

**ОСНОВНІ ТЕХНІКИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЯВИ В КОГНІТИВНО -
ПОВЕДІНКОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Пушко Є. І.

Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня
імені О. Ф. Мальцева Полтавської обласної ради»,

Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка
yevheniipushko@gmail.com

На сьогодні існують сотні психотерапевтичних технік-інтервенцій, які потребують класифікації та систематизації з точки зору психологічних закономірностей, вияву загальних факторів або способів психологічного впливу, перевірки їх надійності. Оскільки цілісна систематизація цих технік є актуальною, але вимагає ґрунтовного дослідження, у цій статті ми торкнемося лише одного її аспекту, а саме тих технік когнітивно-поведінкової психотерапії, які певною мірою залучають уяву пацієнта.

Отже, метою статті є огляд та визначення основних технік когнітивно-поведінкової психотерапії, які використовуються при певних психоемоційних проблемах і тою чи іншою мірою впливають на уяву. Основні методи дослідження – описовий, порівняльний, індуктивний, дедуктивний, аналітичний та синтетичний.

Формування образів грає важливу роль при різноманітних патологічних станах, особливо враховуючи дані про те, що візуальні образи викликають набагато більше емоцій, ніж вербалізовані думки. Нав'язливі, афективно-заряджені уявні образи часто викликають дистрес у пацієнтів, які страждають на різні афективні розлади. Наприклад, постійні думки й «програвання в голові» різних тривожних ситуацій практично завжди зустрічаються в пацієнтів із тривожними розладами. Пацієнти, які страждають на депресію, відчувають труднощі у формуванні будь-яких позитивних образів, а уявлення в думках власного самогубства і способів його здійснення, як доведено, збільшує суїцидальний ризик. У пацієнтів з біполярним розладом можуть виникати спонтанні нав'язливі спалахи образів, «флешфорварди» про майбутнє самогубство. Мимовільні нав'язливі чуттєві образи є одним з ключових компонентів тяги до об'єкта залежності в пацієнтів, які страждають відповідними розладами. Вони також є ключовим компонентом ПТСР. Відчуття реальності цих нав'язливих «флешбеків» і те, наскільки сильно вони, як здається, відбуваються в даний час, визначає, наскільки легко ці «флешбеки» виникають і, відповідно, впливає на тяжкість перебігу та прогноз для пацієнтів з ПТСР. Крім того, виявлено, що навіть фантазія та уява, не пов'язані з формуванням травматичних образів, асоційовані з вагою симптоматики ПТСР. Було встановлено, що в пацієнтів з більш сильною уявою частіше виникають «флешбеки» (Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L. & Clark, D., 2005). Також значну роль у проблемі сприйняття себе, власної ідентичності, здатності до

прогнозування своїх дій та їх наслідків займає уява при межовому розладі особистості (Лайнен, 2008).

Переходячи до історії застосування методів, зазначимо, що організований вплив на уяву пацієнта, подібний до такого, що використовується в когнітивно-поведінковій терапії, вперше був запропонований основоположником раціональної психотерапії Полем Дюбуа (Дюбуа, 1912). Аарон Бек, засновник когнітивної терапії (СТ), активно застосовував уяву пацієнтів на своїх сеансах, зокрема при лікуванні тривоги, позаяк у тривожних пацієнтів переважають не стільки «автоматичні думки», скільки «нав'язливі образи», тобто дезадаптующим фактором є радше не мислення, а уява (фантазія). Психотерапевт дозволяв пацієнтові знову пережити травмуючі події минулого й таким чином реструктурувати досвід і, як наслідок, похідні від цього досвіду установки (Бек, Фрімен, 1990, с. 64). Основні техніки уяви, за А. Беком, такі: 1) Методика припинення: гучна команда собі «припинити!» – негативний образ мислення або уяви припиняється. Це також буває ефективним для зупинки нав'язливих думок при деяких психічних захворюваннях. 2) Методика повторення: повторити кілька разів правильний образ мислення, щоб зруйнувати сформований стереотип. 3) Метафори, притчі, вірші: терапевт використовує такі приклади, щоб пояснення було більш зрозумілим. 4) Модифікуюча уява: пацієнт активно й поступово змінює образ від негативного до більш нейтрального й навіть позитивного, тим самим розуміючи можливості своєї самосвідомості та свідомого контролю. Зазвичай навіть після важкої невдачі можна знайти хоч щось позитивне в події (наприклад, «я отримав гарний урок») і сконцентруватися на цьому. 5) Позитивна уява: позитивний образ замінює негативний і надає релаксуючу дію. 6) Конструктивна уява (десензитизація): пацієнт ранжує ймовірність очікуваної події, що призводить до того, що прогноз позбавляється своєї глобальності й неминучості (Бек, Емері, Грінберг, 1985).

Альберт Елліс, засновник раціонально-емотивної (емоційної) поведінкової психотерапії (REBT), теж приділяв значну увагу ролі уяви. Його теорія пояснює походження психічних розладів, душевних травм тощо не як наслідок об'єктивних подій, що відбуваються з людиною, а як наслідок переконань та ірраціональних уявлень з приводу цих подій. Основні техніки уяви у REBT – раціонально-емоційна уява та метод тимчасової проєкції. 1) Раціонально-емоційна уява – уявлення соціальної або реальної ситуації невдачі, при якій у клієнтів зазвичай з'являються ірраціональні мислі, емоції або поведінка, і наступна за цим перебудова уяви, щоб клієнт відчув здорові емоції (замість ірраціональних і патологічних). 2) Метод тимчасової проєкції (замість прямого піддавання сумніву дисфункціональних переконань клієнта спонукають представити, що з ним буде через нетривалий час після «жахливої» події, щоб допомогти в такий спосіб опосередковано змінити ірраціональне життя, після того, як клієнт може «побачити», що він зможе пережити «жахливу» подію й почати рухатися далі до своїх цілей і створювати нові цілі) (Елліс, Драйден, 2002, с. 70-71).

