

Современная  
психотерапия

Ульрих Барке  
Карин Нор

# Кататимно-имагинативная психотерапия

Учебное пособие  
по работе с имажинациями  
в психодинамической психотерапии



COGITO  
CENTRE  
NT

Современная психотерапия (Когито-Центр)

Ульрих Барке

**Кататимно-имагинативная  
психотерапия. Учебное пособие  
по работе с имажинациями в  
психодинамической психотерапии**

«Когито-Центр»

2013

УДК 159.9  
ББК 88

**Барке У.**

Кататимно-имагинативная психотерапия. Учебное пособие по работе с имагинациями в психодинамической психотерапии / У. Барке — «Когито-Центр», 2013 — (Современная психотерапия (Когито-Центр))

ISBN 978-5-89353-539-6

Кататимно-имагинативная психотерапия оформилась как самостоятельное направление психодинамической терапии только в середине прошлого века в работах Ханскарла Лейнера. В данном учебном пособии описывается то новое, что появилось в этом направлении за последние годы. Прежде всего, это касается статуса имагинаций, которые рассматриваются не автономно, а как специфический продукт динамики психотерапевтических отношений. Сформулировано определение терапевтической кататимной имагинации, включающее в качестве обязательного атрибута кинестетическое измерение. Описываются функции имагинаций: выражение и прояснение, стабилизация, формирование структуры – и их свойства: кинестетическая способность проживания переживаний и эстетическая способность. Детально освещены методические вопросы и техника проведения имагинаций, проиллюстрированные на примере трех случаев из практики краткосрочной, долгосрочной и аналитической терапии. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 159.9  
ББК 88

ISBN 978-5-89353-539-6

© Барке У., 2013

© Когито-Центр, 2013

## Содержание

Предисловие научного редактора	7
Предисловие авторов ко второму изданию	9
Предисловие авторов к русскому изданию	10
Глава 1	11
Глава 2	16
Глава 3	20
3.1. Перед началом – как начинается терапия	20
3.2. Основы определения показаний и планирования лечения	22
3.3. Определение показаний для внедрения имагинаций в психодинамический терапевтический процесс. Три терапевтические функции имагинаций	24
3.4. Основы согласования лечения в психодинамической терапии	29
3.5. Анонсирование имагинаций как часть согласования лечения	31
3.6. Особенности первичных имагинаций и рекомендации по практическому применению	34
Конец ознакомительного фрагмента.	36

**Ульрих Барке, Карин Нор**  
**Кататимно-имагинативная психотерапия.**  
**Учебное пособие по работе с имагинациями**  
**в психодинамической психотерапии**

Ulrich Bahrke, Karin Nohr

KATATHYM IMAGINATIVE PSYCHOTHERAPIE

Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien

© Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg, 2013

This Springer imprint is published by Springer Nature

The registered company is Springer-Verlag GmbH

Translation from the German language edition:

All Rights Reserved

© Когито-Центр, 2019

Перевод на русский язык

## Предисловие научного редактора

Дорогие читатели! С радостью представляю вам эту книгу!

В настоящее время кататимно-имагинативная психотерапия (КИП) получила в России широкое признание. Как самостоятельное направление психодинамической психотерапии этот метод развивается в нашей стране уже более 10 лет<sup>1</sup>. В научно-практической, исследовательской и образовательной работе, проводимой на базе Нижегородского университета имени Н. И. Лобачевского на факультете повышения квалификации и переподготовки (Нижний Новгород) и Института глубинной психотерапии (Москва), был сделан акцент именно на психодинамическом аспекте кататимно-имагинативной психотерапии. На этом этапе неоценимую помощь и поддержку нам оказали наши немецкие коллеги – профессор, доктор медицины Хайнц Хенниг и доктор медицины Эберхард Вильке.

Это учебное пособие содержит обоснование нашей теоретической позиции, подкрепленное практикой КИП, многолетним опытом работы (подготовка специалистов в аккредитованных высших учебных заведениях, частная практика и научные изыскания).

Имагинации являются чрезвычайно тонким инструментом психодинамической психотерапии, их применение невозможно без тщательного изучения и навыка работы с ними. Имагинации позволяют получить доступ к самым глубинным слоям психики, особенно за счет кинестетического аспекта (соприкосновение с самым ранним опытом пациента). Это одновременно и полезно, и опасно. Важно знать, что с этим можно делать. Встает вопрос о способности психодинамического психотерапевта (КИП-терапевта) качественно обрабатывать перенос и контрперенос в психотерапевтическом процессе. Недостаточное отслеживание переноса и контрпереноса, особенно на этапах применения имагинаций, может привести к значительному снижению результата психотерапии, к ее неудаче вплоть до обрыва. Напротив, хорошая рефлексия переноса и контрпереноса ведет к прогрессу в психотерапии и способствует соблюдению профессиональных этических норм как в отношении пациента, так и в отношении коллег. Одной из важных задач психодинамического психотерапевта, применяющего в своей работе имагинации, является создание надежных принимающих отношений в условиях достаточно четкого соблюдения психодинамического сеттинга и постоянное отслеживание динамики развития этих отношений (переноса—контрпереноса) как вне, так и внутри имагинации.

Я выражаю благодарность авторам книги – д-ру медицины Ульриху Барке и д-ру философии Карин Нор за поддержку наших инициатив и за открытость сотрудничеству, надеюсь на продолжение плодотворного обмена опытом между российскими и немецкими коллегами.

Благодарю профессора, д-ра медицины Хайнца Хеннига за рекомендации в налаживании контакта с авторами книги.

Я благодарна моим коллегам, принимавшим участие в подготовке книги к изданию: Александру Малахову, внесшему значительный вклад в ее подготовку к публикации и принимавшему участие в редактировании текста, Елене Садальской, также принимавшей участие в редактировании текста. Я благодарна украинским и эстонским коллегам, оказавшим моральную поддержку своей заинтересованностью в переводе этого учебного пособия на русский язык.

---

<sup>1</sup> Садальская Е. В. Перспективы развития кататимно-имагинативной психотерапии: от сновидений наяву к психодинамической образной психотерапии // Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамическая образная психотерапия: Сборник статей / Под ред. Е. В. Садальской. Вып. 1. М.: ИД «Атмосфера», 2008. С. 10–25; Малахова Н. В., Садальская Е. В. Основные положения имагинативной психодинамической психотерапии // Всероссийский конгресс «Отечественная психотерапия и психология: Становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева)». 30–31 марта 2018 года. СПб., 2018. С. 121–122.

Благодарю сотрудников издательства «Когито-Центр» за профессиональную, качественную работу.

Желаю читателям получения приятного и важного опыта в смысле ага-переживаний при прочтении этой книги!

*Наталья Малахова*

*Москва, лето 2018 года*



## Предисловие авторов ко второму изданию

Четыре года работы с нашим учебным пособием в различных учебных группах и группах повышения квалификации и переподготовки, многочисленная обратная связь коллег и их оценка, а также возрастающий интерес к КИП показали нам, что требующая больших затрат попытка принципиально заново осмыслить работу с имажинациями в терапевтических психодинамических процессах оказалась весьма плодотворной. Кроме того, нас также очень радует, что с переводом нашего учебного пособия на русский язык эти психодинамические рекомендации по работе с имажинациями будут применяться также и в России, где «символдрама» пользуется большой популярностью.

Прежде всего, наше описание свойств имажинаций как кинестетической способности проживания переживаний и основополагающих функций реализации имажинаций, а также заново систематизированный арсенал интервенций для побуждения, сопровождения и выхода из имажинаций наглядно демонстрируются на примере трех описанных в книге случаев и подробно разбираются в теоретических главах. Это чрезвычайно полезно для изучения и нового переосмысления работы с терапевтически направленными имажинациями – работы, кажущейся иногда такой простой, но в действительности опирающейся на глубокие и разнообразные знания, большой опыт и требующей деликатности, о чем свидетельствуют благоприятные отзывы образовательных институтов и институтов повышения квалификации и переподготовки и что совпадает также с нашим собственным впечатлением как преподавателей.

В новом издании мы сделали несколько небольших изменений.

Описанные ранее в главах 2 и 3 четыре функции имажинаций мы сформулировали точнее и выделили лишь три из них: функцию выражения и прояснения, функцию стабилизации и формирующую структурную функцию. К свойствам имажинаций мы добавили также способность проживания переживаний и эстетическую способность, и таким образом в результате устранили размытость между свойствами и функциями имажинаций.

По профессиональным причинам и для удобства восприятия зарубежных читателей мы заменили употребляемый только в Германии термин «глубинно-психологически ориентированный» на «психодинамический» и оставили прежний вариант лишь там, где его употребление обусловлено правилами, определяемыми больничными кассами.

Мы благодарим сотрудников издательства Шпрингер за профессиональное курирование всего процесса подготовки книги, особенно Монику Радецки, Клаудию Бауер, а также редактора Соню Хинте.

*Ульрих Барке и Карин Нор  
Цюрих и Берлин, весна 2018 года*

## **Предисловие авторов к русскому изданию**

Мы преисполнены большой радостью в связи с тем, что наше учебное пособие по работе с имажинациями в психодинамической терапии переведено на русский язык и представлено русскоязычной профессиональной аудитории.

В нашем учебном пособии новаторский труд Лейнера о кататимно-имажинативной психотерапии был продолжен и модернизирован, с одной стороны, благодаря четко выстроенной структуре, с другой стороны, благодаря целенаправленному обращению внимания на динамику отношений в работе с имажинациями.

