнтка не виражала (див. схематичне зображення підтримуючого циклу на наступному аркуші). За допомогою техніки вирішення проблем, поведінкових експериментів (результати записувалися, що допомогло пацієнтці побачити їх ефективність), технік роботи з хронічним болем було досягнуто редукції симптому з 9 до 5 балів. Як наслідок, відбулося покращення настрою Наді та тимчасове налагодження стосунків у парі.

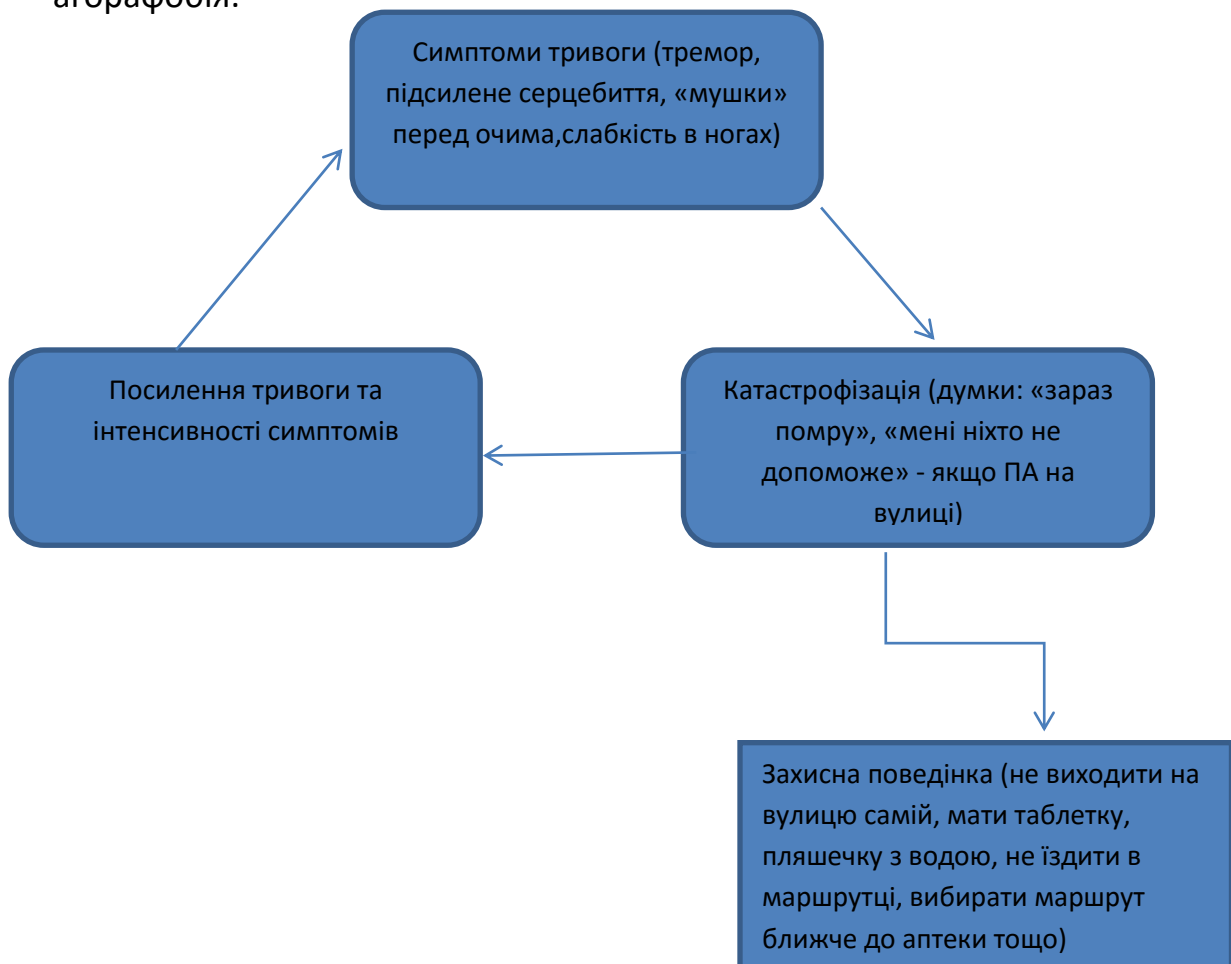


Зважаючи на наявність депресивного розладу легкого ступеню, було проведено психоедукацію щодо цього розладу та застосовано техніку поведінкової активації, що виявилася дуже ефективною для пацієнтки (думаю, значною мірою ще й через те, що пацієнтка відчула значне полегшення від покращення фізичного самопочуття – головний біль турбував її все рідше і переносити вона його почала значно легше, відповідно, й настрій покращився). Цікаво, що підтримкою для Наді в цей час стала інтернет-переписка з хлопцем з «Джерела», що живе з ДЦП – «зрозуміла, що в мене все є, нема чого скиглити, треба жити повноцінно».



