

СИМВОЛДРАМА (КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ) – ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ GUIDEDE AFFECTIVE IMAGERY (KATATHYM IMAGINATIVE PSYCHOTHERAPY) – PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS

У статті розглянута кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама) як психодинамічний напрямок психотерапії. Символдрама ґрунтується на принципах глибокої психології, тобто унаочнює несвідомі мотиви, конфлікти та захисні механізми за допомогою імагінації. Викладаються концептуальні основи психодинамічного підходу до невротичних розладів – головна ідея полягає в тому, щоб фруструвати пряме задоволення невротичних запитів клієнта, витримуючи тиск його свідомих і несвідомих очікувань, а натомість створити умови для їх зацікавленого емпатичного дослідження. Проаналізовано специфіку символдрами, а саме введення параметру – сновидіння наяву, що супроводжується діалогом з психотерапевтом а також зміщення фокусу уваги психотерапевта із невроту перенесення на сцену, яка розгортається на «віртуальному екрані» сновидіння наяву. Сформульовано основну ідею для застосування символдрами з невротичними розладами, а саме те, що невротичні конфлікти можна представляти у символічній формі та опрацювати завдяки імагінації, при чому, в імагінативному варіанті таке наближення до конфлікту може здійснюватися безпечніше й бути ближчим до афекту, ніж у розмові. Виділено три кроки опрацювання невротичного конфлікту: актуалізація, опредмечування та конфронтація символів. Розглянуто основні рекомендації для роботи з невротичними конфліктами – регулюючі конфлікт інтервенції та техніки: прояснення, «вплив погляду», «випробування силою», асоціативний шлейф, обмін ролями, і робота з так званою віковою регресією. Наведено результати емпіричних досліджень ефективності символдрами, зокрема з невротичними розладами, завдяки чому цей метод був включений до офіційних нормативів з психотерапії в Німеччині (перелік напрямків психотерапії в Німеччині, які оплачуються лікарняними касами) як «особливий метод психотерапії на основі глибокої психології».

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, символдрама, кататимно-імагінативна психотерапія, невротичні розлади, невротичний конфлікт.

The article examines Guided Affective Imagery Psychotherapy (Katathym imaginative Psychotherapy, Symboldrama) as a psychodynamic direction of psychotherapy. Guided Affective Imagery is based on the principles of deep psychology, that is, it visualizes unconscious motives, conflicts and defense mechanisms with the help of imagination. The theoretical foundations of the psychodynamic approach to neurotic disorders are explained – the main idea is to frustrate the direct satisfaction of the client's neurotic requests, withstanding the pressure of his conscious and unconscious expectations, and instead to create conditions for their interested empathic research. The specifics of the Guided Affective Imagery were analyzed, namely, the establishment of the parameter – daydreaming, which is accompanied by a dialogue with the psychotherapist, as well as shifting the focus of the psychotherapist's attention from the transference neurosis to the scene unfolding on the «virtual screen» of the daydream. The main idea for the use of symbols with neurotic disorders is formulated, namely that neurotic conflicts can be represented in a symbolic form and worked out through the imagination, moreover, in an imaginative version, such an approach to the conflict can be carried out more safely and be closer to affect than in a conversation. Three steps of processing neurotic conflict are identified: actualization, objectification and confrontation of symbols. The main recommendations for working with neurotic conflicts are considered – conflict-regulating interventions and techniques: clarification, «influence of the gaze», «testing by force», associative loop, exchange of roles, and work with the so-called age regression. The results of empirical studies of the effectiveness of Guided Affective Imagery, in particular with neurotic disorders, due to which this method was included in the official psychotherapy regulations in Germany (the list of psychotherapy methods in Germany that are paid by hospital funds) as a «special method of psychotherapy based on depth psychology».

Key words: psychodynamic psychotherapy, Symboldrama, Katathym imaginative therapy, Guided Affective Imagery, neurotic disorders, neurotic conflict.

УДК 616.89
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.41.52>

Турецька Х.І.

к. психол. н.,
доцент кафедри психології
та психотерапії
ЗВО «Український католицький
університет»

Яскевич О.І.