Нас также радует, что этот перевод способствует возобновлению коллегиального обмена между российскими и немецкими психотерапевтами после полувекового перерыва, обусловленного политической ситуацией. Как известно, существует многолетняя традиция плодотворного взаимовлияния между русскими и немцами при изучении душевных взаимосвязей. Зигмунд Фрейд многое заимствовал из великой русской литературы для своего психоанализа, а русский был первым языком, на который были переведены его труды, поскольку психоанализ нашел в русской среде много заинтересованных и одаренных последователей.

Мы с радостью встретили инициативу г-жи Малаховой и ее коллег относительно перевода книги на русский язык и во время работы над переводом находились в постоянном взаимодействии. Мы очень благодарны за точную и плодотворную, иногда очень кропотливую работу и надеемся, что русское издание учебного пособия не только поможет поддержать подготовку специалистов в России, но и будет полезным для развития взаимодействия российских и немецких психотерапевтов.

Мы желаем русскому изданию много заинтересованных читателей.

*Карин Нор и Ульрих Барке*

## Глава 1

### Введение

Мы написали новый учебник по кататимно-имагинативной психотерапии (КИП), так как единственный учебник, посвященный данному вопросу (Leuner, 1985), несколько устарел и из-за некоторых неоднозначных формулировок может создать не совсем правильное представление о КИП. К достоинствам этого учебника, не утраченным и по сегодняшний день, следует отнести описание разнообразных методов по работе с имажинациями. Конечно, существуют современные публикации, в которых отражено нынешнее положение дел по этому виду психотерапии, однако в них освещены лишь отдельные аспекты метода. Следует также признать, что эти публикации, имеющие практическую направленность, все-таки не являются систематизированными руководствами и не предлагают описания возможностей и границ психологического применения имажинаций в психодинамической психотерапии (напр.: Dieter, 2001; Hennig et al., 2007; Hennig, Rosendahl, 1999; Kottje-Birnbacher et al., 2005; Kottje-Birnbacher et al., 2010; Salvisberg et al., 2000; Ullmann, 2017; Ullmann et al., 2016; Ullmann, Wilke, 2012).

Лейнер, последователь Юнга в работе с символами, привнес в терапевтическое действие большую активность благодаря так называемым мотивам, стимулирующим течение имажинации (пар. 7.2). Также он разработал особые техники интервенции, с помощью которых имажинация поддерживалась в активном состоянии и разворачивалась между пациентом и терапевтом в форме диалога как часть терапевтического процесса (экскурс 2: Ханскарл Лейнер). Так был создан метод «Кататимное переживание образов» (Leuner, 1955), который нашел свое применение в Германии как специфический способ лечения, относящийся к психодинамической психотерапии и руководствующийся ее основными принципами (Dieckmann et al., 2017). Однако сегодня учебное пособие Лейнера уже не отражает современного уровня психодинамического самосознания психотерапевтов, прежде всего, потому, что в нем, несмотря на различные рефлексии переноса, терапевтический эффект связывается, в первую очередь, с имажинативной силой самих символических процессов, а не с терапевтическими отношениями, исходя из которых к определенным пациентам в определенном месте и для определенных целей применяется та или иная имажинация.

Принципиальное утверждение Лейнера об автономной силе имажинаций при одновременном акценте на их переплетении с психодинамическим развитием конфликта привлекает терапевтов самых различных направлений. С одной стороны, самосознание нынешних КИП-терапевтов в целом следует психодинамическим концепциям психоанализа. С другой стороны, в КИП обнаруживается близость к терапевтическим методам, использующим иные концепции в понимании имажинаций, как, например, поведенческая терапия, гипноз, системная терапия или психодрама.

### Экскурс 1. Термин «кататимный»

Необычное по звучанию слово «кататимный» пришло из греческого языка (kata – согласно, соответственно; thymos – душа, эмоциональность) и означает «согласно чувствам», или «исходящее из души, из чувств». Термин появился в немецкой психиатрии в 1912 году благодаря Хансу Майеру и позже был расшифрован Эрнстом Кречмером: «Под кататимией мы понимаем... перестройку душевного содержания под воздействием аффекта» (Kretschmer, 1956, S. 156).

Лейнер принял на вооружение данный термин и определил «кататимный образ» как «выразительный, колоритный и эмоционально наполненный в противоположность простым представлениям повседневной жизни. Кататимные образы вряд ли повинуются воле...». При этом он допускал «промежуточные уровни» между «простыми представлениями» и «полностью развернувшейся имагинацией» (Leuner, 1985, S. 42). Слово «кататимный» подчеркивает кинестетический характер имагинаций (глава 2). Кататимные имагинации насыщены эмоциями, они могут объемно выражать актуальное душевное состояние и тем самым пробуждать прилив новых душевных состояний и эмоций, что важно для терапии.

В данном учебном пособии, ссылаясь на современные терапевтические исследования (напр.: Luborsky, 1995), мы подчеркиваем не только главенство терапевтических отношений как самого мощного фактора воздействия, вызывающего терапевтические изменения, но и важность отношений в процессе формирования переноса, сложного для понимания и нуждающегося в рефлексии (пар. 7.7). С учетом вышесказанного мы рассматриваем работу с имагинациями как специфическое обогащение различных психодинамических терапевтических процессов при краткосрочной и долгосрочной, а также аналитической психотерапии.

Мы, в отличие от Лейнера, не рассматриваем развивающиеся в ходе терапевтического процесса имагинации в качестве «относительно автономного и индивидуализированного... высвобождения материала конфликта» (Leuner, 1985, S. 433), а скорее наблюдаем за тем, что пациент развивает на имагинативной сцене, и воспринимаем это как специфический продукт динамики терапевтических отношений. Лейнер тоже осознавал значимость и пользу динамики переноса, но считал данное знание «обязательным» только для КИП-терапевтов на «средней и высшей ступенях» подготовки. При этом он придерживался мнения, что во многих случаях «данная тонкая форма отношений необязательно должна находиться под наблюдением терапевтов» (Leuner, 1985, S. 413). Такая его позиция способствовала развитию искаженного видения метода КИП как «не затрагивающего» проблем переноса. Особенно это касается негативного переноса, который проигрывается на «холсте имагинаций» и может удерживаться в течение длительного времени или даже полностью исключаться из терапевтического процесса (пар. 7.7, экскурс 10: Проекционный невроз).

На примере трех случаев из практики мы постараемся детально разъяснить, как бессознательные мотивы, конфликты и их защиты символически представлены в имагинациях при развитии переноса, покажем, что имагинации могут эффективно использоваться в различных терапевтических процессах как хорошо зарекомендовавшие себя средства доступа к различным нарушениям при проведении краткосрочной и долгосрочной терапии.

Благодаря тому, что в нашем учебнике приведены иллюстрации примеров из практики и необходимый материал для совершенствования психодинамического теоретического образования, он будет представлять интерес для широкого круга читателей, которые смогут найти здесь ответы на конкретные вопросы. Читателями этой книги могут быть представители классического психоанализа Фрейда и аналитической психологии Юнга, слушатели учебных центров психодинамического и аналитического направления, получающие дополнительное образование, опытные давно практикующие терапевты различных направлений и молодые врачи клиник, для которых эта книга будет стимулом в применении имагинаций в работе, преподаватели различных учебных институтов, которые хотят углубить и расширить свои знания в терапевтической сфере, а также студенты современных недавно основанных психоаналитических университетов или представители магистерских программ, которые хотели бы «почувствовать вкус» к данному направлению.

Соответственно, с одной стороны, эта книга была написана как практическое пособие, в котором можно найти указания, как внедрять имагинации в терапевтический процесс, как

с ними работать, как и в каких случаях применять (пар. 3.6). Исходя из этого, мы не ожидаем от читателей, что они обладают какими-то предварительными знаниями или определенной подготовкой. С другой стороны, мы представляем работу с имажинациями с точки зрения психодинамически-аналитического понимания процесса и потому снабжаем иллюстрации из практики пояснениями, касающимися базовых концепций (глава 7). Там где необходимо расширить ход мыслей, мы делаем дополнительные пояснения (см. обзор в приложении). Весь спектр прикладных форм КИП, а также возможности дальнейшего обучения представлены в главе 8. Общие мысли по взаимодействию имажинаций, искусства и философии можно найти в конце данной книги, в главе 9.

Чтобы обстоятельно и доступно продемонстрировать практическую работу с имажинациями в различных терапевтических условиях, а также их проникновение в динамику отношений, мы решили не приводить множество виньеток, а полноценно описать три совершенно разных варианта лечения. Поскольку мы будем неоднократно ссылаться на описание этих случаев, то хотели бы кратко их представить уже сейчас.

**Менеджер на распутье.** 35-летняя женщина, г-жа доктор Мусат проходила краткосрочный «интенсивный курс» психотерапии в период специально взятого для этой цели тайм-аута в работе. Взрывная сила любви вывела ее жизнь и ее саму из равновесия. Она понимала, куда хотела бы двигаться, но чувствовала, что ее сдерживают на этом пути с трудом осознаваемые внутренние ограничения. Ей была предложена краткосрочная 21-часовая психотерапия.

**Измученная спина.** 30-летняя г-жа Грюн, продавец по профессии, перенесла уже пять операций по поводу межпозвоночной грыжи.

Боль, страх неудачи, ограничения и высокое внутреннее напряжение привели ее в терапию. Она опасалась, что иначе не сможет закончить курс переподготовки и потерпит неудачу в жизни. Она проходила лечение, состоящее из 50 сессий, в рамках психодинамической психотерапии.