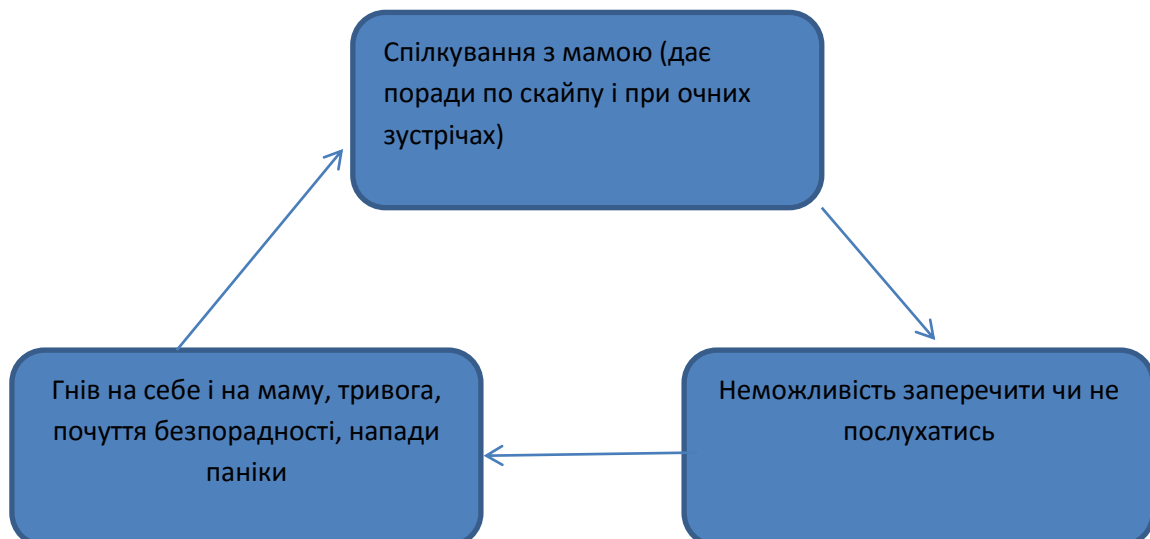
В результаті роботи з депресією (за опитувальником Бека – редукція симптомів з 24 до 7) пацієнтка почала більше часу присвячувати хатнім справам, своєму зовнішньому вигляду, відновила контакти з сусідкою, стала частіше розмовляти по телефону з сестрою, запрошувати її в гості, відчула себе сильнішою і впевненішою, що її «повернуло до старих добрих часів, коли була молода і весела».

Наступною мішенню терапевтичних втручань стали напади паніки та агорафобія:



В ході терапевтичних сесій було проведено психоедукацію щодо паніки та агорафобії з використанням матеріалів Оксфордського центру психотерапії, проведено кілька експериментів у кабінеті (гіпервентиляція) з подальшим закріпленням вдома. Було застосовано також експозицію в уяві (панічна атака на вулиці, реакція перехожих, доведення образу до завершення). Як результат – пацієнтка почала виходити з дому сама без «засобів захисту», найважче їй було зважитися пройтися по центру на каблуках (дуже нестійке становище), але вона зробила це і дуже собою пишалася.

Здавалося, усе нормалізується, але тут несподівано мама пацієнтки вирішила приїхати в Україну зі своїм чоловіком, що породило в Наді неочікуваний для мене протест і дозволило побачити ще одну важливу проблему: надмірну залежність від матері одночасно з сильною неприязню до вітчима. Виявилося, що матір пацієнтки також має напади паніки, рятується власними методами (цукерки, таблетки) і нав'язує їх Наді. Матір також вимагає від неї повного послуху стосовно інших життєвих питань, заперечуючи будь-які спроби доньки відстояти свою думку, щодня у спілкуванні через скайп вимагає звіту про прожитий день. Виявилося також, що чоловік матері сексуально домагався пацієнтки під час одного з її візитів до матері, але спроба не вдалася. Таким чином, Надія, з одного боку, не може протистояти матері, не хоче її засмучувати і розповідати про причини неприязні до вітчима, а з іншого - не може виконувати усі її вказівки (в тому числі бути люб'язною з вітчимою, догоджати йому). Цей внутрішній конфлікт дуже дестабілізує пацієнтку, після новини про приїзд матері і вітчима напади паніки почастишали. Оскільки поведінкові експерименти були недостатньо ефективними (Надю буквально «заціплювало», вона не могла дозволити собі не відповісти на дзвінок матері, навіть коли була дуже зайнята, не могла явно заперечити, коли дуже хотіла) було прийнято рішення застосувати імагінативні техніки, в тому числі елементи символдрами.



Для роботи з ситуацією сексуального домагання, яка не була для пацієнтки надто травматичною, але залишила неприємний осад і почуття провини перед матір'ю, було використано техніку КПТ «зміна образу»: Надя змогла не допустити непристойної поведінки вітчима і програла нейтральний фінал. З мотивів символдрами було використано наступні мотиви: «Луг», «Струмок», «Гора», «Будинок», «Корова» (символічні материнсько-батьківські об'єкти), «Значима особа» (реальна матір). В результаті образного пропрацювання ранніх стосунків з матір'ю пацієнтка змогла зрозуміти, що мама маніпулює нею, а вона сама є дуже інфантильною і залежною; зростає її впевненість в собі, вона змогла в образі, а потім і в реальній розмові по скайпу сказати мамі у формі «я-висловлювання», що вона знає, як допомогти собі і навіть порадила мамі пошукати в Італії когнітивно-поведінкового терапевта. Надя усвідомила також, що її слухняність значною мірою пов'язана з тим, що вона живе фактично на гроші матері, а отже, становлення самостійності і дорослішання неможливе без пошуків самостійного заробітку. Пацієнтка вирішила поїхати на роботу на місце матері, а ту на деякий час переконала приїхати до Львова (відпочити від роботи і приглянути за внучкою). Крім того, пацієнтка подала документи на розлучення з чоловіком, який, як вона також зрозуміла, не задовольняє її, якого вона соромиться, який є джерелом постійного незадоволення Наді. Цей крок був важким для пацієнтки, оскільки вона вважала, що мусить дбати про чоловіка (він почав зловживати алкоголем), зберегти сім'ю «про людське око», але з часом, проаналізувавши стосунки з ним, вплив постійних сварок на її здоров'я та на емоційний стан її доньки (замкнулася в собі, стала сумною, пригніченою), прийняла рішення спочатку пожити окремо, а за 2 місяці подала на розлучення.

Терапію, що тривала 24 сесії, було припинено у зв'язку з суттєвим покращенням стану пацієнтки, а також її від'їздом за кордон з домовленістю про поновлення роботи у разі потреби.