к. психол. н.,
доцент кафедри психології
та психотерапії
ЗВО «Український католицький
університет»

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Кількість україномовних публікацій, присвячених психодинамічній терапії загалом та символдрамі, зокрема, свідчить про інтерес до зазначеної теми. Однак, більшість вітчизняних досліджень стосуються загальних характеристик цього методу психотерапії [2; 3; 4; 10]. Низка публікацій присвячена використанню символдрами у роботі з дітьми та підлітками (З. Кісарчук, Л. Гребінь, О. Шльон-

ська, Я. Омельченко, Г. Лазос та ін.) [1; 5; 6; 8], у якості сімейної психотерапії (Л. Шумкова) [12]. Поодинокі дослідження стосуються використання символдрами як психокорекційного інструменту в роботі з певними запитами (Т. Левицька, Н. Шевченко) [7; 11]. Що стосується специфіки кататимно-імагінативної психотерапії як методу роботи з конкретними нозологічними групами, то таких україномовних публікацій ще вкрай недостатньо.

Постановка завдання. Мета статті – розглянути особливості кататимно-імагінативної психотерапії (символдрами) як психодинамічного напрямку у роботі з невротичними розладами.

Виклад основного матеріалу дослідження. Символдрама (Кататимно-імагінативна психотерапія, КІП) – це один з методів психодинамічної терапії, розроблений Ханскарлом Льюнером (Hanscarl Leuner) у 50-х роках минулого століття під назвою «Кататимне переживання образів», який базується на принципах глибинної психології, тобто унаочнює несвідомі мотиви, конфлікти та захисні механізми за допомогою імагінації [19].

Метод базується на сновидіннях наяву (кататимних імагінаціях), які ініціюються терапевтичним шляхом та супроводжуються діалогом. Вони набувають близьких до чуттєвого, фізичного та афективного досвіду сценічних та символічних форм [17]. Під час сновидіння відбувається вербальний обмін з терапевтом, який супроводжує пацієнтів у стані імагінації за допомогою різних інтервенцій. Відповідно, кататимну імагінацію також називають супроводжуваним сновидінням наяву.

Кататимно-імагінативна психотерапія (КІП) як психодинамічна психотерапія походить від психоаналізу, ґрунтується на основних психоаналітичних концепціях в розумінні функціонування психічного апарату, етіології психічних розладів та принципів психотерапії.

Головна ідея психодинамічної терапії полягає в тому, щоб фруструвати пряме задоволення невротичних запитів клієнта, витримуючи тиск його свідомих і несвідомих очікувань, а натомість створити умови для їх зацікавленого емпатичного дослідження. Інтерналізація пацієнтом такої настанови з боку терапевта мала б сприяти його саморегуляції, зміцненню спостережувального Еґо та переорієнтації на принцип реальності [18]. При цьому предметом аналізу є аж ніяк не зміст розповідей пацієнта про життя. Аналітик радше досліджує, як працює його розум, і як ця робота виявляється у вільному асоціюванні, коли пацієнту вдається відходити від конвенційного розповідного жанру і дотримуватись головного правила психоаналітичної терапії. Воно полягає в тому, щоб озвучувати всі ідеї, які приходять в голову, незважаючи на їх доречність, сенсовність чи прийнятність. Йдеться про ряд спонтанно вербалізованих думок, які стосуються спільного неусвідомленого образу, що живить їх з глибин витісненої фантазії про жаданий стосунок з об'єктом. Кате́ксис цього образу вимірюється інтенсивністю тематизованих асоціацій. Коли його енергія вичерпується, розгортається новий ланцюг, часто, здавалося б, абсолютно відірваний за змістом, хоча насправді