**Непрожитая жизнь.** 59-летняя г-жа Айхель сначала искала место в балинтовской группе для преподавателей, но в итоге решила на курс аналитической психотерапии, состоящий из 620 сессий. Г-жа Айхель была совершенно обесилена от невыносимого напряжения в профессиональном и личном плане, работала на износ ради других. Также она потеряла единственного любимого человека, с которым ее разлучила смерть. Ее здоровье, находилось под угрозой из-за гипертонии, что она явно недооценивала.

Таким образом, благодаря практическим, полным рефлексий примерам, а также благодаря содержательным экскурсам мы предлагаем читателю «путеводитель» в страну терапевтических имажинаций. Мы ожидаем, что ввиду такого способа изложения, пользуясь данной книгой, не все читатели будут «протискиваться в одну и ту же дверь». Возможно, вы минуете ненужные этапы или же задержитесь в определенных местах и с пользой для себя пройдете через разные двери.

Мы выражаем свою благодарность в первую очередь трем пациенткам, которые дали согласие на публикацию в данной книге их историй болезни (в анонимной форме). Мы также выражаем благодарность всем остальным нашим пациентам, которые на протяжении десятилетий были откровенны с нами в своих трудных жизненных ситуациях, проводя лечение которых мы сами смогли стать более зрелыми и получить профессиональные навыки и опыт, которые теперь можем передать в этой книге следующему поколению психотерапевтов.

Мы благодарны тем, кто когда-то посвятил нас в КИП, это: Эрдуате Фикенчер, Хайнц Хенниг и Вальбург Вайске (Ульрих Барке), а также, к сожалению, рано умершие Марианна Рин-

тель-Лиек и Юрген Паль (Карин Нор); а также КИП-терапевтам-доцентам, с которыми начиная с 2000 года мы находились в постоянном дискуссионном процессе по вопросам теории, самопознания и связанных с этим специфических понятий КИП. Среди них В. Диетер, Л. Коттье-Бирнбахер, В. Розендаль, Х. Зальвисберг, М. Шнелль, Б. Штайнер, Х. Ульманн и Е. Вильке. В результате этой дискуссии возник «программный документ» (Barhke, Nohr, 2005), в котором были изложены основные положения данного учебного пособия. Мы также хотим поблагодарить Барбару Хаулер, Хайнца Хеннига, Манфреда Руста и Барбару Барке за предложения и критические замечания при прочтении рукописи. Наконец, мы хотим выразить признательность поддерживающим, терпеливым и всегда готовым прийти на помощь сотрудникам издательства Шпрингер Монике Радецки и Зигрид Янке, а за второе издание книги нашему внимательному и всегда готовому помочь редактору – Соне Хинте. Мы также хотим поблагодарить и друг друга: в нашем «совместном проекте» мы проходили различные этапы работы с самого начала и до конца и не смогли бы написать некоторые разделы без взаимной поддержки.

## Экскурс 2. Ханскарл Лейнер

Ханскарл Лейнер (Hanskarl Leuner, 1919–1996) является основоположником кататимно-имагинативной психотерапии. После прерванного военной службой обучения медицине в университете (1939–1946) он прошел курс учебного юнгианского анализа у известного ученика Юнга Г. Шмальца во Франкфурте-на-Майне и работал с 1947 года в психиатрической клинике в Марбурге. При поддержке профессора Клауса Конрада он переехал в 1959 году из Марбурга в Геттинген, где защитил диссертационную работу об экспериментальных психозах и занялся развитием области «психосоматики и психотерапии» в психиатрической клинике в Геттингене. С 1975 года и вплоть до ухода на пенсию в 1985 году Лейнер руководил автономным Отделением психосоматики и психотерапии.

Лейнер рано начал интересоваться терапевтическим влиянием имажинаций, изучать предшественников данного метода, а также экспериментировать с представлением образов на практике. В середине 1950-х годов он описал данный метод в первых публикациях под названием «Кататимное переживание образов» (Leuner, 1955). Его интерес к внутреннему миру представлений расширился: он начал дополнительно применять различные галлюциногены для удержания возникающих образов (психолитическая терапия). Эта работа была остановлена из-за опасности злоупотребления наркотиками после запрета различных психотропных веществ в конце 1960-х годов. Лейнер продолжал интересоваться возможностями расширения сознания, а в 1985 году совместно с другими исследователями создал Европейское общество изучения сознательного (ECBS) и стал его председателем.

В 1974 году по инициативе Лейнера было создано «Общество кататимного переживания образов» (AGKB) (глава 8). Позже в организованном им и его коллегами Институте кататимного переживания образов и имажинативных методов в психотерапии практикующие психотерапевты обучались работе с имажинациями на отдельных семинарах и в психодинамически ориентированных образовательных центрах. Основополагающая роль Лейнера заключалась в том, что в 1985 году он опубликовал «Учебное пособие по кататимному переживанию образов».

Теперь учебный процесс становился все более содержательным. Учебное пособие Лейнера, вобравшее в себя богатый опыт и описания значительного количества практических случаев, и по сегодняшний день является настоящей сокровищницей для заинтересованных читателей.

Ханскарл Лейнер в своем уважительном, деликатном и одновременно страстном стиле связал теоретические научные изыскания и большой опыт практической работы. Также он откликнулся на обращение Хайнца Хеннига из ГДР, под чьим руководством в Халле в 1970-е годы была создана рабочая группа по кататимному переживанию образов. В 1985 году Лейнер впервые выступил с докладом по данной теме в местном университете. После объединения Германии он посетил центральный образовательный семинар Среднегерманского общества кататимного переживания образов (MGKB) в Райнхардсбрюне. В июне 1995 года во время посещения медицинского центра Университета Мартина Лютера в Халле-Виттенберг состоялась премьера фильма, в котором основоположник КИП впечатляюще представил будущему поколению свое видение данного метода.

## Глава 2

### Материал для воображения

Имагинации – это часто встречающиеся, универсальные, кинестетически наполненные представления внутреннего мира, которые способны активизировать переживание более ранних целостных состояний и могут быть символически нагружены.

*Универсальность имагинаций* основывается на человеческой способности выражать сознательные и бессознательные эмоциональные состояния в символически-образной форме (глава 9). Они возникают спонтанно, могут ограничиваться отдельным образным впечатлением, но могут быть представлены и в широко развернутой форме. При этом развивающееся аффективное состояние может проживаться достаточно интенсивно или мимоходом. Релаксация может способствовать возникновению образов (расслабление как портал для фантазий); имагинации, в свою очередь, могут как усиливать, так и препятствовать релаксации, помогать обрабатывать интенсивные переживания, но также и способствовать уходу от тяжелых жизненных ситуаций; могут облегчать воспоминания, но также и подавлять их.

Имагинации, применяемые в терапевтических целях, которые Лейнер определил как «кататимные» (глава 1, экскурс 2: Термин «кататимный»), *кинестетически структурированы*. Этот введенный Лейкертом (Leikert, 2008, 2012) термин связывает достижения психологии развития с возможностями человеческого восприятия и выражения. Исследование младенцев (Stern, 1985, 1992) показало, что на ранних довербальных этапах развития чувственное восприятие организовано целостно и амодально. Зрение, слух, обоняние, движение и вкус неотделимы друг от друга, одно взаимопроникает в другое. В вербальном взаимодействии – по аналогии с методом науки о значении слова – Лейкерт описывает семантику ранней амодальной возвратно-поступательной коммуникации, которая физически-чувственно разворачивается в типичных ранних сценах интеракции родитель – ребенок. Решающее значение здесь имеет сам голос; лишь позже человеческая коммуникация попадает под господство слова (экскурс 3: Термин «кинестетический»). Тем не менее телесно переживаемая экспрессивность раннего периода развития сохраняется и тогда, когда на последующих этапах жизни слова расширяют чувственный способ выражения, когда лексические и кинестетические уровни выражения пересекаются. При этом кинестетическая форма выражения и восприятия остается всем нам хорошо знакомой и может быть активирована, даже если в процессе взросления она оказывается в тени доминирующей коммуникации на языковом уровне.

Размышления Лейкерта имеют важнейшее значение для понимания способов достижения успеха в коммуникации при работе с имагинациями. Кинестетический опыт восприятия объекта переживается в слиянии с соответствующим актуальным субъективным чувственным впечатлением. Младенец видит свою мать как отдельный очерченный четкими контурами объект, но не воспринимает ее таковой, она является тем, что целостные чувственные впечатления фиксируют в соответствующих сценах – трансмодальным в соответствующий момент заново синтезированным целостным образом (гештальтом) переживаний. Именно такими *целостными образами переживаний* являются спонтанно синтезированные пациентом имагинативные сценические впечатления. Например, при представлении дерева пациент воспринимает его тактильно – ощущает кору, одновременно он видит это дерево перед своим внутренним взором и слышит шелест листьев. Такая формы полноценного переживания возможна чаще всего тогда, когда пациенту оказывается терапевтическая поддержка, так как сопровождающие имагинации чувственное восприятие и аффект в рамках вербальной коммуникации с терапевтом часто приносятся в жертву ради удовлетворения других желаний или по причине внутренних преград. Если они все-таки переживаются, то приводят в имагинациях к ранним состо-



яниям связанности или слияния, которые, например, иногда возникают при прослушивании музыки, и, таким образом, к вдохновляющей, обогащающей форме переживаний.

