

РОЛЬ УЯВИ В КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

THE ROLE OF IMAGINATION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY

У статті розглядаються основні техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, які використовуються у разі певних психо-емоційних проблем і тією чи іншою мірою впливають на уяву. Автор вивчає механізми уяви, їхню участь у психічній діяльності на нейропсихологічному та психофізіологічному рівнях, роль уяви в різних психопатологічних станах. Досліджуються основні техніки уяви, які використовуються в когнітивній терапії А. Бека (методика припинення; методика повторення; залучення метафор, притч, віршів; модифікуюча уява, позитивна уява, конструктивна уява) та в раціонально-емоційній поведінковій психотерапії А. Елліса (раціонально-емоційна уява та метод тимчасової проєкції). З-поміж сучасних технік уяви, за Я. Прашком, виділяються повторення уявлення та перенасичення; керована зміна уявлення; проєкція часу; створення надлишкового перебільшення; практикування уявлення; уявлення майбутнього. Робиться висновок про значущість технік уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. По-перше, вони залучають таку функцію уяви, як здатність представляти дійсність в образах, мати можливість користуватися нею, 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 подумки управляти спогадами, висловами, планувати власну діяльність тощо. По-третє, 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».

Ключові слова: уява, ментальні образи, психопатологічні стани, психічні та психологічні розлади, когнітивно-поведінкова пси-

хотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емоційна поведінкова психотерапія.

The article deals with the basic techniques of cognitive-behavioral psychotherapy, which are used for certain psycho-emotional problems and in some way affect the imagination. The author studies the mechanisms of imagination, their participation in mental activity at the neuropsychological and psychophysiological level, and the role of imagination in various psychopathological conditions. He observes the basic imagery techniques used in A. Beck's cognitive therapy (cessation technique; repetition technique; using metaphors, parables, poems; modifying imagery, positive imagery, constructive imagery) and in rational-emotional behavioral psychotherapy by A. Ellis (rational-emotional imagery and temporal projection method). According to J. Praško, modern imagery techniques also include repetition of imagery and supersaturation; managed change of view; time projection; creating exaggeration; practicing imagery; presenting the future. The conclusion is made about the importance of imagery techniques in cognitive-behavioral psychotherapy. First, they involve such a function of imagination as the ability to represent reality in images and to use them by solving different tasks. This function of imagination is connected with thinking and is directly incorporated into it. Second, imagination is used to regulate mental, emotional, and physiological states, since it is closely linked to other mental processes, such as thinking, will, attention, memory, language, emotions. With the help of images, the clients get the opportunity of cognitive restructuring, that is, they can mentally manage their memories, expressions, plan their own activity, etc. Third, an important element is the verbalization of the imagery, which leads to awareness of the problem, that is, imagery in such psychotherapy is part of the scheme "imagery – language, speech – new thinking – new emotions – new behavior".

Key words: imagination, mental imagery, psychopathological conditions, mental and psychological disorders, cognitive-behavioral psychotherapy, cognitive therapy, rational-emotional behavioral psychotherapy.

УДК 159.954.2:159.9.018]:615.851
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.12-2.4>

Пушко Є.І.

психолог,
Центр психічного здоров'я
КП «Полтавська обласна клінічна
психіатрична лікарня
імені О.Ф. Мальцева
Полтавської обласної ради»,
аспірант
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка

Уява – пізнавальний психічний процес перетворення наявних образів уявлень і створення на цій основі нових образів. Як і інші психічні процеси, уява являє собою одну з форм відображення дійсності. Образи уяви суб'єктивні та є невідчужуваними, тобто належать конкретній людині й не існують поза її свідомістю.

Невизначене становище уяви в систематичі психічних процесів відображає умовність поділу психічної діяльності на окремі компоненти. Є різні погляди до становища уяви в загальній структурі психічної діяльності. Згідно з однією з точок зору, уява розглядається як самостійний психічний процес [4; 6; 8],

згідно з іншою – ототожнюється з іншими психічними процесами й розглядається як особлива форма образного мислення або образної пам'яті [9]. Нарешті, за Ж.-П. Сартром, уява є особливою формою свідомості – образною свідомістю [7].

Натепер є сотні психотерапевтичних технік-інтервенцій, які потребують класифікації та систематизації з точки зору психологічних закономірностей, вияву загальних факторів або способів психологічного впливу, перевірки їхньої надійності. Оскільки цілісна систематизація цих технік є актуальною, але вимагає ґрунтовного дослідження, у цій статті ми торк-

немося лише одного її аспекту, а саме тих технік когнітивно-поведінкової психотерапії, або терапії (КПТ), які певною мірою залучають уяву пацієнта. За словами Сьюзі Хейлз та співавторів, «лише в останнє десятиліття клінічні дослідження, що стосуються уяви, справді набрали обертів. Справді, зараз це розглядається як «гаряча тема» та новий фронтір для розвитку КПТ» [13].