в межах сесії всі ланцюги пов'язані між собою латентним зв'язком і репрезентують різні аспекти фантазії. Що ясніше в асоціативних мережах проступатимуть деривати дитячих конфліктів, то більше асоціативний потік блокуватиметься опором і втрачатиме вільність. Саме в точці опору зав'язується аналітичний процес [9]. Об'єкт, на який первинно скеровувалося неприйнятне бажання, раптом зникає з вербальних репрезентацій, і в цьому вакуумі виникає тиск до відреагування: пацієнт намагається вилучити фантазію з ментального поля, втекти в її сценічне афективне проживання тут і тепер, в стосунку з аналітиком, замість продовжувати ментальну роботу з пригадування та усвідомлення. Саме це динамічне переключення потрапляє в аналітичний фокус. Невротичний симптом трансформується в невроз перенесення, роблячи конфліктний матеріал придатним і доступним для аналітичної інтервенції. Майстерність полягає в тому, щоб інтерпретувати перенесення не раніше, ніж воно стане на заваді вільному асоціюванню. До того часу аналітик залишається принципово пасивним, оберігаючи історичність матеріалу пацієнта, (чистий екран) і вслухається у власне контрперенесення у відповідь (вільнопливаюча увага). Необхідною умовою аналітичної роботи є достатня сила Еґо пацієнта, щоб витримати абстинентність аналітика на фоні зростаючої регресії і тиску інфантильних імпульсів. Саме тому велика увага в психоаналітичній терапії надається сеттінгу та робочому альянсу, що оберігають лікування від перипетій перенесення.

Треба зазначити, що впродовж ста років в психоаналітичній техніці відбулося зміщення акцентів з методу вільних асоціацій на роботу з трансфером або на аналітичний стосунок як такий. Ювелірна робота з вільними асоціаціями є сьогодні радше розкішшю, що можна пояснити як зміною парадигми в культурі в цілому і в психоаналізі зокрема, так і тим, що в практиці з роками помітно рідшають класичні невротичні випадки. Натомість аналітичний простір з ураженішими пацієнтами зазвичай потрапляє під окупацію інтенсивного і часто негативного переживання взаємодії з аналітиком: те, що за браком психічного ресурсу не здатне символічно виразитись у формі вільних асоціацій, продукується у формі трансферу. Відтак, більшої ваги набувають техніки роботи з контрперенесенням, аналітик досліджує себе як активного співавтора аналітичного простору, а екран для проєкцій зміщується з його персони на стосунок в терапевтичній діаді [18].

В даному контексті варто розглянути особливості КІП. Вона характеризується певними модифікаціями психоаналітичної техніки, а саме меншою тривалістю (курс терапії

орієнтовно 25–30 сесій) та частотою лікування (одна, рідше дві зустрічі в тиждень), сидячим сеттінгом, та зменшення регресивного моменту. Проте основною модифікацією є введення параметру – сновидіння наяву, що супроводжується діалогом з психотерапевтом [24]. Таким чином, під час окремих сеансів терапії виникають обмежені проміжки часу для регресивних процесів та для символічного відреагування на рівні уяви.

Від початку свого створення Ханскарлом Льюїнером на базі Клініки нервових хворіб Марбурзького університету, метод КІП була спрямована на роботу з невротичними розладами. Фактично, одне з перших відкриттів, яке зробив Льюїнер з кататимним переживанням образів, було розуміння того, що невротичні конфлікти можна представляти у символічній формі та опрацьовувати завдяки імагінації. Він вважав, що завдяки очевидному символічному змісту мотиву (стандартної теми імагінації) типові конфліктні теми у невротичних пацієнтів відносно часто можна цілеспрямовано привести до проективної репрезентації [21]. Згодом він побачив у цьому перший вимір ефективності свого методу.

Також Льюїнер ввів концепцію «екрану проєкції» (*Projektionsschirm*) для означення того, що невротичний конфлікт пацієнта в даному терапевтичному методі проявляється в першу чергу в імагінації, а не в стосунку перенесення. В КІП сновидіння наяву є найважливішим, таким що займає першочергове місце в свідомості пацієнта, екраном проєкції, аніж психотерапевт, що сидить поруч з ним. У психоаналізі та інших вербальних методах психотерапії психотерапевт, навпаки, є єдиною ціллю перенесення проєкцій [21].

Ці ідеї підтвердилась в сучасних емпіричних дослідженнях. Так, Штіглер М., Покорний Д. зі співавторами (2008), проаналізувавши повні дослівні протоколи сеансів символдрами серед іншого встановили, що під час сеансів імагінації на інтрапсихічній «сцені» в символічній формі проявляються об'єктні стосунки та внутрішні конфлікти, а не конструюється якийсь «прекрасний новий світ». При цьому, під час імагінацій схема стосунку значно позитивніша (Core Conflictual Relationship Theme) й чим менше об'єкти імагінації схожі на реальних учасників стосунку, тим позитивніша в результаті стає схема відносин в імагінації [16].