Исходя из этого, доминирующей формой выражения имажинации, как и в сновидении, становится представленный образ, который возникает, развивается, изменяется, бледнеет, исчезает и вновь спонтанно проявляется перед внутренним взором пациента, неважно, происходит это с открытыми или с закрытыми глазами.

Тем не менее имажинации, согласно их кинестетической структуре, ни в коем случае не являются чисто оптическим феноменом. Возникающие картины представляют собой скорее целостно переживаемые сцены. К воображаемому цветку можно, как в жизни, прикоснуться, ощутить его аромат, полить, сорвать, подарить. Пациенты слышат, как журчит вода и шумят деревья, они лежат и расслабляются на лугу, летают на ковре-самолете, пробуют различные блюда или пьют воду из горной реки и т. д. Имагинация, если мы не препятствуем имажинативному погружению пациента, а скорее поддерживаем его подходящими интервенциями (пар. 3.6 и 7.3), охватывает всю чувственную сферу восприятия, благодаря чему может развиваться интенсивное, насыщенное аффектом переживание.

В этом смысле кинестетически организованная *способность проживания переживаний* имажинаций выражает их центральную характеристику, которая может быть совершенно по-разному терапевтически значимой, особенно там, где речь идет о стабилизации и поддержании структуры (пар. 3.3).

Наряду с аффективной интенсивностью имажинаций их *заряженность символами* также имеет терапевтическое значение. Имажинативно воспринимаемое впечатление становится символом (глава 7, экскурс 7: Символ) благодаря особой склонности человека придавать эмоционально-личностный смысл тому, что он воспринимает на основе проникновения и переплетения с обнаруженными надындивидуальными символами. Если, например, в образе появляется могила с крестом, то независимо от религиозных взглядов коллективный символ используется наряду с индивидуальным смысловым значением для обогащения сцены, что затем может быть лучше понято в терапевтической беседе.

Благодаря символическим качествам (пар. 7.2, экскурс 7: Символ), имажинации, как и произведения искусства, обладают множеством значений. Они схожи с произведениями искусства как по общей характеристике продукта, обладающего началом, концом и определенными стилистическими признаками, такими как бросающиеся в глаза переломные моменты или ясные нарративы, так и по процессу его возникновения, поскольку формирование мысленного образа демонстрирует черты креативного процесса. Имагинация с ее эмоциональной насыщенностью (пар. 3.3, экскурс 4: Первичный процесс), кинестетически-душевыми переживаниями в первичном процессе и измененным восприятием времени сродни известному по исследованиям креативности «потокковому» процессу (Csikszentmihaly, Charpentier, 2007). «Образное путешествие во внутренний мир» может также сценически восприниматься пациентом как «игра», во время которой он отстраняется от терапевтической беседы как от «чего-то очень серьезного и жизненно важного» (глава 9, Шиллер).

### Экскурс 3. Термин «кинестетический»

Термин «кинестетический» Лейкерт (Leikert, 2008) определял сначала с психоаналитической точки зрения как особое состояние при прослушивании музыки. Свои размышления на эту тему он затем обобщил в концепции «психоаналитической эстетики». Он исследовал вопрос, «как можно организовать восприятие, чтобы определенный его элемент – например яблоко – обозначал бы не просто существование конкретной вещи,

которую можно просто купить или съесть, а мог бы также восхищаться как эстетически возвышенный объект искусства» (Leikert, 2012, S. 74). Согласно его представлениям, в кинестетическом опыте объект восприятия переживается слитно с собственным телесным Я – возникает трансмодальная единица, объединяющая восприятие телесного Я (субъективная сторона) и разноплановой чувственной репрезентации предмета (объективная сторона). Такое слияние, например, присуще тому, как младенец воспринимает свою мать: не как отдельный находящийся перед ним объект, а через слияние объекта с собственными изменяющимися чувственными состояниями.

Лейкерт более настойчиво, чем Стерн (Stern, 2005), подчеркивает, с одной стороны, важность формирования физического (телесного) фундамента чувственно-воспринимающей атрибуции значений, особенно опыта слухового восприятия, и, с другой стороны, мимолетного нестойкого, преходящего кинестетического восприятия: «Только на мгновения мы погружаемся в зоны, в которых переживание действительно может регулироваться соприкосновением с кинестетическим опытом» (Leikert, 2012, S. 82). Благодаря возникновению таких «внезапных отправных точек» можно погрузиться в эмоционально заряженное состояние повышенной значимости объекта восприятия. Данное событие, таким образом, делает глубинное внутреннее впечатление более интенсивным. Существуют состояния «большого или меньшего» по времени соприкосновения с кинестетическим опытом, но эти состояния не могут быть стабильными и продолжительными.

Идеи Лейкерта помогли лучше понять особое терапевтическое свойство имажинаций – выступать в качестве внутреннего чувственного поля восприятия. Стало более понятным, каким образом пациенты при представлении, например, образа цветка, могут погрузиться в особое аффективное состояние и переживать отдельные элементы имажинации с высокой степенью интенсивности. Подобное имажинативное переживание может привести к ранним состояниям тесной связанности с тем, что представляется в образе. Мы часто наблюдаем, что пациенты сначала нерешительны в представлении своих внутренних объектов, но в процессе имажинации, усиленной переживанием динамики отношений с терапевтом, благодаря «внезапным отправным точкам» они погружаются в глубину в соответствии с «большим или меньшим» по времени соприкосновением с кинестетическим опытом и вновь возвращаются обратно.

Таким образом, в концепции Лейкерта о «кинестетической семантике» как науке о ранних довербальных чувственных смысловых проявлениях центральными понятиями являются: семантика, кинетика и эстетика.

Под *семантикой* понимается наука о значении слова. Слова, которые мы используем, участвуют в формировании смысла, который, в свою очередь, соответствует тому, что мы хотим выразить. Лейкерт использует понятие семантики для элементов и структур восприятия и спрашивает: какие невербальные смысловые послы играют в чувственном восприятии смыслообразующую роль?

Под *кинетикой* понимается последовательность движений напряжения и разрядки с возникающими при этом эмоциями и чувственным восприятием, относящимися к телу: «Субъект чувственного познания проявляет себя не через абстрагированные элементы, а через телесные переживания, которые связаны с чувственными раздражителями... Значение, которым наделяется

солнце – приятное теплое или очень горячее – реализуется за счет связи с телесным Я» (Leikert, 2012, S. 75).

*Эстетика* относится к объективной стороне чувственного познания. Эстетический объект – картина, музыка, танец или театр – для раскрытия своего особого значения нуждается в определенных условиях: в центре находятся *рамки* («сцена», временная структура); далее следует *трансмодальность* (первичный стимул для восприятия, передвигающегося от одного чувственного канала к другому); затем *ритуал* (внутренняя ритмичная организация); *сотворчество* (внутреннее соучастие в творчестве); и *слияние* (скрепление внутреннего кинетического восприятия с внешним эстетическим восприятием).

*Эстетическая способность* имажинации с ее аспектами избыточности значений, характером продукта творчества, схожестью с потоковым состоянием и игрой, как и *способность проживания переживаний*, может по-разному применяться в терапии. В зависимости от симптомов и терапевтической картины имажинация и, прежде всего, дополнительное оформление образа, например, рисунок, скульптура, коллаж, текст, открытка и др., могут восприниматься как переходный объект (см. ситуацию с г-жой Айхель). Такой переходный объект может облегчить завершение терапии (см. ситуацию с г-жой Грюн). Также благодаря хорошо воспроизводимому, целостно пережитому образу или благодаря отдельным символам данный переходный объект может облегчить создание привязанности при проведении терапии с низкой частотой сеансов (см. ситуацию с г-жой Мусат). У пациентов с нарушенной структурой личности, которые страдают от страхов фрагментированности, он поддерживает целостность переживания, у пациентов с доминирующей формой защиты, такой как альтруистическое отступление, усиливает вложение в себя (катексис), что вызывает радость от собственного действия. Существуют также пациенты, которые переживают имажинации – картины и другие произведения искусства – как предвосхищение, «обретение» (Bloch, 1980, глава 9) непрожитой ими из-за конфликтов вины или последствий травматизаций жизни. Такие не имеющие внутренней свободы из-за неподатливого Сверх-Я пациенты активируют в воображении ранний поддерживающий кинестетический опыт, испытывают не пережитые до этого возможности Я и обрабатывают ограничивающие импульсы Сверх-Я. Данные аспекты образной динамики, порой переживаемые в имажинациях, полные надежд и ориентированные на будущее, способствуют терапевтической мотивации. Они были впервые описаны Карлом Густавом Юнгом как выражение напряжения между сознательным (Я) и бессознательным (Самостью) в процессе индивидуации. Помимо этого, все психодинамические терапевтические направления исходят из того, что бессознательное знает намного больше, чем наше сознательное Я и что из его форм выражения необходимо извлекать перспективные тенденции.

Таким образом, из-за их эстетического потенциала имажинации, схожие с искусством или сновидениями, являются плотно сконцентрированными, наполненными множеством значений произведениями, которые в конечном счете никогда полностью не исчерпают «бесконечность интерпретаций» (глава 9, Гёльдерлин). Исходя из этого, они представляют собой стимул для самопознания и интроспекции, для контакта с самим собой, который поддерживается терапевтически.