Аналізуючи цей випадок, слід зазначити наступне:

- 1)пацієнтка має кілька діагнозів одночасно і низку супутніх психосоціальних проблем, що утруднювало психотерапевтичну роботу (важко було виокремити основні мішені втручання);
- 2)побудова діагностичного формулювання, психоедукація, і як наслідок, - наявність чіткого розуміння терапевтичного «курсу», використання когнітивних технік та поведінкових експериментів дозволило досить швидко редукувати симптоми, які турбували пацієнтку протягом останніх

4х років, сприяло підвищенню її впевненості в собі, покращенню якості її життя;

3)враховуючи недостатню схильність Наді до рефлексії, високий рівень тривожності доцільним виявилось використання класичних імагінативних технік КПТ;

4)беручи до уваги наявність глибинних стосункових проблем (залежність від матері, близький емоційний зв'язок з батьком, що зловживав алкоголем, травматичні стосунки з чоловіками) та низької самооцінки, ефективним виявилось впровадження у терапевтичний процес елементів символдрами, а саме базових імагінативних технік, спрямованих на символічне опрацювання раннього досвіду стосунків, підвищення самооцінки, з подальшим впровадженням здобутого нового досвіду у реальні стосунки з матір'ю та чоловіком.

## **II.2. Випадок Ірини. ОКР, панічний розлад.**

Пацієнтка: Ірина, 26 років, незаміжня, тимчасово не працює, живе з батьками, сестрою, її чоловіком та сином у невеликому містечку.

Основний діагноз: obsесивно-компульсивний розлад. Супутній діагноз: панічний розлад.

Додаткові проблеми: завищені вимоги до оточуючих і до себе, утруднені стосунки з чоловіками, відсутність роботи, конфліктні стосунки з сім'єю сестри.

Стислий опис перебігу терапії та її результату: КПТ тривала 4,5 місяці, раз на тиждень (загалом 25 сесій). Оскільки obsесії переважали над компульсіями, як основне втручання застосовувались стандартні когнітивні техніки, а також поведінкові експерименти. Для роботи над конфліктними стосунками та проблемами довіри та сексуальності було використано елементи символдрами. За шкалою ОСІ досягнуто 80% редукції симптомів. В часі терапії пацієнтка влаштувалася на роботу, почала спокійніше і впевненіше спілкуватися з рідними, відстоюючи свої інтереси.

Зі слів пацієнтки, вона завжди була тривожною, схильною до «накручувань» себе, переживала за все (навчання, стосунки), мала дуже чутливий сон, скуто виражала емоції, «ззовні все завжди в мене було добре». З матір'ю і татом близькі довірливі стосунки, для молодшої сестри була зразком.

4 роки тому на весіллі сестри раптом почала відчувати брак повітря (пояснює задихом у приміщенні), злякалася ; «була дружкою, мала триматися». За півроку взимку у маршрутці (їхала на іспит в університет) знову відчула запаморочення, «ледь не зомліла», важко було встати з крісла. За якийсь час знов був такий випадок, через відчуття запаморочення повернулася додому і пропустила пари. Навчаючись, влаштувалася на роботу. Пропрацювала місяць, коли раптово померла головний бухгалтер, в пацієнтки раптово інікля думка: «мені дадуть право підпису, з документами не все чисто - є підтасовки фактів; зі мною буде те саме, помру, як вона», на рівні тілесних відчуттів – запаморочення, загальна слабкість, прискорене серцебиття, внутрішнє тремтіння. Не могла заспокоїтись, подзвонила до мами, її забрали з роботи, викликали швидку. Усі обстеження (судини, щитоподібна залоза) – в нормі. Аналізуючи ситуації, в яких траплялися напади паніки, ми прийшли до висновку, що це ситуації прийняття відповідальності та переживання страху соціальної оцінки.

Оскільки пацієнтка живе у невеличкому містечку, де культурально нормою є звернення по нетрадиційну допомогу, якийсь час рятувалася тим, що зливала віск, «знімала вроки» в місцевої знахарки. На якийсь час це принесло полегшення.