Мета статті – розглянути, систематизувати та узагальнити основні техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, які використовуються у разі певних психоемоційних проблем і тією чи іншою мірою впливають на уяву.

Основні методи дослідження – описовий, порівняльний, індуктивний, дедуктивний, аналітичний та синтетичний.

Доречно буде розпочати з огляду механізмів уяви та їхньої участі у психічній діяльності на нейропсихологічному та психофізіологічному рівнях, оскільки це дасть змогу нам краще зрозуміти необхідність та можливості застосування певних технік, а також того, що когнітивно-поведінкова терапія історично виникла та розвивалася на тлі та в тісному зв'язку з фізіологією та біхевіористськими школами, які натепер розвинулися в потужні крос-дисциплінарні дослідження когнітивних нейронаук.

Є гіпотеза, що візуальна уява може мати функціональний вплив на процеси сприйняття, тобто виступати як би слабкою формою зорового сприйняття. Уявлення про певну картину може так само, як і реальне її сприйняття, ввімкнути процеси навчання, покращуючи наступну за цим чутливість до сприйняття та розпізнавання подібних специфічних стимулів. Окрім того, зміст уявних образів може брати участь у процесах асоціативного навчання з емоційними стимулами так само, як це відбувається в обробці дійсної зорової інформації. В одній праці також було показано, що, чим більш яскравим було світло в уяві у досліджуваного, тим меншим ставав діаметр його зіниць, хоча при цьому зорової стимуляції не було. Нейровізуалізаційні дослідження також свідчать про те, що уяву можна сприймати як певну форму слабого сприйняття з наступним переходом активності «спереду-назад», оскільки в чималій кількості досліджень була показана схожість активності у разі сприйняття та у разі уявлення у свідомості об'єкта, причому під час роботи уяви задіяні зони мозку часто активувалися ніби у зворотному порядку [16].

Формування образів відіграє важливу роль у разі різноманітних психопатологічних станів, особливо з огляду на 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. Напри-

клад, постійні думки й «програвання в голові» різних тривожних ситуацій практично завжди трапляються у пацієнтів із тривожними розладами. Пацієнти, які страждають на депресію, відчують 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 у пацієнтів, які страждають на відповідні розлади. 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 у пацієнтів з більш сильною уявою частіше виникають «флешбеки» [15]. Також значну роль у проблемі сприйняття себе, власної ідентичності, здатності до прогнозування своїх дій та їхніх наслідків займає уява у разі межового розладу особистості [3].

Переходячи до історії застосування методів, зазначимо, що організований вплив на уяву пацієнта вперше був запропонований основоположником раціональної психотерапії Полем Дюбуа [2].

Аарон Бек, засновник когнітивної терапії (КТ), активно застосовував уяву пацієнтів на своїх сеансах, зокрема під час лікування тривоги, позаяк у тривожних пацієнтів переважають не стільки «автоматичні думки», скільки «нав'язливі образи», тобто дезадаптуючим фактором є радше не мислення, а уява (фантазія). Психотерапевт давав змогу пацієнтові знову пережити травмуючі події минулого й таким чином реструктурувати досвід і, як наслідок, похідні від цього досвіду установки: «Логічне обґрунтування цієї процедури вимагає деякого розгляду: просто розповідаючи про травмуючу подію, можна відчути інтелектуальний інсайт щодо того, чому пацієнт має негативний образ себе, але це не змінює такий образ. Щоб змінити образ себе, необхідно повернутися в минуле й відтворити ситуацію. Коли взаємодії жваві, активізується неправильна інтерпретація (поряд з емоціями) й може відбутися когнітивне реструктурування» [1, 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 у разі деяких психічних захворювань.

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 [11].

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. Ядро концепції А. Елліса – модель ABC, де А – активатори (activating experience), В – особисті вірування або способи оцінки подій (раціональні і/або ірраціональні переконання, «В» означає beliefs – думки, переконання), С – емоційні або поведінкові патерни, що виникають унаслідок В («С» означає consequences – наслідки). Особисті вірування в цій формулі є центральними, і саме до «В» належать переконання, цілі, фізіологічна схильність, установки, погляди, уявлення людини про «А», думки, образи, сприйняття, уяву, інтерпретації та висновки щодо «А», внутрішня розмова людини з собою, вибіркова увага та неувага, вибіркова пам'ять та ін. Саме ірраціональні погляди ведуть до хибних, хворобливих наслідків «С», до саморуйнування, а раціональні – навпаки, до продуктивної поведінки. Тому, впливаючи на «В» (у тому числі на уяву), можна прийти до здорових емоцій та поведінки «С».