## **Глава 3**

# **Кататимно-имагинативная психотерапия – от первого контакта до первичных имажинаций**

### **3.1. Перед началом – как начинается терапия**

«Вы позвонили в психотерапевтический кабинет г-на/г-жи...». Это совершенно особый момент, когда пациент берет трубку телефона, чтобы позвонить неизвестному, возможно, рекомендованному ему кем-то или просто найденному в справочнике терапевту. Такому моменту могут предшествовать годы нерешительности, звонок может быть также результатом спонтанного импульса в неожиданно возникшей критической ситуации. Первое, что встречает пациента после принятого решения, – это голос терапевта, часто не «живой», а записанный на автоответчик. Сигналы, которые пациент считывает с голоса, такие как «теплота» или «прохлада», такие его качества как решительность или чуткость, а также сигналы, которые он получает от манеры говорения, тут же улавливаются им и в рамках развивающегося на основе раннего опыта отношений переноса формируют еще недостаточно четкое представление о том, хочет ли пациент доверять этому незнакомцу или все-таки нет.

Из этого переноса, а также ответа терапевта при первом разговоре, равно как и вербализованного сознательного намерения пациента, формируется бессознательная «сцена» (пар. 7.7, экскурс 11: Сцена; пар. 7.7.4), которая очень часто содержит в концентрированной форме психодинамически релевантные паттерны взаимодействия. В силу сложности данного процесса предмету первого контакта посвящено множество статей (напр.: Argelander, 1992; Eckstaedt, 1991).

Из первых впечатлений и наблюдений как у терапевта, так и у пациента возникает представление друг о друге. У терапевта появляются первые гипотезы: какие трудности отношений лежат в основе жалобы пациента? Исходя из этого, как долго может длиться терапевтический процесс? Это вопросы, которые касаются внешней и внутренней «адаптации». Непрерывно наблюдая свою внутреннюю эмоциональную реакцию на пациента, терапевт на протяжении первого разговора проверяет данные гипотезы, дополняет их или отвергает и меняет на другие. Терапевт, получивший образование по психоанализу и психодинамической психотерапии, обращает внимание не только на то, как пациент описывает симптомы, как он говорит, но и на собственное впечатление от его рассказа и свои ответные реакции, то есть на формирование реакции контрпереноса (см. пар. 7.7). Затем, если он может помочь пациенту своими методами, а также хочет сделать это, он предлагает ему по окончании первой беседы следующую встречу.

Что касается пациента, первые беседы либо подтверждают его смутные спонтанные впечатления, либо дифференцируют их, либо вызывают разочарование. Пациент ощутит себя удовлетворенным в том случае, если он почувствовал, что терапевт понял его. Благодаря дополнительным вопросам и разъяснениям он уже при первой встрече может получить инсайт, который до этого был ему недоступен, в результате чего у него появится вера, что вместе с этим терапевтом он сможет выбраться из своих трудностей.

Если первый контакт для обоих прошел удовлетворительно, возникает намерение начать совместную терапевтическую работу. Нормы психотерапии и правила, определенные больничными кассами (Dieckmann et al., 2017; Информационное письмо Федеральной ассоциации врачей больничных касс доступно по ссылке: [www.kbv.de/praxisnachrichten](http://www.kbv.de/praxisnachrichten), 2017), предполагают особый важный процесс согласования (предварительная беседа, психодинамическая диагностика с применением клинического интервью), а также предварительные пробные сессии, в

конце которых собственно и определяются показания к терапии. Терапевту данные сессии необходимы для сбора подробного биографического анамнеза, который помогает ему связать возникшие или уже давно существующие жалобы пациента с представленными в жизненной ситуации внутриличностными конфликтами как выражением желаний определенных отношений и относящихся к ним психологических защит. Сценическое впечатление, определение «триггерной» ситуации и анамнестические данные помогают терапевту сформулировать психодинамику и подать заявку в больничную кассу на обоснованное покрытие расходов.

Если терапевту заранее становится понятно, что при применяемой терапии имажинации могли бы быть полезны, он проводит ряд имажинаций уже в рамках пробных сеансов (пар. 3.6). Он использует этот опыт для уточнения психодинамических взаимосвязей и обычно включает это в отчет эксперту (как представлено в главах 4–6). Решение работать или не работать с имажинациями зависит от определения показаний и влияет на назначение лечения. Чтобы определить, какие аспекты могут побудить терапевта на таком раннем этапе изменить привычный ход начала психотерапии (Hohage, 1996; Wöller, Kruse, 2010) за счет внедрения имажинаций, необходимо специально изучить процесс определения показаний в тесном переплетении с планированием терапии и терапевтическим формированием структуры отношений.

### 3.2. Основы определения показаний и планирования лечения

Исходя из указанных в заявке психодинамических гипотез и результатов диагностики, терапевт определяет показания и планирует лечение. После утверждения психотерапевтического запроса лечение согласовывается с пациентом (пар. 3.4).

Психодинамическая диагностика базируется на сценической информации и той оценке, которую дает терапевт, прочувствовав ее изнутри (контрперенос), а также на результатах анамнестического опроса (пар. 3.1), куда добавляется зарегистрированная в ходе клинического интервью симптоматика, ее развитие и влияние на само-рефлексию пациента, а также на его личные и профессиональные отношения. Таким образом формируется представление о степени тяжести страдания, о субъективной концепции объяснения жалоб, о здоровых областях жизни пациента и его ожиданиях от терапии – всех важных факторах мотивации на прохождение психотерапии и предварительного прогноза результата. Для общего понимания психодинамики важно выявить ситуации, являющиеся причиной симптомов, и описать процесс развития жалоб. При анамнестическом опросе в фокусе внимания находятся конфликты, а в отдельных случаях – травмы, которые возникали в различные периоды жизни, способы их преодоления и способы формирования типичных жизненных ситуаций. Из описания повторяющихся паттернов отношений можно сделать вывод, который указывает на уровень структуры, основные конфликты, центральные конфигурации отношений и на применяемые защиты, что и будет служить отправной точкой для формулировки психодинамики (ср.: Rudolf, 2010).

Относительно психодинамических гипотез мы определяем три рабочие модели: *модель конфликта, модель патологии развития и модель травмы*. Решение относительно выбора той или другой модели ведет к важным различиям в стратегии лечения.

Ключевым диагностическим моментом для выбора последующей техники лечения является вопрос об уровне структуры психики. Оценка структурного уровня, как она, например, описана в систематизированной форме в Оси 4 при диагностике по ОПД (OPD-2, рабочая группа OPD, 2006)<sup>2</sup>, имеет большое значение для определения показаний и планирования лечения, так как позволяет сделать выводы о защитах, приводящих к стабильности, и защитах, имеющих оборонительный характер, а также о способности к интроспекции, как она, например, выводится из способности дифференциации себя и объекта.

При этом следует обращать внимание на то, что эта исходная оценка имеет гипотетический характер, что предполагает готовность терапевта изменить ее в дальнейшем в ходе терапии. Из реакций пациента на терапевтические интервенции можно понять, находит ли психодинамическая гипотеза свое подтверждение или она должна быть модифицирована.

Так, находящаяся на поверхности динамика конфликта может как скрывать элементы нарушений структуры, так и наоборот, эффект нарушения из-за травмы или тема конфликта могут стать известны только на более позднем этапе. При этом следует также учитывать развитие динамики переноса-контрпереноса, так как, например, при негативном переносе оценка уровня структуры может происходить искаженно и провоцировать обходящий защиту ход терапии. В положениях по психотерапии учитывается сложность и предварительность выдвинутых гипотез, в заявке о продлении срока на психотерапию в распоряжении психотерапевта есть место для дополнений по психодинамике.

Несмотря на такие важные гипотетически-выжидательные принципы по отношению к планированию лечения, в психотерапии с применением имагинаций, как и в любой другой

---

<sup>2</sup> См., напр.: Операционализированная психодинамическая диагностика. Руководство по диагностике и планированию терапии. М.: Академический проект, 2017. – Прим. ред.

психодинамической терапии, возникает необходимость предварительно оценивать нарушения пациента и отмечать в терапевтической заявке, какое значение имеют конфликтно-патологические невротические части, какое – обусловленные развитием структурные части и что понимается под фоном недостаточной проработки травматизации. Само собой разумеется, что подобное схематическое разделение является упрощенным. Чтобы удовлетворительно оценить каждого отдельного пациента, имеет смысл исходить как из континуума между так называемыми зрелым и незрелым структурными уровнями, так и из континуума более или менее дифференцируемых объектных отношений.

Принятию решения о показаниях к терапии могут помочь, например, следующие вопросы:

- Для достижения успеха терапии необходимо ли в первую очередь проработать осознание бессознательных конфликтов? Другими словами, находятся ли в фокусе терапии анализ развивающихся защит и осознание аффективно поддерживаемых внутриличностных конфликтов, как они проявляются в процессе переноса? Что все же пациент предъявляет первоначально, внешние или внутренние условия?

- Может быть, сначала необходима поддержка в разрешении внешних конфликтов? Нужно ли при этом предоставлять вспомогательные эго-функции? И будет ли показана поддержка в регуляции аффекта, чтобы сначала стабилизировать внутриспсихическую ситуацию, на основе которой на более позднем этапе терапии может происходить обработка психодинамических конфликтов?

- Должны ли обрабатываться преимущественно или только структурообразующие дефициты развития через работу над эго-функциями с целью достижения большей интеграции самости? Необходимо ли держать в фокусе терапии формирование нового опыта отношений, при котором особое внимание уделяется оказанию поддержки (холдингу) и переработке аффектов (контейнированию)?