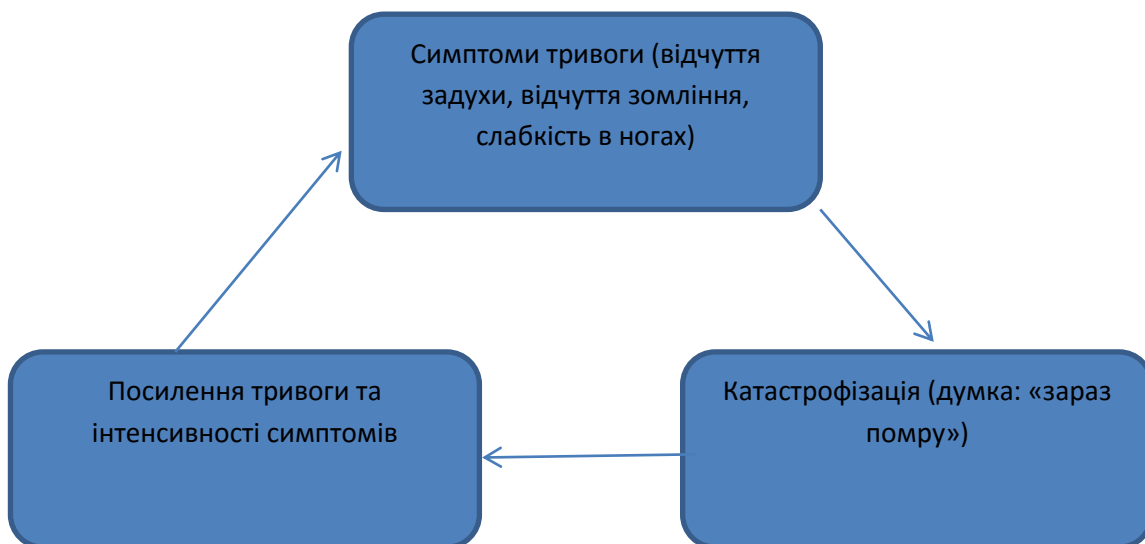
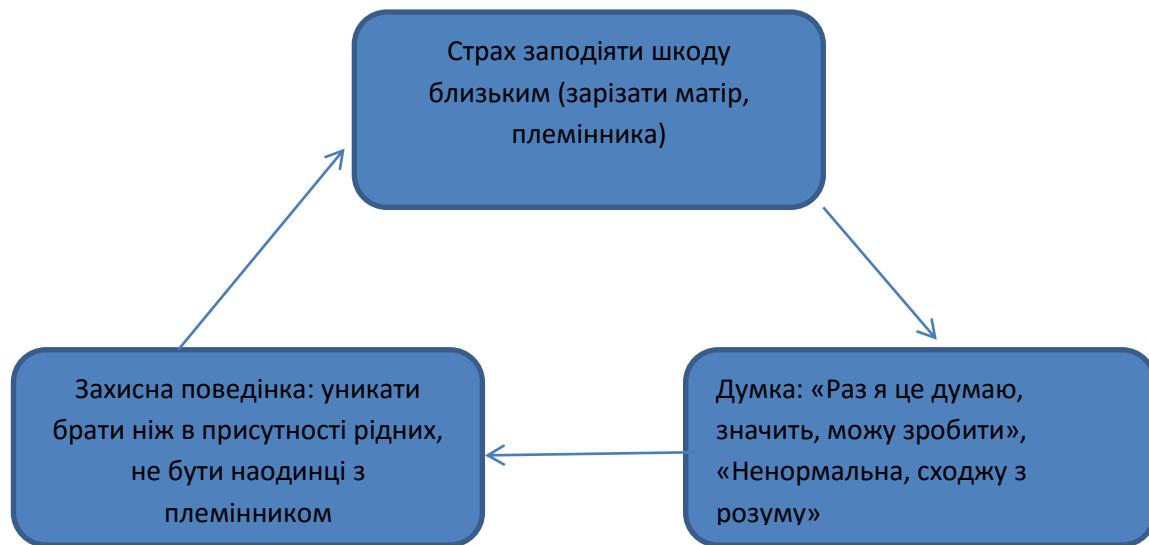
За півроку до звернення до психотерапевта з'явилися богохульні думки у вигляді картинок – описати їх детально пацієнтка соромиться, зазначає лише, що це «сексуальні стосунки з Ісусом». Це дуже налакало Іру, оскільки вона є дуже віруючою; як наслідок - з'явилися думки про покарання: «я грішниця, горітиму в пеклі», за ними – інші картинки (як ілюстрації до Біблії – «великі казани, де карають грішників»), мимовільні матюки подумки в бік святого у церкві, на вулиці – уявлення, ніби вона напала на Бога. Це викликало сильний страх, з картинками і думками ставало дедалі важче боротися. До богохульних додалися ще думки про заподіяння шкоди рідним, також у вигляді картинок – «стою над мамою з ножом, ніби якась сила тягне зробити щось з нею і викинутися з вікна», думки про те, що може зарізати племінника, страх через те, що якщо вона так думає, значить, здатна це реалізувати (пізніше її почала лякати власне відсутність цього страху – «раніше боялася і це стримувала, а зараз не боюся – є більший ризик зробити це»). Захисними стратегіями пацієнтки було помолитися і переключитися на щось інше. Останнім часом в Іри порушився сон – важко засинає через «прокручування» обесій та звинувачення себе за них, сняться жахи (згадати не може, але відчуття чогось страшного при пробудженні присутнє).



Іра багато читала про ОКР, прийшла до психотерапевта дуже мотивована на позбавлення саме від цього розладу, оскільки він її найбільше тривожив. При обстеженні було використано опитувальник ОСІ та опитувальник з базових симптомів SCL-90-R. За результатами обстеження: переважання obsesій над компульсіями, загальна вираженість 33 бала (ОСІ); піки (T=80) за шкалами настирливих станів, тривожності, параноїдального мислення та психотизації, значне перевищення норми за шкалами невпевненості в соціальних контактах, депресивності, агресивності, фобій (що само по собі не свідчить про психіатричний діагноз, але потребує консультації лікаря). Зважаючи на одержані результати, а також на виражену потребу пацієнтки знати, чи в неї все «гаразд з головою», призначено також консультацію психіатра. Підсумовуючи усі обстеження, було встановлено основний діагноз «obsесивно-компульсивний розлад», супутній діагноз - «панічний розлад».

Відповідно на початку терапії було виділено наступні підтримуючі цикли:





Терапію за методом КПТ було розпочато з соціалізації та психоедукації, що тривала впродовж кількох сесій (враховуючи наявність хибної і правдивої інформації про ОКР у самої Іри) і принесла пацієнтці значне полегшення. За рекомендацією супервізора пацієнтці було надано координати священника, який також провів своєрідну психоедукацію щодо настирливих богохульних думок, допоміг пацієнтці подивитися на них як на випробовування, а не як на гріх. Така співпраця була дуже корисною, сподіваюся, надалі вона буде тривати і розвиватися задля підвищення ефективності допомоги пацієнтам з подібними проблемами.

Було проведено кілька сесій з використанням техніки експозиції з попередженням реакції у побутових ситуаціях (сиділа біля мами з ножем, різала капусту біля племінника). Спочатку було використано експозицію в уяві, оскільки сама ідея про те, щоб взяти ніж і бути з ним біля рідних здавалася

неприпустимою і дуже тривожила пацієнтку. Поступово Іра почала спокійно ставитися до таких ситуацій і навіть змогла займатися з племінником витинанням дитячих малюнків, не застосовуючи захисних стратегій. Впроваджено техніки когнітивної реструктуризації з елементами майндфулнес-підходу. Разом з тим, як симптоми ОКР слабшали, на перший план почали виходити проблеми, пов'язані з почуттям неповносправності (через травму в пологах має напівпаралізовану кисть лівої руки), надмірною недовірою до чоловіків, браком досвіду спілкування з ними, відсутністю інтимних стосунків та страхом перед ними, хвилюванням через пошуки нової роботи. Для вирішення останньої проблеми було успішно застосовано техніку вирішення проблем та імагінативну техніку КПТ «програвання реальної ситуації в уяві». Слід зауважити, що на момент завершення терапії Іра влаштувалася на роботу .