У сучасності, до вищеназваних технік роботи з уявою Ян Прашко та співавтори (Прашко, 2015) додають ще й такі, як:

1. Повторення уявлення та перенасичення. Ця техніка особливо часто використовується при роботі з фобічними, тривожними розладами та ПТСР і полягає в титрованій експозиції до негативного стимулу, що поступово буде згасати через невідповідність реальній безпеці в ситуації терапії.

2. Керована зміна уявлення. Інший варіант зміни тривожної ситуації: клієнт у своїй уяві змінює розмір, відстань та інші властивості об'єктів, від яких він відчуває загрозу.

3. Проекція часу. Якщо клієнт стурбований ситуацією, яка його чекає, можна попросити його представити, як він цю ситуацію буде оцінювати через кілька місяців або років. Цей метод запропонував Арнольд А. Лазарус.

4. Створення надлишкового перебільшення. Цю практику як один з основних методів використовував ще Віктор Франкл, який утім був екзистенційним психотерапевтом і не належав до когнітивно-поведінкового напрямку. Дана техніка полягає у свідомому перебільшенні власних негативних образів, доведення їх до абсурдних, після чого вони багато в чому стають комічними для самого ж клієнта й допомагають йому зрозуміти механізми перебільшення своїх страхів.

5. Практикування уявлення. При плануванні домашнього завдання іноді доречно, щоб клієнт пройшов сеанс уявлення. Так, він зможе підготуватися до можливих проблем і зрозуміє, як їх вирішити. Ця підготовка в уяві в більшості клієнтів підвищить готовність вирішити задачу, тому що під час повторного уявлення інтенсивність тривоги поступово зменшується. Рейд Вілсон (Wilson, 1987) рекомендує проводити тренування двома послідовними етапами. На першому етапі клієнт повинен буде представити самого себе після того, як йому вдалося успішно виконати завдання. На другому етапі клієнт уявляє, як він виконує певне завдання. Він займає позицію спостерігача. Якщо він відчуває підвищену тривожність, можна перервати цю вправу і віднести до себе зі співчуттям, щоб потім спробувати знову. Якщо клієнту вдається в поданні успішно вирішити це завдання, він повинен себе похвалити і спробувати відчути радість.

6. Уявлення майбутнього. Фредерік Мелгес (Melges, 1982) рекомендує в кінці терапії, коли пацієнт уже навчився справлятися з неприємними емоціями, створити докладну картину власного майбутнього на кілька місяців вперед, а також уявити, в яких ситуаціях можливий рецидив проблеми і що він зможе вдіяти в такому разі.

Емпіричні методи (використання уяви або рольові ігри) застосовуються для емоційної реструктуризації і у схема-терапії – одному з центральних підходів у новітній «третій» хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Їх метою є випробування нового емоційного (коригуючого) досвіду і зв'язок когнітивного розуміння з емоційними станами (Young, 2003). Джефрі Янг переконаний, що без їх використання в КПТ неможливо змінити малоадаптивні схеми, тому що вони недоступні для свідомого контролю.

Отже, техніки уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії мають значний вплив. По-перше, вони залучають таку функцію уяви, як здатність представляти дійсність в образах і мати можливість користуватися ними, вирішуючи різні завдання. Ця функція уяви пов'язана з мисленням і безпосередньо в нього включена. По-друге, уява застосовується для регулювання психічних, емоційних та фізіологічних станів, оскільки тісно пов'язана з іншими психічними процесами, зокрема мисленням, волею, увагою, пам'яттю, мовою, емоціями. За допомогою образів клієнт отримує можливість когнітивної реструктуризації, може думкою управляти спогадами, висловами, планувати власну діяльність тощо. Важливим елементом є вербалізація уявного, що призводить до усвідомлення проблеми, тобто уява в такій психотерапії виступає частиною схеми «уява – мова, мовлення – нове мислення – нові емоції – нова поведінка». Утім, найголовніше, що ми повинні не забувати про те, що когнітивно-поведінкова терапія орієнтована не на минулий досвід або майбутнє, а на сьогодення та актуальні проблеми, хоча й повертається до минулого або активно планує майбутнє за потреби. Так і робота з уявою і дисфункціональними думками в ній не полягає просто в «позитивному мисленні» чи «візуалізації успіху», а є лиш окремим, хоча й важливим інструментом, який однак у подальшому має підводити клієнта до закріплення в безпосередньому досвіді під час поведінкових експериментів чи в буденному житті.

Список використаних джерел:

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Когнитивная-психотерапия-расстройств-личности.pdf> (дата звернення: 12.04.2020).
2. Дюбуа П. Воображение как причина болезни. Москва, 1912. 76 с.
3. Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Пер. с англ. М., 2008. 592 с.
4. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М., 2015. 1072 с.
5. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. Пер. с англ. Т. Саушкиной. 2-е изд. СПб., 2002. 362 с.
6. Beck A. T., Emery G., Greenberg R. L. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books, 1985. 343 p.
7. Melges F. T. Time and the Inner Future. NY, 1982. 365 p.
8. Michael T., Ehlers A., Halligan S. L. & Clark D. M. Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behav. Res. Ther.* 2005. # 43. P. 613–628.
9. Wilson R. R. Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks. NY, 1987. 400 p.
10. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota (FL), 1994. 83 p.