- Должен ли пациент быть изначально освобожден от поддерживающей терапии или необходимо наращивать его ресурсы для разрешения последствий травмы? Например, на первых этапах лечения могло бы быть полезно достичь психической стабильности, работать с защитным механизмом отрицания и с экстернализацией или/и с техниками положительного резонанса?

С опорой на предварительные ответы на эти вопросы возможна более четкая формулировка терапевтической задачи и объяснение выбора фокуса терапии. Теперь можно оценить, сколько понадобится часов и какая должна быть периодичность сеансов для достижения тех или иных целей (главы 4–6). Сложности определения фокуса терапии в условиях множества разнообразных взаимосвязей превосходно описаны Р. Хохаге (Hohage, 1996), поэтому мы не будем останавливаться на подробностях. Это учитывается также для прояснения других деталей, которые психоаналитик или психодинамически практикующий терапевт обсуждает с пациентом перед назначением лечения (напр.: Wöller, Kruse, 2010). В соответствии с установленными правилами психотерапии принимается также решение о выборе между краткосрочной терапией, психодинамической психотерапией или психоаналитической терапией, а также решается вопрос, использовать ли имажинации (да или нет?).

### **3.3. Определение показаний для внедрения имагинаций в психодинамический терапевтический процесс. Три терапевтические функции имагинаций**

Исходя из специфических характеристик имагинаций: их универсальности, аффективной способности проживания переживаний и эстетического измерения (глава 2) – КИП-психотерапевту становится понятно, нужно ли использовать имагинации в терапии и при каких ниже приведенных симптомах и терапевтических ситуациях это наиболее целесообразно.

Мы различаем три терапевтические функции по работе с имагинациями.

#### **• Функция выражения и прояснения**

##### **(Ausdrucks- und Klärungsfunktion)**

Поскольку имагинации связаны со способностями представлять сознательные и бессознательные внутренние психические состояния и конфликты в символически-образной форме (глава 2), в терапевтической работе они могут быть полезны тем, что наглядно или символически скрыто проносят «перед внутренним взором» вновь ожившие желания отношений, характерные защитные механизмы, а также специфическую силу Я и способность к саморегуляции. Мы обозначаем это *функцией выражения и прояснения*. Процесс трансформации до сих пор бессознательного или предсознательного материала во внутреннюю картину будет являться промежуточным шагом к языковому обозначению, что в свою очередь станет важным дополнительным материалом для дальнейшего прояснения и рефлексии. По причине их символического облачения имагинации показывают конфликты и Я-состояния часто необычным и выразительным способом, так что тому, кто представляет образ и нередко удивленно реагирует на свои имагинации, помогают спонтанные инсайты и новые возможные ракурсы (см. первичные имагинации во всех трех описанных случаях).

Таким образом, представленное символически образно может служить отправной точкой конфронтации с самим собой на имагинативном уровне, давать дополнительную возможность креативного поиска решения проблемы в форме воображаемого пробного действия или, например, позволять испытывать не прожитые до этого аспекты себя и обрабатывать ограничивающие импульсы Сверх-Я (см. в частности описание случая г-жи Мусат).

#### **• Функция стабилизации (Stabilisierungsfunktion)**

Во-вторых, внедрение имагинативного уровня может быть обусловлено также необходимостью поддерживать прочие психические процессы, такие как связывание страха, релаксация и смягчение состояний беспокойства, а также разнообразные формы активации ресурсов. Терапевтические интервенции имагинаций, которые направлены на достижение регрессии на службе собственного Я (Kris, 1952), мы обозначаем понятием *функция стабилизации* (см. описание всех трех случаев, в особенности случай г-жи Грюн). Прежде всего, стабилизирующими считаются часто связанные с кинестетическим модулем (глава 2, экскурс 3: Термин «кинестетический») психофизические состояния релаксации. Лейнер описывает их как «круговой цикл»: если возникающие имагинации вызывают расслабление, которое повышает «выразительность образов представления», это в свою очередь может вызвать глубокое расслабление



(Leuner, 1985, p. 44). Однако следует иметь в виду, что такие «круговые циклы» не создаются автоматически, а зависят как от уровня структуры психики, так и от отношений в переносе и являются совершенно ненадежными. Стабилизирующим, помимо этого, может быть переход от беседы к имажинации, так как он расширяет в терапевтическом процессе возможности регулирования дистанции (пар. 7.4), а также регулирования аффекта (см. пример с г-жой Айхель). В итоге за счет целенаправленного взаимодействия эксплицитной конфронтационной работы и эпизодов стабилизации могут быть подготовлены процессы разрешения конфликтов и преодоления страхов (пар. 7.3).

### • Формирующая структуру функция (Strukturfördernde Funktion)

Формирующая структуру функция имажинаций отличается от первых двух функций, хотя и пересекается с ними в некоторых моментах. Сначала она проявляется в стимулировании подробного описания деталей во время представления образа. Наряду с этим в имажинации проявляются терапевтические функции холдинга и контейнирования, способствующие развитию регуляции себя и аффектов, что объединяется с побуждением к более реалистичному восприятию. С опорой на эти процессы в имажинативном пространстве переживаний через побуждение к доброкачественным проекциям могут быть активизированы оказывающие поддержку и доверие репрезентации себя и объекта (например, помогающие персонажи, положительно заряженные места), что способствует укреплению системы самости или частичному преодолению расщепления при помощи определенных техник интервенций (пар. 7.3). В дополнение к этому при помощи побуждения к представлению положительных поддерживающих символических персонажей могут быть инициированы внимание, а также забота относительно находящейся до этого под давлением, нуждающейся части самости.

В зависимости от симптомов и терапевтической ситуации имажинация и, прежде всего, ее дополнительное оформление, рисунок, могут применяться как переходный объект (случай г-жи Айхель) и таким способом именно во время перерывов в терапии способствовать константности объекта, а также облегчать сепарацию с терапевтом при окончании терапевтического курса (случай г-жи Грюн). У пациентов с нарушенной структурой, которые страдают от страхов фрагментированности, поддерживается целостность переживания; у пациентов, у которых доминирует защита – альтруистическое отступление вплоть до развития «ложной самости» (случай г-жи Айхель), при этом может усиливаться самостоятельный катексис себя через однажды допущенную в имажинации радость собственного действия и через целенаправленное стимулирование его к собственной активности.

За счет этих трех функций терапевтические имажинации могут плодотворно применяться в различных вариантах лечения; в этом отношении сфера применения КИП – это терапия, основанная на психодинамической или аналитической психотерапии. Аналогичным образом здесь применяются такие же понятия общих и психодинамически обоснованных факторов эффективности. Попытка разграничить и рассмотреть по отдельности дополнительную терапевтическую эффективность имажинаций, связанную с преобладанием кинестетических переживаний первичного процесса, была предпринята в другом пособии (Bahrke, 2010a). Основания для включения имажинаций в терапевтический процесс касаются, с одной стороны, данных, согласно которым пациентам с определенными симптомами это идет на пользу (Leuner, 1990), а с другой стороны, вне зависимости от симптомов пациента во многих психодинамических или аналитических направлениях существуют фазы и ситуации, в которых представление образа может принести пользу терапевтическому процессу.

Так, например, работа в символически-образной области особенно необходима таким пациентам, которые в силу их шизоидной структуры имеют чрезвычайно развитую *защитно-интеллектуализацию*, которая помогает им защититься от бессознательно пугающих оценок

или ярлыков. Такие пациенты обычно «знают все», много всего прочитали и могут, таким образом, меньше переживать. Эмоциональное в них до такой степени повреждено, что они должны его тщательно защищать. Им бы очень помогло, если бы в имажинативном пространстве как бы защищенные от пугающей их близости со «всезнающим» терапевтом они могли бы допустить и пережить более сильный аффект, что намного вероятнее испытать в терапевтических отношениях, чем в тех, которые у них есть в обыденной жизни (см. ситуацию с г-жой Мусат).

Подобно тому как красноречие может выступать стратегией защиты, так же в качестве защиты могут образовываться *речевая и экспрессивная задержки* в качестве отражения специфичного слоя стыдливости или других причин переноса. Пациенты с такими задержками из-за противоположного речевого поведения избегают пугающих их смущения или критики и боязливо направлены на то, чтобы «все сделать правильно». Для них применение имажинаций может значительно снизить тревогу и помочь одержать дополнительную победу в выражении аффекта (см. ситуации с г-жой Грюн и г-жой Айхель).

У пациентов с ведущей *психосоматической симптоматикой* и у пациентов с соматоформными болевыми симптомами работа с имажинациями очень часто является единственной возможностью пережить инсайт по поводу того, что существует связь между душой и телом. Эта возможность может поддержать их в изучении вопроса, почему они вынуждены свою душевную боль выражать языком тела. Для таких пациентов имажинативные образы, благодаря определенным техникам лечения (пар. 7.3), можно рассматривать как «помощь в переходе» от телесных переживаний к их языковому выражению и как образование моста между симптомом, аффектом, конфликтом и переносом.

*Травмированные пациенты* извлекают особую выгоду из имажинаций, так как эти пациенты могут быть обращены к защищенным имажинативным интроективным диссоциациям (Krippner, 2006). Такая интроективная экстернализация во многих других случаях может служить также для защиты терапевтических отношений от возможного разрушения со стороны с трудом сдерживаемого сверхмощного негативного переноса и в качестве важного промежуточного шага при лечении пациентов с выраженным деструктивным потенциалом (см. ситуацию с г-жой Грюн и г-жой Айхель).