Під час сесій пацієнтка почала виражати злість на сестру та її чоловіка, на деяких родичів, що ніколи собі не дозволяла робити («так не гарно, не можна, я не смію»), переживала сильне почуття провини за це. Дуже важко пацієнтці було обговорювати інтимні питання, які постали у зв'язку зі змістом obsesій, і в подальшому відчувалася потреба обговорити проблему становлення сексуальності, її реалізації, всіляких табу в цій сфері. Виявилось, що Іра, з одного боку, має потребу в реалізації сексуальних імпульсів, а з другого виховання та релігійні погляди не дозволяють мати інтимні стосунки до шлюбу. Обговорюючи питання вибору потенційного партнера, ми вийшли на ідеалізований образ чоловіка без жодних недоліків. Таким чином, постало питання інтеграції в КПТ елементів символдрами як допоміжної техніки для пропрацювання проблем сексуальності, підвищення впевненості в собі, прийняття себе. Х.Льойнер вважав, що «сексуальні проблеми і стосунки з партнером природньо проектуються вже в кататимній панорамі основного ступеню символдрами (стандартні мотиви). Тим не менше, є сенс дізнатися за допомогою «прямого звернення до несвідомого», які конфлікти і комплекси є у пацієнта в його інтимних стосунках» (Leuner H.,1994). Таким прямим «питанням» служать спеціально розроблені мотиви – «Посудина», «Стародавня майстерня по виготовленню посудин», «Автостоп», «Дика кішка»:

1)мотив «Посудина» вперше запропонував французький психотерапевт, основоположник методу керованого фантазування, Робер Дезуаль у 30-ті рр.ХХст. Те, яку посудину уявить жінка, відображає, на думку Дезуаля, її ставлення до себе як до жінки, до свого жіночого начала;

2)мотив «Стародавня майстерня...» дозволяє пацієнту дослідити різні матеріали, обрати свій, виготовити посудину бажаної форми, розміру, вигляду,

додати або видозмінити щось у посудині з попереднього мотиву (за потреби); фактично, цей мотив відображає ідеал «Я», дозволяє на символічному рівні побачити цей бажаний образ і наблизитись до нього;

3) мотив «Дика кішка» дозволяє жінці побачити, прийняти, виявити чуттєвість, власні бажання і почуття без постійного контролю розуму над ними;

4) сексуальна проблематика пропрацьовується мотивами основного ступеню символдрами: спальня в будинку (мотив «Будинок»), взаємодія з гострою чи округлою горою (мотив «Гора»); за допомогою мотивів середнього і вищого ступеню – «Кущ троянди», з якого треба зірвати квітку, поїздки на попутній машині (автостоп), плодового дерева, плід якого з'їдається, отвору на болоті, походу на пляж. В мотиві «Автостоп» проектується як сексуальні, так і міжособистісні стосунки між партнерами, стає зрозумілим, які конфлікти і труднощі є в людини в інтимній сфері. Поїздка на автомобілі – це завжди ризик, тому, коли жінка сідає в машину, за кермом якої сидить чоловік, вона тим самим ніби довіряє йому своє життя і здоров'я. У нас час багато жінок самі керують машиною, але в образі переважно з'являється водій-чоловік. Якщо за кермом в мотиві сидить жінка, це може означати інфантильну залежність від матері або певні гомосексуальні тенденції. Мотив «Автостоп» показує, наскільки жінка може довіритися світу в цілому, наскільки вона може емоційно віддатися чоловіку у вузькому сексуальному сенсі цього слова.

Оскільки цей мотив був надзвичайно значимим для пацієнтки, зупинимося на ньому детальніше. Отже, згідно інструкції, Ірі було запропоновано уявити, що вона, втомлена, повертається додому в сільській місцевості. Психотерапевт каже, що зараз з'явиться повозка чи машина, сама зупиниться, керманіч (водій) запропонує її підвезти. Незважаючи на втому і на те, що водій їй сподобався, пацієнтка не змогла сісти в авто, мотивуючи тим, що у «чоловіків лише одне в голові, і довіряти їм не можна». Коли ж водій спробував вмовити її, пацієнтка пережила дуже сильний страх, втекла. Після виходу з образу було проведено обговорення, в ході якого з'ясувалося, що ці переконання були прищеплені батьками обом донькам, але молодша сестра пацієнтки змогла собі дозволити переступити через них і зараз має шлюб і дитину, чому Іра заздрить (зізнатися в цьому їй було дуже важко). Після обговорення та аналізу малюнку, через 2 сеанси було запропоновано повторно попрацювати з цим мотивом: пацієнтка змогла сісти в авто, переживаючи при цьому збудження, радість і легкість. Через 2 тижні Іра повідомила, що зареєструвалася на сайті знайомств і дозволила собі прийняти запрошення на каву від співробітника. Обсесії на сексуальну тематику стали значно рідшими (1-2 рази на тиждень

проти 3-4 раз щоденно на початку терапії), пацієнтка зізналася, що почала бачити еротичні сні (що приносить їй задоволення).

Отже, на прикладі цього випадку ми бачимо, що символдрама допомагає вирішувати проблеми, що мають емоційну природу, емоційними ж засобами, дозволяє прийняти те, що при використанні вербальних технік, ймовірно, залишилося б «поза кадром». Це робить її ефективною при корекції проблем інтимної сфери.

Оскільки запиту на роботу з панічним розладом не було (як і нападів паніки протягом останнього року), було проведено психоедукацію щодо цього розладу і запропоновано брошуру Д.Вестбрука. Спільно з пацієнткою було прийнято рішення про припинення терапії з її можливістю її продовження в разі необхідності.

### **II.3. Випадок Ярослава: дистимія, пограничний розлад особистості.**

Пацієнт: Ярослав, 19 років, студент ліцею, разом з молодшою сестрою винаймає у Львові квартиру. Батьки розлучені, мати тривалий час працює за кордоном, батько зловживає алкоголем, має ряд важких соматичних захворювань, живе у невеликому містечку.

Основний діагноз: дистимія.

Супутній діагноз: пограничний розлад особистості.

Оскільки пацієнт не був дуже мотивований на проходження терапії, можна говорити про підтримуючий супровід з використанням методу терапевтичного обстеження (ТА) при самоушкоджуючій поведінці у підлітків та елементів символдрами. В цілому відбулося 6 зустрічей з психотерапевтом, пацієнт також спостерігається психіатром.