Продовжуючи та розвиваючи ідеї Льюїнера, Г. Ульманн виділяє три кроки опрацювання невротичного конфлікту: *актуалізація, опредмечування та конфронтація символів*. *Актуалізація* відбувається шляхом активації емоційно важливого сценічного матеріалу на віртуальній сцені сновидіння наяву під супроводом терапевта. Ця так звана «епізодична активація» або «активація епізодичної пам'яті» слугує свого

роду маховиком для взаємодії між експліцитними та імпліцитними факторами згадування, уявлення та нового формування змістів пам'яті під час процесів КІП [25, р. 66–121]. Далі «афективна ланцюгова реакція пережиття знаходить своє відображення шляхом *опредмечування* в символі, а також приймає екстерналізовану форму, з якою можна працювати. Тілесний та душевний біль також приймає символічну форму, як і ресурси, які пацієнт приносить зі собою або отримує в імагінації» [17, р. 156]. І наостанок слідує етап *конфронтації символів*: «Уявні символи пояснюють себе та перетворюються з одного боку завжди спонтанно самі по собі, проте, з іншого боку, з ними можна почати працювати на активному етапі, використовуючи техніку конфронтації символів. При цьому терапевт підтримує зупинку та сфокусований розгляд, він емпатично поділяє афекти, позначає їх словами та вербалізує емоційні змісти, не даючи інтерпретації» [17, р. 157].

Вибір технік інтервенції в сучасній символдрамі здійснюється, в першу чергу, виходячи не симптомів, а з оцінки того, на якому рівні психічного функціонування знаходиться пацієнт або клієнт. У КІП для цього посиляються передусім на OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnostics – операціоналізована психодинамічна діагностика) та на діагностично-індикативну тріаду (ДІТ), яка добре зарекомендувала себе та служить орієнтиром для терапевтичної стратегії. Концепція ДІТ створена В. Дітером на основі ідеї Ерманна (Ermann, 2005) про те, що залежно від структурного рівня організації особистості розрізняють експліцитні та імпліцитні техніки психодинамічної терапії. У разі стабільної Я-структури, яка передбачає інтегровану ідентичність, зрілі механізми захисту, міцне Его та добре тестування реальності, основним фокусом експліцитної (спрямованої на інсайт) терапії є невротичні конфлікти. При цьому «ставлення терапевта – це ставлення ненав'язливого емпатичного супутника. Інтерсуб'єктивний досвід майже не обговорюється, але терапевт допомагає пацієнту досліджувати себе за допомогою своєї уяви, черпати сили і знаходити вирішення конфлікту за допомогою свого несвідомого» [14, р. 7].

Сучасні автори У. Барке та К. Нор виділяють три терапевтичні функції при роботі з імагінаціями: функція вираження та прояснення (*Ausdrucks- und Klärungsfunktion*), функція стабілізації (*Stabilisierungsfunktion*) та функція, що формує структуру (*Strukturfördernde Funktion*). Оскільки імагінації дозволяють представляти свідомі та несвідомі внутрішні психічні стани й конфлікти в символічно-образній формі, в терапевтичній роботі з невротичними розладами автори рекомендують в першу чергу застосовувати *функцією вираження та прояснення*. «Процес трансформації несвідомого

чи передсвідомого матеріалу у внутрішню картину буде проміжним кроком до мовного позначення, що у свою чергу стане важливим додатковим матеріалом для подальшого прояснення та рефлексії» [13, р. 35]. Автори вважають що діалог, який виявляє невротичний конфлікт, може відбуватися на імагінативному рівні. При чому, в імагінативному варіанті таке наближення до конфлікту може здійснюватися безпечніше й бути ближчим до афекту, ніж у розмові. «Те, що було за певних обставин видалено зі свідомості, можна спільно з терапевтом досліджувати в образі у символічно завуальованій формі. Тут можна відчуті більшу або меншу амбівалентність і зважитися на пробні кроки, що наближають до здійснення бажання, а також здійснити репетицію на імагінативній сцені дій, які зазвичай людині не властиві» [13, р. 294].