*Депрессивным пациентам* имажинации помогают облегчить регулирование близости-дистанцирования, которое дается им особенно тяжело по причине внутренних проблем с границами. Таким образом, в рамках терапевтических отношений имажинации в качестве переходного феномена могут помочь им преодолеть ситуацию расставания (например, отпуск терапевта), а также наглядно отобразить как трудности с установлением границ, так и трудности сепарации. Депрессивные пациенты могут настолько непосредственно сталкиваться в имажинациях с их типичной тенденцией к самопожертвованию, что благодаря этому они сами могут инициировать и поддерживать уже запущенную заботу о себе через внимание к той части Я, которая может быть представлена в форме символических образов. Также ярко может быть выражена и конфронтация с находящейся под защитой агрессией (см. ситуацию с г-жой Айхель).

Пациенты с *нарушением адаптации* извлекают выгоду из стабилизирующих, Я-укрепляющих функций имажинаций. Например, они могут инициировать представление красивого ландшафта или приятного места, чтобы там регрессировать и нарциссически наполняться на службе собственного Я. Таким образом у них появляется возможность отдыхать, и при этом они автоматически как бы «продолжают работать», но уже не в терапевтической беседе, за счет чего давление от «работы» ощутимо снижается.

Пациенты с *личностными расстройствами и пограничной патологией*, а именно с нарушением структуры психики, также могут получить выгоду от работы с терапевтическими имажинациями, однако для этого им, так же как и травмированным пациентам, необходим дифференцированный подход в выборе техники лечения (пар. 7.3).

Вне зависимости от симптомов существует много терапевтических ситуаций, в которых или в самом начале терапии, или в процессе ее проведения может быть полезным побудить пациента сменить уровень беседы на уровень представления образа. Это такие терапевтические ситуации, как, например, постоянно повторяющиеся описания, «хождение вокруг да около», участвовавшие фазы тишины или выраженное стремление к обесцениванию, то есть *терапевтические ситуации с очевидным сопротивлением переносу*. Но не всегда в таких фазах сопротивления у терапевта бывает подходящая гипотеза для интерпретации, и тогда он беспомощен и «блуждает в потемках». Фантазии терапевта, призванные внести какую-то ясность в этой ситуации, также не могут быть использованы. Замечено, что подобные интервенции «ничего не приносят», и на прямой вопрос нельзя получить никакого прямого ответа. Тогда при помощи имажинаций можно попробовать прояснить текущую динамику переноса и найти ей новую перспективу обработки, поскольку символически что-то может быть проявлено в закодированном виде, то, чего при прямом контакте есть возможность избежать. В поле конфликта между бессознательными, но в терапевтическом отношении мобилизованными и наседаящими желаниями и бессознательной внутренней работой по поиску баланса и защиты при помощи сопротивления применение имажинаций может быть полезным не только для толкования переноса. Это также может быть подготовкой и дополнением к последующим интерпретациям (пар. 7.4). Интерпретации должны привести к инсайтам, которые способны сломить сопротивление. Однако по многим причинам интерпретации могут даже усилить сопротивление (пар. 7.7.6). Если в такой ситуации дается импульс для имажинации, то появляется шанс, что благодаря усилению Я и символическому представлению конфликта развития переноса имажинация будет способствовать тому, что пациент позже сможет легче воспринимать соответствующее толкование и самостоятельно его обрабатывать.

#### **Экскурс 4. Первичный процесс**

Понятия первичного и вторичного процессов были введены Фрейдом в 1900 году для обозначения двух способов работы психики, объяснение которых он пытался подогнать к своим измененным тогда, а затем и к новым теоретическим начинаниям (Mertens, Waldvogel, 2000). Мышление вторичного процесса следует правилам логики и синтаксиса и протекает преимущественно вербально. Мышление первичного процесса, напротив, не следует правилам рациональной логики и выражено преимущественно в образной и символической форме. Фрейд воспринимал последнее как типичную форму мышления детского «незрелого» Я и признавал у взрослых регрессию к мышлению первичного процесса во время работы сновидений, ошибочных действий и симптомообразования, а также восприятия искусства. При этом он занимался изучением сходства мышления поэтов и художников с мышлением первичного процесса.

Данная теория считается устаревшей. Она уже полностью пересмотрена; наиболее тщательно было исследовано описанное Фрейдом переплетение первичного процесса и регрессии (Noy, 1969). Современные теории исходят из того, что представления об опыте сохранены в обеих системах и что мышление первичного и вторичного процессов перемещается в одном континууме. Очевидно, существуют также различные системы дологического мышления (Holt, 1989), по отношению к регрессии они различаются между собой как более адаптивный процесс – регрессия на службе собственного Я в значении Криса (Kris, 1952) – и дезадаптивный процесс регрессии.

Данное представление учитывает также исследования возрастной психологии, которые описывают мышление и функции восприятия с младенчества более дифференцированно (Geißler, Heisterkamp, 2007; Posth, 2009; Stern, 1986).

В целом эти новые ориентиры использованы нами для лучшего понимания терапевтического влияния вводимых имагинаций внутри психодинамического процесса. Ход первичного процесса – это больше, чем регрессия; он может быть выражением сценических воспоминаний, а также выступать в качестве защиты или подготавливать прогрессивные решения (глава 2, экскурс 3: Термин «кинестетический»).

Вне зависимости от работы с выявленным сопротивлением существуют терапевтические этапы, в которых пациенты с различными симптомами находятся *в постоянном дополнительном стрессе*: экзамены, переезд, собеседование о приеме на работу, предстоящие роды, смерть близкого, болезнь или больной в семье, нуждающийся в постоянном уходе. Также существуют пациенты, которые в силу своей депрессивной и травмированной структуры подвергаются длительному перенапряжению, поскольку они не в состоянии определить собственные границы и все время находят себе новые заботы. В этом случае также можно вводить имагинации, как это описано в случае пациентов с нарушением адаптации.

Итак, многообразие описанных терапевтических возможностей для использования имагинаций можно объединить в три основополагающие функции: работа с внутренними конфликтами и их защитой при помощи имагинаций выполняет *функцию выражения и прояснения* в процессе представления образа; усиливающая Я, помогающая проживать переживания поддержка при регрессии в ситуациях перегруженности выполняет *функцию стабилизации*; всю работу, укрепляющую систему самости, стимулирующую к созреванию и преодолению расщепления, выполняет *формирующая структура функция*. Эти три общие взаимосвязанные функции: *прояснение, стабилизация и формирование структуры* – представляют возможности расширения процесса при работе с имагинациями. К их описанию и разграничениям мы вернемся несколько позже (глава 7). Конкретнее и более наглядно это будет отражено при описании трех представленных далее случаев (главы 4–6).

### **3.4. Основы согласования лечения в психодинамической терапии**

После формулировки и представления первичной оценки, которую терапевт делает единолично и результат которой он указывает при подаче заявки, наступает следующий этап – согласование лечения с пациентом. Согласование лечения – это все договоренности, которые обсуждаются и принимаются вместе с пациентом. Они частично основываются на рабочих рамках, частично на особенностях терапевтической коммуникации и обозначают, что после первой беседы и сбора анамнеза должен произойти переход в собственно терапевтическую ситуацию. В этом смысле они представляют собой важный момент – формирование структуры отношений, поскольку способ общения, о котором терапевт договаривается с пациентом – о чем, когда и как он его информирует, каким образом и как он вместе с пациентом прибегает к назначениям, – может как улучшить, так и ухудшить осведомленность пациента о терапевтической форме отношений, их возможностях и границах.

Как правило, мы работаем в одинаковых терапевтических рамках и в краткосрочной, и в психодинамической и аналитической психотерапии. Разница состоит лишь в акценте на тех или иных элементах «рамочных» конструкций.

В частности, пациенту сообщается, как выглядят терапевтические рамки (продолжительность, частота занятий, ответственность при отказе, оплата и т. д.) и что именно будет происходить в рамках данного курса. Пациент получает информацию об основных правилах свободных ассоциаций, о правилах абстиненции (никаких личных отношений с терапевтом, терапевт не отвечает на вопросы о своей личной жизни), а также прочих значимых моментах терапевтической коммуникации; по мере возможности необходимо дополнительно прояснить совместно установленные или исходящие из пожеланий пациента цели и основные задачи работы (краткосрочная терапия) или рекомендовать пациенту заранее нацелить терапию на весомые жизненные решения (психодинамическая и аналитическая психотерапия).

Самим способом, которым мы сообщаем эти условия: все сразу или постепенно, строго фиксировано или с возможными заменами, поясняя и ожидая согласия или просто проинформировав, на базе формуляра или без него – мы показываем свою профессиональную самобытность. Мы ненапрямую сообщаем пациенту: «В этих надежных и добровольно выбранных рамках я могу вам помочь – по-другому нет». (Мы можем ему также сообщить, если чувствуем неуверенно себя или являемся новичками: «С данной позиции мне все понятно, я уверен, а с другой позиции мне уже неясно, здесь я уже меньше уверен». Это необходимо, прежде всего, для урегулирования ситуации отказа и потери гонорара. Реакция пациентов на рамки или «рамочные» конструкции отражает также и их типичную реакцию на нас.)

Каждое изменение рамок включает и изменение в структуре отношений. Благодаря описанию рамок уже в самом начале работы для пациента расширяется спектр внутреннего убеждения (настройка – пар. 3.1) в том, что данный терапевт подходит ему как в личном, так и профессиональном плане. Кроме того, наше общение в заданных рамках дает пациенту первые «проверочные указания на (наши) сознательные и бессознательные намерения и на (нашу) надежность» (Trimborn, 1994, S. 94).