Хлопець скерований психологом ліцею, де навчається, з приводу самоушкоджуючої поведінки – випадково під час проходження виробничої практики майстер зауважив наявність шрамів на обох руках. Пояснюючи їхнє походження, хлопець зауважив, що не збирався вчиняти самогубство, «просто було погано і захотілося порізати руку». При детальному розпитуванні виявилось, що це не перший епізод самоушкодження – спочатку пацієнт просто бив кулаком у стіну, потім спробував самопорізи, але настільки глибокі зробив вперше.

Під час перших звернень хлопець виглядав пригніченим, розмовляв тихо, але на питання відповідав досить щиро. З одного боку, викликає співчуття,

бажання підтримати, а з другого – здивування і відчуття деякої невідповідності одягу, стилю мовлення, загального зовнішнього вигляду. Пізніше я зрозуміла, що джерелом мого здивування було відчуття амбівалентності щодо статі пацієнта – занадто жіночий на вигляд хлопець; колориту додавав пірсінг (у вухах, носі), неформальний стиль одягу, цікаві глибокі розмірковування і одночасно труднощі у формулюванні чіткої відповіді. Було проведено обстеження з використанням опитувальника SCL-90-R, шкали депресії Бека, проведено оцінку суїцидального ризику. За результатами обстежень: значні перевищення норми за шкалами тривожності, депресивності, невпевненості в соціальних контактах, психотизації (в його випадку – виражається в соціальній самоізоляції). Наявність суїцидальних намірів та складання суїцидальних планів заперечує, хоча суїцидальні думки періодично з'являються у вигляді «краще б мене не було».

Для Ярослава характерні виражена емоційна нестійкість (настрій змінюється від звично пригніченого до депресивного, є напади тривоги і дратівливості, які він сам пояснити не може), імпульсивність у прийнятті рішень (на Зтю зустріч прийшов поголений налісо – «захотілося чомусь, тепер шкодую»), недостатній контроль над гнівом (не пам'ятає потім, що робив і казав, не розуміє, чому гнів виник), виражене порушення ідентичності (принаймні, статевої і професійної), почуття порожнечі. Усе вище вказане дозволяє зробити висновок про наявність у пацієнта пограничного розладу особистості.

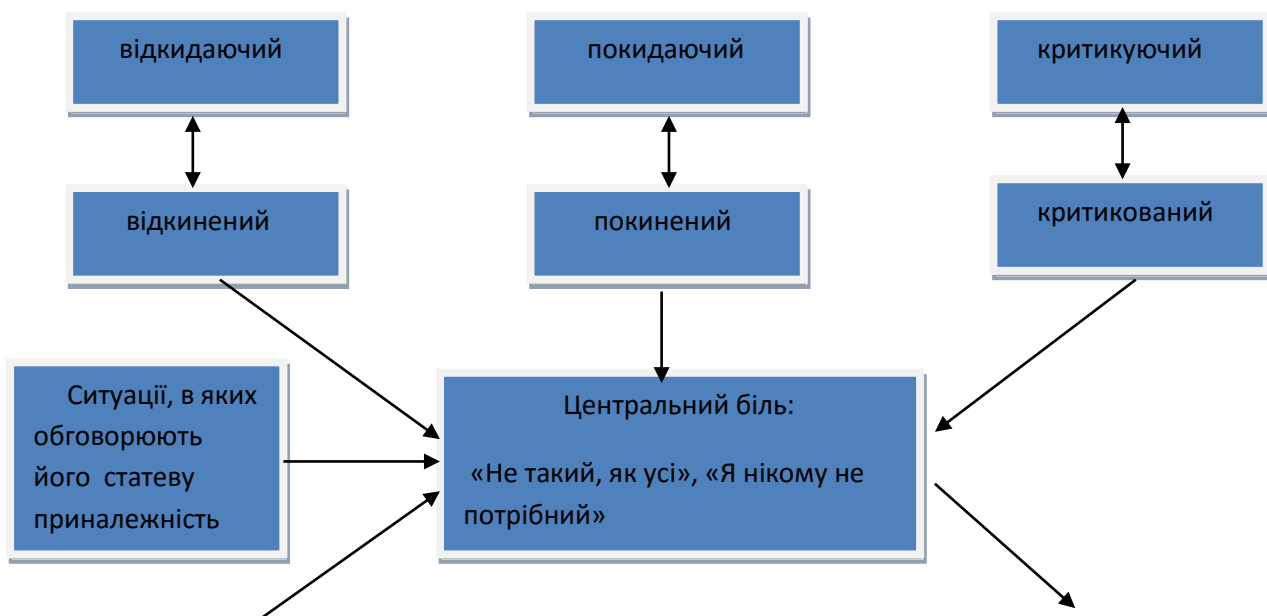
Накопичення психологічних проблем почалося, зі слів пацієнта, близько 5 років тому, що співпадає в часі з від'їздом матері за кордон (сім'я взяла великий кредит на купівлю житла). Ярослав зазначає, що спокійно прийняв це рішення, бо розумів його необхідність - не батька покладатися в цьому було не можна, бо він періодично «йшов у запій», а невдовзі після від'їзду дружини захворів на туберкульоз. Фактично турботу про сім'ю взяла на себе бабуся, частково довелось опікуватися сестрою і батьком Ярославу. Стосунки з близькими пацієнт описує як досить формальні, найбільш емоційним є стосунок з матір'ю, проте вона не в курсі проблем сина, в т.ч. епізодів самоушкодження та тривалого періоду зниженого настрою – «в мамі і без мене багато труднощів, то я маю її підтримати, а не вона мене». Проживає з 17річною сестрою на зйомній квартирі, готує їжу, прибирає. Сестра частково в курсі його проблем.