В технічному сенсі У. Барке та К. Нор формують конкретні терапевтичні рекомендації для роботи з невротичними конфліктами – регулюючі конфлікт інтервенції та техніки: прояснення, «вплив погляду», «випробування силою», асоціативний шлейф, обмін ролями, і робота з так званою віковою регресією. За допомогою *прояснюючих інтервенцій* виявлені пацієнтом конфлікти можуть переживатися на імагінативному рівні, а також показувати амбівалентність між бажанням та захистом. В цьому випадку терапевт пропонує пацієнтові, що знаходиться в стані сновидіння наяву, такі запитання: «Які можливості у вас є?», «Що говорить за це, а що – проти?», «Що б ви хотіли ще зробити?». Уявне переживання поглиблюється та посилюється за допомогою терапевта. Концентрація на певній деталі, наприклад погляді символічної фігури або відчутті певної сцени, дозволяє отримати доступ до захищених змістів. Пацієнта заохочують подивитись у вічі уявного персонажа, «відчуті емоційний вплив погляду» і описати його. За допомогою такої *інтервенції впливу погляду* та супутніх питань про асоціації – чи щось або когось нагадує цей погляд, чи зустрічав він колись такий вираз – іноді вдається зв'язати страх. Інтервенція «*випробування силою*» полягає в тому, що терапевт пропонує пацієнту в імагінації проявити силу та наполегливість: «Погляньте твердо у вічі Х., поставтеся виявити наполегливість і зафіксувати його погляд, підкорити його вашому погляду». *Техніка асоціативного шлейфу* передбачає, що психодинамічний фокус буде спрямований на виявлення певних біографічних відрізків. Терапевт, фокусуючись, наприклад, на виразі очей, на емоційному сприйнятті деталей ландшафту або на тілесному відчутті, що переважається в даний момент, спонукає пацієнта уявити «відповідні» до почуттів генетичні сцени: «Можливо, якимось ви десь уже стикалися

з цим?», «Що вам це нагадує?», «Чи знайоме вам це почуття?». Метою всіх перелічених технік інтервенцій у підсумку є інтеграція відщеплених частин самості (Self), а також ослаблення психологічних захистів, що обмежують бажання та імпульси, шляхом дистанціювання від негативних інтроєктів та поступового наближення до «договору про примирення» з ними на імагінативному рівні [13]. Важливо зазначити, що для такої інтенсивної взаємодії з внутрішнім конфліктним матеріалом пацієнт повинен відчувати достатню безпеку, терапевтична робота повинна відбуватися з врахуванням оптимального рівня тривоги – між максимально можливою, наскільки це прийнятно, конфронтацією і максимально можливою, наскільки це необхідно, підтримкою.

Емпірична перевірка ефективності КІП тривала від початку її зародження як методу. Скептичне ставлення професійної спільноти до будь-якого нового методу психотерапії змусило Льюїнера вже на початку перевіряти ефективність КІП за допомогою досліджень. Вже в 80-их роках вийшли публікації робочої групи, що складається з Льюїнера, Вехтера, Юнга, Кулесси і Пуделя, які переконливо доводили ефективність короткострокової терапії КІП. Так Вехтер та Льюїнер (1974) описують терапію 14 пацієнтів протягом 15 сесій символдрами із застосуванням мотивів основного ступеня. Застосування психологічних тестів (E-N-NR, MAS, MMPI) показало статистично значущі відмінності за психосоматичними шкалами і *проявами тривоги* наприкінці терапії. Вахтер вважає її ефективною для невротичних симптомів та обмежено ефективною для важкої симптоматики [28].

К. Кулесса і Ф. Юнг (1979) описали лікування 26 амбулаторних пацієнтів психіатричної та психотерапевтичної клініки з психоневротичними розладами та психосоматичними скаргами методом КІП (20 сеансів). Психодіагностичні тести, проаналізовані до та після лікування показали, що КІП виявилась ефективним короткочасним методом для депресивних пацієнтів. Значно покращився стан хворих із невротичними та психосоматичними розладами [20].