Основні техніки уяви у REBT – раціонально-емоційна уява та метод тимчасової проєкції.

1) Раціонально-емоційна уява – уявлення соціальної або реальної ситуації невдачі, за якої 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) [10, с. 70–71].

У сучасності до вищезазначених технік роботи з уявою Ян Прашко та співавтори [5] додають ще й такі як:

1) Повторення уявлення та перенасичення.

Ця техніка особливо часто використовується під час роботи 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 [12].

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) Проєкція 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 був екзистенційним психотерапевтом і не належав до когнітивно-поведінкового напрямку. Така 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.

У разі планування 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 завдання, тому що під час повторного уявлення інтенсивність тривоги поступово зменшується. Рейд Вілсон [17] рекомендує проводити тренування двома послідовними етапами. На першому етапі клієнт має 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 мусить себе похвалити і спробувати відчути радість.

6) Уявлення майбутнього.

Фредерік Мелгес [14] рекомендує наприкінці терапії, коли пацієнт уже навчився справлятися з неприємними емоціями, створити докладну картину власного майбутнього на кілька місяців уперед, 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 «третьій» хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Вони відіграють дуже вагомий роль і використовуються для двох цілей: 1) викликати емоційні стани, пов'язані з когнітивними схемами; 2) навчити пацієнта керувати цими емоціями в безпечній атмосфері. Метою емпіричних методів є випробування нового емоційного (коригуючого) досвіду і зв'язок когнітивного розуміння з емоційними станами [18]. Джефрі Янг переконаний, що без їх використання в КПТ неможливо змінити малоадаптивні схеми, тому що вони недоступні для свідомого контролю.

Висновки з проведеного дослідження.

Отже, техніки уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії мають значний вплив. По-перше, вони залучають таку функцію уяви, як здатність представляти дійсність в образах, мати можливість користуватися нею, 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 подумки управляти спогадами, висловами, планувати власну діяльність тощо. По-третє, 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 не маємо 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 лише окремим, хоча й важливим інструментом, який надалі має підводити клієнта до закріплення терапевтичного ефекту в безпосередньому досвіді під час поведінкових експериментів чи в буденному житті.

Подальші дослідження можуть бути спрямовані як на розширення об'єкта вивчення,

тобто залучення до аналізу інших психотерапевтичних технік, де задіяна уява пацієнта, так і на заглиблення в проблему застосування уяви в когнітивно-поведінковій терапії, наприклад, функції в ній метафоризації.

ЛІТЕРАТУРА:

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. Москва, 2008. 592 с.
4. Маклаков А.Г. Общая психология : учебник для вузов. Санкт-Петербург, 2011. 583 с.
5. Прашко Я., Можны П., Шлепецьки М. и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. Москва, 2015. 1072 с.
6. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Москва, 1989. Т.1. 486 с.
7. Сартр Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения. / Пер. с франц. Санкт-Петербург, 2002. 319 с.
8. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. Москва, 2010. 880 с. URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414071.html> (дата звернення: 12.04.2020).
9. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. Москва, 2005. 200 с.
10. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. / Пер. с англ. Т. Саушкиной. 2-е изд. Санкт-Петербург, 2002. 362 с.
11. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books, 1985. 343 p.
12. Briere J., Scott C. Complex Trauma in Adolescents and Adults. *The Psychiatric clinics of North America*. June 2015. Volume 38, Issue 3. Pp. 515–527.
13. Hales S., Blackwell S., Di Simplicio M., Iyadurai L., Young K., Holmes E. Imagery Based Cognitive-Behavioral Assessment. *Assessment in Cognitive Therapy* / Editors: Gary P. Brown and David A. Clark. New York, 2015. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311390/> (дата звернення: 23.04.2020).
14. Melges F.T. Time and the Inner Future. New York, 1982. 365 p.
15. 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. No. 43. Pp. 613–628.
16. Pearson J. The human imagination: the cognitive neuroscience of visual mental imagery. *Nat Rev Neurosci.* 2019 Oct. No. 20(10). Pp. 624–634.
17. Wilson R.R. Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks. New York, 1987. 400 p.
18. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota (FL), 1994. 83 p.