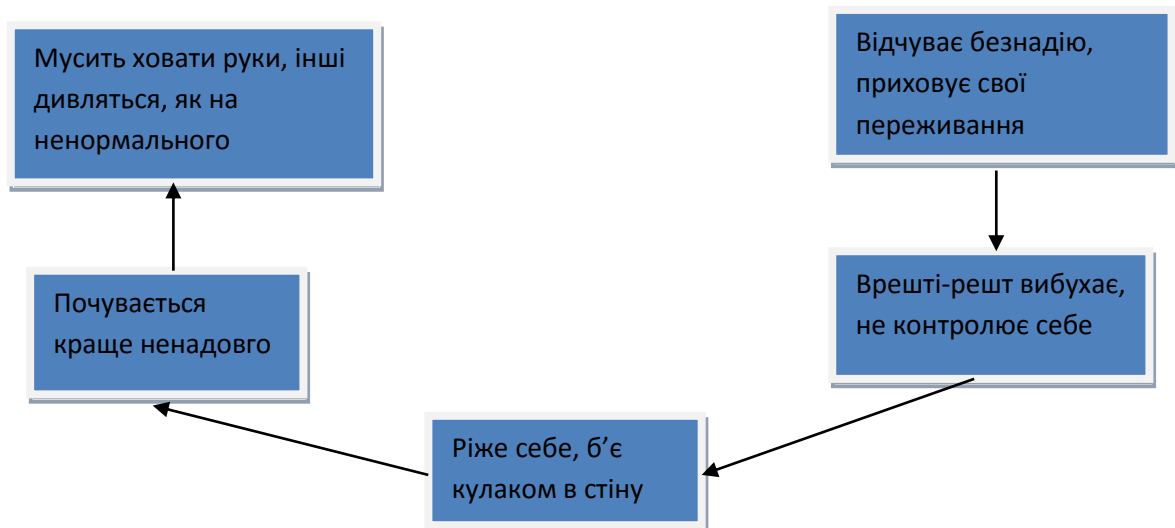
Спілкується пацієнт лише з дівчатами, «з хлопцями якось не складається», «часто обзивають і б'ють». Його майбутній фах можна назвати традиційно жіночим. На момент звернення постало питання про перездачу кількох іспитів, Ярослав вагався, чи потрібно продовжувати навчання, не бачив особливого

сенсу в цьому (слід зауважити, що до навчання в ліцеї він 1 семестр провчився в університеті на спеціальності, яка його завжди цікавила, але під час сесії його «накрило» - було важко зосередитися, мав песимістичний настрій, не зміг підготуватися (не мав підтримки збоку дорослих?) і був відрахований).

Враховуючи постійно знижений настрій, було запропоновано поведінкову активацію, ведення щоденника думок. Пацієнт з цим завданням не впорався, мотивуючи тим, що не може відслідкувати причинно-наслідкових зв'язків між погіршенням настрою та думками. Зважаючи на юний вік та відсутність підтримки з боку близьких, ми розцінили ситуацію Ярослава як досить ризиковану в плані рецидиву самоушкоджень (і, можливо, спроби суїциду). Було обговорено можливість залучити матір пацієнта до терапевтичного процесу. Спочатку хлопець був категорично проти цього, але аналіз переваг і втрат дозволив йому прийняти рішення про те, щоб принаймні сказати матері про свій емоційний стан і про відвідання психотерапевта. Під час чергової розмови по скайпу пацієнт повідомив матері про свої актуальні труднощі і був здивований, що вона сприйняла цю інформацію спокійно, запропонувала свою підтримку, спонукала його до продовження навчання (пацієнт перманентно вирішував припинити навчання у ліцеї). З того часу матір почала більше цікавитися справами сина, їхні розмови стали більш емоційно забарвленими, що подобається хлопцеві.

Від початку роботи з Ярославом було зрозуміло, що це не буде тривало, оскільки хлопець ставився до сесій досить формально, виконуючи «припис» психолога ліцею. Було вирішено зосередитися на профілактиці самоушкоджуючої поведінки і використано метод терапевтичної оцінки при самоушкоджуючій поведінці у підлітків (D.Ougrin,2012?) В результаті збору діагностичних даних було розроблено наступну діаграму:





Слід зазначити, що Ярославу було надзвичайно важко визначити, що є тією останньою краплею, що спонукає його до самоушкодження, «все відбувається ніби само по собі, просто стає нестерпно погано». Усі спроби спонукати його відповісти на запитання, стандартні для терапевтичного дослідження при самоушкодуючій поведінці, були невдалими. Лише за допомогою імагінативної техніки «Уявлення реальної ситуації» вдалося вловити «пусковий механізм» самоушкодження: виявилось, що усі епізоди такої поведінки траплялися після того, як йому прямо або непрямо задавали питання щодо його статево-рольової ідентифікації («ти мужик чи баба?»). Основною трудностю було те, що хлопець сам не міг впевнено відповісти на це питання, тому його так мучили ці питання і натяки оточуючих.

Оскільки близьких емоційних стосунків пацієнт не має ні з ким, обговорити це питання відверто він не міг. Тема ідентичності, зокрема статевої, останні 2 роки стала для нього «ахілесовою п'ятою», і разом з запоями батька, труднощами адаптації у Львові – як у побутовому плані, так і в навчальному, в соціальному – стала для нього підставою для постійного пригнічення. Враховуючи глибину проблеми, а також виражену здатність хлопця до образного мислення, було вирішено застосувати інші імагінативні техніки, зокрема, деякі стандартні мотиви символдрами та такі специфічні мотиви, як «Меч», «Лицарський турнір», спрямовані на діагностику та укріплення статево-рольової ідентифікації. При роботі з підлітками та молодими людьми такі мотиви, як «Гора», «Узлісся», «Меч», «Гончарна майстерня», «Зустріч з особливо значимою особою» (мати, батько, друзі і т.і.) в реальному чи символічному вигляді (в образі тварини, рослини і т.і.), «Одержання у володіння ділянки землі, щоб щось на ній збудувати чи виростити», «Уявлення себе на 10 років



старшим», «Власна машина» дозволяють провести роботу з формування позитивного образу «Я», прийняття молодою людиною власної унікальності, усвідомлення своєї соціальної та особистісної компетентності, допомагають визначитися у питаннях планування майбутнього. Проблема ідентичності та ідеалу «Я» в символдрамі пропрацьовується також за допомогою мотиву «Ім'я тієї ж статі»(пацієнту пропонується уявити спочатку будь-яке ім'я однієї з них статі, потім людину, яку так звать, детально описати, повзаємодіяти з нею). З усього перерахованого вдалося провести лише кілька мотивів, оскільки Ярослав не був достатньо зацікавленим у психотерапевтичних зустрічах.