Вехтер та Пудель (1980) одними з перших використали контрольну групу. Дослідження розглядає ефект 15 терапевтичних сесій КІП у психіатричній амбулаторії 14 пацієнтами з невротичними та психосоматичними розладами у порівнянні із контрольною групою. За шкалами психосоматичних симптомів, психопатологічних симптомів та маніфестної тривожності (MAS), в КІП групі відбулися істотні позитивні зміни. Рівні нейротизму та ригідності збереглися, ймовірно, у зв'язку із короткотривалим лікуванням [27].

Ці результати значною мірою сприяли включенню КІП до офіційних нормативів з психотерапії (перелік напрямків психотерапії в Німеччині, які оплачуються лікарняними касами) як «особливий метод психотерапії на основі глибинної психології».

В останні роки під керівництвом Е. Вільке було проведено дослідження зі складним дизайном для перевірки ефективності КІП в амбулаторних умовах [26]. При цьому 67 пацієнтів, переважно жінок, здебільшого з невротичною симптоматикою пройшли обстеження на початку терапії, після 25 годин терапії, після 50 годин терапії та через 18 місяців після закінчення терапії. Третина пацієнтів закінчила терапію після 50 сесій (як і передбачав дизайн дослідження), частина інших пацієнтів продовжувала проходити терапію набагато довше. У середньому кожен третю або четверту сесію відбувались імагінації. Усі використовували опитувальники (список скарг, шкала психічного стану, опитувальник з депресії та страхів, фрайбурзьке тестування особистості – *Freiburger Persönlichkeit inventar*) показали зрушення у бік норми.

У. Заксе, Б. Імрук та У. Барке (2016) дослідили ефективність амбулаторного лікування з застосуванням КІП. Дослідження охоплювало три основні діагностичні групи амбулаторної психотерапії для дорослих: афективні розлади, тривожні розлади, а також дисоціативні, конверсійні і соматоформні розлади. Для шести пацієнтів, у яких перший діагноз було встановлено як тривожний розлад, незважаючи на невелику вибірку, спостерігається значне покращення ситуативної тривожності (State: $p=0,043$; ES 1,00) та особистісної тривожності (Trait: $p=0,009$; ES =1,31) [22].

Висновки з проведеного дослідження.

1) Символдрама – це один з методів психодинамічної терапії, який базується на принципах глибинної психології, тобто унаочнює несвідомі мотиви, конфлікти та захисні механізми за допомогою імагінації. 2) Основною формальною модифікацією цього методу є введення параметру – сновидіння наяву, що супроводжується діалогом з психотерапевтом. Основною концептуальною модифікацією є зміщення фокусу уваги психотерапевта із невротичного перебігу на сцену, яка розгортається на «віртуальному екрані» сновидіння наяву. 3) Як психодинамічна психотерапія, символдрама ґрунтується на основних психоаналітичних концепціях в розумінні етіології психічних розладів загалом, та невротичних, зокрема. 4) Невротичний конфлікт у КІП опрацьовується, в першу чергу, шляхом опредмечування його у символічній формі під час імагінації, де він стає доступним для унаочнення та конфронтації. 5) У практиці КІП сформульовані рекомендації для роботи з невротичними конфліктами – регу-

люючи конфлікт інтервенції та техніки. 6) Емпірична перевірка методик КІП (зокрема у роботі з невротичними розладами) свідчить про її результативність, завдяки чому цей метод був включений до офіційних нормативів з психотерапії в Німеччині, які оплачуються лікарняними касами) як «особливий метод психотерапії на основі глибинної психології».

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гребінь Л. О. Особливості використання моделей часу-простору у роботі з дітьми (на прикладі кататимно-імагінативної психотерапії). *Актуальні проблеми психології*. К.: Міланік, 2011. С. 34–61.
2. Кисарчук З. Г. Символдрама в українській практичній психології. *Практична психологія в контексті культур*: Зб.наук.праць. К.: Ніка-Центр, 1998. С. 185–191.
3. Кисарчук З. Г. Теоретико-методологічні передумови виділення трьох ступенів у символдраме. *Актуальні проблеми психології*. К.: Міланік, 2007. С. 147–157.
4. Кисарчук З. Г., Юрченко Т. П. Символдрама в українській практичній психології. *Практична психологія в контексті культур*. К.: Ніка-Центр, 1998. С. 185–191.
5. Кисарчук З. Г. Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагінативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу. К.: Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2010. Вип. 7. С. 189–211.
6. Лазос Г. П. Технології застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії (гкіп) у роботі з підлітками. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2014. Вип. 43. С. 99–108.
7. Левицька Т. Символдрама як інструмент розвитку емоційного інтелекту. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2018. № 15. С. 183–185.
8. Омельченко Я. М. Корекція тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. К., 2006. 20 с.
9. Томе Г., Кехеле Х. Психоаналітична терапія: теорія і практика. Львів: Літопис, 2021.
10. Турецька Х. Нейрофізіологічне підґрунтя символдрами як психодинамічного напрямку психотерапії. *Вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2019. С. 344–349.
11. Шевченко Н. Використання кататимно-імагінативної психотерапії в комплексному лікуванні хронічних соматичних захворювань. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 3. С. 219–223.
12. Шумакова Л. П. Кататимне переживання образів як метод психодіагностики та психокорекції сімейних. *Актуальні проблеми психології*. К.: Міленіум, 2003. С. 138–146
13. Bahrke U., Nohr K.: *Katathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen*

in psychodynamischen Psychotherapien. 2. Auflage. Springer, Heidelberg. 2018.

14. Dieter, W. Explizite und implizite Behandlungstechnik. *Imagination*. 2006. № 28(1), P. 5–29.

15. Ermann M. Explizite und implizite psychoanalytische Behandlungspraxis. *Forum Psychoanal.* 2005. № 21. P. 3–13.

16. Frick E, Stigler M, Georg H, Fischer N, Bumeder I, Pokorny D. Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychother Res.* 2008. № 18(4):444-53. doi: 10.1080/10503300701832433. PMID: 18815996.

17. Friedrichs-Dachale A., Ullmann H. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP). Eine systematisch aufgebaute, vielseitig anwendbare Methode der psychodynamischen Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 2020. № 2. P. 153–173. DOI 10.21706/pdp-19-2-153

18. Gabbard G.O., Litowitz B.E., Williams P. Textbook of Psychoanalysis American Psychiatric Publishing, 2011. 636 p.

19. Kottje-Birnbacher L. Guided affective imagery In: Reimer C und Rieger U. Psychodynamic Psychotherapies. Textbook of Analytic Oriented Psychotherapies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. 2000. P. 151–176.

20. Kulesa, Ch., & Jung, F. Die Effizienz einer 20stündigen Kurzpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben: Eine testpsychologische Untersuchung. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse*, 1979. № 25(3). P. 274–293.

21. Leuner: H. Experimentelles Katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie. *Z. Psychoth.Med.Psychol.* 1955. № 6. P. 235–260.

22. Sachsse, U., Imruck, B. H., & Bahrke, U. Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie*. 2016. № 11. P. 87–92.

23. Ullmann H., Friedrichs-Dachale A., Bauer-Neustadter W., Linke-Stillger U. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP). Kohlhammer, Stuttgart. 2017.

24. Ullmann H.: Zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses in der KIP. In: Harald Ullmann, Eberhard Wilke (Hrsg.): Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie. Huber, Bern 2012, P. 146–198.

25. Ullmann, H. & Wilke, E. Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie. Bern: Huber. 2012

26. von Wietersheim J., Wilke E., Röser M. Die Effektivität der Katathym Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie *Psychotherapeut.* 2003. № 48. P. 173–178.

27. Wächter Hans Martin, Pudel V.: Kurztherapie von 15 Sitzungen mit dem Katathymen Bilderleben (eine kontrollierte Studie). In: Hanscarl Leuner (Hrsg.): Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber, Bern 1980. P. 126–147.

28. Wächter, H.-M., & Leuner, H. Kurzpsychotherapie eines Rauschmittelusers mit dem Katathymen Bilderleben. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1974. № 23. P. 81–91.