Згідно процедури ТА, спільно з пацієнтом було розглянуто альтернативні до самоушкоджуючої види поведінки, зібрано «чарівну скриньку самодопомоги» (термін пацієнта), розроблено діаграму з виходами.

Ми усвідомлюємо, що це лише початок складного і тривалого психотерапевтичного шляху, що було обговорено з пацієнтом. І разом з тим, було досягнуто деяких змін, що ми розцінюємо як позитивні: пацієнт має кращий настрій, змінив зачіску на більш чоловічу, зняв кульчики з вух, почав одягатися по-іншому (загалом справляє враження хлопця); вирішив завершити навчання у ліцеї, збирає інформацію про можливість вступу до вузу і здобуття вищої освіти, підшуковує собі роботу.

### III. Підсумкові рефлексії.

***«Реальну проблему слід вирішувати реальними засобами, уявну – уявними, а різницю досягати освіченим розумом» (проф. Завьялов В.Ю.)***

Разом з тим, що КПТ клінічно довела свою ефективність при лікуванні ряду розладів, вона не є панацеєю зі 100% гарантією миттєвого одужання. Крім того, у процесі лікування практично кожного пацієнта часто виникають ті чи інші труднощі, що дозволяє терапевту виявити свій творчий потенціал, гнучко підійти до роботи з індивідуальними особливостями даного пацієнта, використати за потреби доцільні у кожному конкретному випадку техніки та прийоми, інтегруючи їх у досвід пацієнта та у власний професійний досвід.

В ході терапевтичної практики як когнітивно-поведінкового терапевта мною також було виділено ряд особливостей, які виникають у пацієнтів незалежно від етапу терапії, що можуть спричиняти труднощі в досягненні ефекту від застосування стандартних технік КПТ, зокрема:

- 1) Недостатня здатність до вербалізації почуттів, переживань (алекситимія);
- 2) Наявність надмірної скутості і стриманості, «табу» на обговорення питань, що стосуються інтимних сторін життя пацієнта при одночасній потребі вирішити ці питання;
- 3) Труднощі у відслідковуванні «гарячої» думки та встановленні зв'язків між емоціями, думками, поведінкою поряд з вираженою здатністю до образного мислення;
- 4) Наявність у пацієнта розладу особистості і відповідно цілого комплексу проблем, що утруднює досягнення терапевтичних цілей шляхом застосування класичних методів когнітивно-поведінкової терапії.

Як зазначають Бек і Фрімен (Бек А., Фрімен А., 1990), «використання дитячого досвіду при лікуванні гострої стадії депресії чи тривоги не так важливо, як при лікуванні розладу особистості. Нерідко ми виявляємо, що після того, як депресія і тривога минули, у пацієнтів зберігається остаточне дисфункційне мислення, яке не змінюється стандартними когнітивними і

поведінковими методами (Beck at al.,1985). Аналіз дитячого досвіду дає можливість зрозуміти походження дезадаптивних паттернів. Пропрацювання цього досвіду за допомогою імагінативних технік може мобілізувати емоції і змінити глибинні установки та переконання. Відтворення значимих ситуацій минулого, переживання емоційного «катарсису» часто дає можливість реструктурувати установки, сформовані протягом усього періоду розвитку. Просто говорячи про травмуючі події минулого, людина може зрозуміти, чому вона має саме такий образ «Я», але не може змінити його. Для зміни потрібно повернутися в минуле і відтворити ситуацію у прямому чи символічному сенсі, «переписавши» свою власну історію у більш адаптивний спосіб».

Враховуючи усе написане вище, важливо використовувати в роботі з пацієнтами весь арсенал технік та методів, напрацьованих когнітивно-поведінковою терапією, задіюючи імагінацію, а також за необхідності (наявність у пацієнта розладу особистості, комплексність проблем тощо) залучати додаткові можливості та техніки з інших видів психотерапії. Такими техніками можуть виступати різноманітні імагінативні техніки.

Зокрема, з мого психотерапевтичного досвіду очевидним є ефективність поєднання когнітивно-поведінкової та кататимно-імагінативної психотерапії (символдрами): побудова діагностичного формулювання, психоедукація, і як наслідок, - наявність чіткого розуміння терапевтичного «курсу», використання когнітивних технік та поведінкових експериментів дозволяє досить швидко редукувати симптоми, інсталує надію на повноцінне життя без розладу, а інтеграція в психотерапевтичний процес керованої імагінації доповнює результативність внутрішніх (глибинних) змін, сприяючи вирішенню ранніх та актуальних проблем, зокрема, проблем прощення, прийняття себе, ідентичності та ін.

## БІБЛІОГРАФІЯ.

1. Александров А.А. «Современная психотерапия». – СПб.,1997
2. Бек Д. «Когнитивная терапия. Полное руководство. – М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2006.-400с.
3. Бек А., Фримен А. «Когнитивная психотерапия расстройств личности». – 1990.
4. Вестбрук Д., Рауф К. «Что такое паника?»
- 5.Выготский Л.С. «Психология творчества»
6. Николаенко Н.Н. Психология творчества.-СПб, 2007
7. Обухов Я.Л. «Символдрама и современный психоанализ». – Харьков, 1999
8. Романчук О. «КПТ обсессивно-компульсивного розладу». – Euronews, 2011
9. Leuner H. Lehrbuch der Katathyme-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. – Huber,1994
10. Ougrin D.,Ng A.V.,Zundel T. «Therapeutic Assessment based on Cognitive Analitic Therapy»
- 11.Westbrook D., Kennerley H., Kirk J.«*An introduction to cognitive behavior therapy*».2<sup>nd</sup> edition. – Журнал «Вестник ассоциации психиатров Украины». – (04) 2013