Разъясняющие беседы перед началом непосредственно терапии крайне важны именно потому, что они приводят к выстраиванию прочных терапевтических отношений. Такие беседы должны быть подробными и не иметь временных границ, поскольку они ведут к «договоренности» об определенных правилах, и уже на этом фоне часто возникают являющиеся центральными конstellации конфликта. Именно поэтому потраченное на начальном этапе время ни в коем случае нельзя считать потраченным терапевтически бесполезно.

Такое же важное значение имеют и пояснения относительно терапевтического способа коммуникации. Для пациента этот вид коммуникации полностью новый, непривычный и в некотором роде чуждый. Поэтому, как и все новое и чуждое, это может вызывать страх. Возможность ориентироваться в ситуациях неуверенности поддерживает чувство безопасности, но при этом важно также учитывать терапевтически необходимое состояние нерешительности. В конечном счете должны быть подвергнуты сомнению старый дисфункциональный образ мышления, способ чувствования и поведенческий паттерн. Если терапевт в такой момент молчит, он помогает проживанию необходимой в терапевтической ситуации асимметрии, но в то же время в зависимости от обстоятельств вызывает переживание страха, беспомощности или неуверенности. Это затрудняет выстраивание терапевтических отношений, может приводить к усилению симптомов и в конечном итоге к использованию пациентом защитных механизмов, чего можно было бы избежать.

Поскольку все эти «пояснения» входят в формирование структуры отношений, становится более понятным, что все осознанные пациентом сообщения терапевта, особенно о его личности, а также, возможно, прямые сообщения о его неуверенности могут в ходе терапии «повторяться» сценически или содержательно и чаще всего будут сопровождаться конфликтами. Это не плохо, но неотъемлемо и значимо. Так, например, терапевт, который по причине своей собственной альтруистической защиты показывает неуверенность при сообщении о потере гонорара, может столкнуться с тем, как его пациент позже в зависимости от динамики переноса прямо в этом месте «закроется» из-за соответствующего сценического действия (пар. 7.7, экскурс 11: Сцена). Терапевты все-таки должны понимать, что полностью согласовать лечение в эти пробные часы невозможно, и это совсем не обязательно, поскольку действующая между нашими пациентами и нами специфическая переходящая констелляция как раз из-за пояснений может не аннулироваться, а стать плодотворной частью будущей терапевтической работы.

### **3.5. Анонсирование имагинаций как часть согласования лечения**

Если терапевт хочет работать с имагинациями, это необходимо указать в тех же рамках, что и предложение по содержанию соответствующего лечения. Итак, необходимо включить дополнительно к ниже указанным пояснениям (пар. 3.4) уведомление о том, что пациенту предлагаются не только беседы, но еще и выслушивание, расспрашивание, понимающие пояснения и толкования, а также сообщить о своем желании посвятить время внутреннему миру представлений пациента в форме имагинаций и включить их в терапевтическую работу. В таком уведомлении пациенту сообщается, что КИП-терапия состоит из двух видов работы: бесед и имагинаций. После этого имеет смысл сразу провести первую имагинацию, чтобы наглядно показать пациенту, что под этим подразумевается, каков процесс имагинации «на ощупь», чтобы он получил реальное представление для согласия или для отказа (пар. 3.6).

Очень важно найти понятное и подходящее данному пациенту обоснование, так как процесс имагинации – это нечто иное, чем то, что пациенты обычно ожидают от терапевтического процесса. Включение имагинаций кажется сначала чем-то необычным, что пациенты плохо себе представляют. Сообщение об этом может показаться странным, как и основные правила, с их «странными» требованиями говорить все или переживаемый как «странный» отказ терапевта отвечать на вопросы о личном, например, семейном положении, детях, отпуске и т. д. В качестве рамочной составляющей все эти коммуникативные формы имеют характер чего-то чуждого, так как они значительно отличаются от будничной коммуникации; они подчеркивают асимметричные переживания, поскольку сначала исходят от терапевта. Пока пациент не знает, «как идет процесс», сообщение об использовании имагинаций может звучать неуверенно и наряду с любопытством вызывать легкий страх – и при этом сопротивление. Выраженный по отношению к процессу имагинации «скепсис» будет обязательно распространяться не только на актуальный процесс терапии, но и на терапию в целом. При этом требуется также проясняющая обработка сопротивления, кому и почему важна эта терапия (пар. 7.7.3).

Для терапевта, который не посвящен в процесс работы с имагинациями, сообщение об этом может быть также связано с неуверенностью, которая вступает во взаимодействие с чувствами пациента и затрагивает процесс переноса.

Для того чтобы построить мост с пациентом, исходя из возможной неуверенности вначале, есть несколько точек соприкосновения. Если пациент открыто поддерживает позицию, что сновидения содержат душевные послания, которые могут расширять самопознание, он, возможно, сможет также открыто принять предложение терапевта обогатить терапию за счет «терапевтических дневных сновидений». Для пациентов, которые по причине своей защиты имеют ограниченный доступ к своим сновидениям или совсем их обесценивают, этот вариант не подходит. Здесь указание на метафору может быть использовано как удачный переход: например, можно пояснить, что почти ни одна беседа и тем более ни один терапевтический процесс не проходит без метафорических сравнений, так как мы привыкли описывать наше состояние образно. Мы чувствуем себя, например, «как тигр в клетке», «как белка в колесе», «как чужак в собственном доме» и т. д. В лучшем случае мы приводим примеры с теми метафорами, которые пациент использовал сам в первой беседе или позже. Зная о том, что в этих метафорах речь идет об имагинативном уровне, пациент может открыться для проведения «путешествия по образам». Третья возможность заключается в сравнении имагинаций с «фантазированием» или «сновидениями наяву» (пар. 3.5, экскурс 5: Сновидение наяву и имагинация). В случае, если вызванные терапевтом в КИП-терапии имагинации не идентичны тем мечтаниям, которые имеет каждый из нас, можно все же предложить обратиться к опыту,

особенно, если речь идет о боязливых, зажатых или просто эмоциональных пациентах. Терапевт тогда может сказать:

«Вам наверняка знакома ситуация, когда вы едете домой после первого свидания или очень важного собеседования и еще раз проигрываете все перед вашим взором. Это видение вашим внутренним взором может быть очень полезно нам в работе, и поэтому я вам предлагаю, чтобы мы иногда (или один раз сейчас) вплетали это в процесс нашей работы».

Чересчур рассудительным пациентам, напротив, можно указывать на повседневные способности человека выражать чувства и мысли символическим образом. В данном контексте стоит обратить внимание на ученых, которые представляют решение задачи пророчески образно (открытие бензольного кольца). Можно также продолжить следующим образом:

«Люди думают не только посредством мыслей, но и образно. Если открыться своим внутренним представлениям, иногда можно прийти к наблюдениям, которые раньше никогда не приходили в голову. Я хотел бы предложить вам заняться этим в нашей терапии».

Обоснование предлагаемой имажинации совершенно необходимо для точного понимания совместно с пациентом его позиции и опасений, так как во время беседы формируются важные проблемы отношений, например, страх достижений, основанный на жизненных событиях («Я это не смогу») или привычки обесценивания («Это ничего не даст»). Это также подходит пациентам, которые безоговорочно мирятся с таким анонсированием или восторженно с ним соглашаются.

Форма обоснования зависит не только от самого пациента, но и, в частности, от поставленной задачи, то есть от решения терапевта, должны ли имажинации с самого начала присутствовать в процессе терапии или могут быть введены позже в текущий терапевтический процесс по особым причинам. Если имажинации изначально являются составным элементом терапевтического процесса, обоснование можно указать при согласовании лечения. Сформулировано это может быть таким образом:

«Я хотел бы предложить вам на некоторых сеансах расширить и углубить терапевтическую беседу благодаря работе с представлениями образов». Другая формулировка может звучать схоже: «Наш внутренний мир знает не только слова и мысли, но и представления, внутренние образы. Вы часто пытаетесь выразить что-то, что вам еще совсем неизвестно, или представляете что-то хорошо знакомое в новом свете. Это очень важно для нашей с вами работы. Я хотел бы в терапии с вами время от времени применять такие представления, но также вы сами можете, когда захотите, совершить такие путешествия при помощи воображения (образного путешествия во внутренний мир)».

В случае, если имажинации будут предложены терапевтом позднее, уже в ходе терапии, причины будут выглядеть немного иначе в зависимости от оценки терапевтического процесса. Выше приведенные сообщения можно использовать и в этом случае, но надо провести предварительную подготовку:

«Я предлагаю вам сегодня нечто другое, так как у меня такое чувство, что это может помочь (будет полезно, прояснит что-то)...»



## Экскурс 5. Сновидения наяву и имагинация

Сновидения наяву – это интенсивно и чаще всего приятно переживаемые внутренние представления, в которых воображаются сцены или ситуации, а также прошлое и будущее, встречи с любимыми людьми, пожелания или предстоящие значимые жизненные события; частично это происходит в реальности, частично выдумано, как мысли об эротических сновидениях наяву или о фантазиях мести. Внимание в сновидениях наяву отвлечено от окружающего мира, но в любой момент этот внешний мир вновь может начать восприниматься. Тот кто представляет сновидение наяву, фокусируется на внутреннем мире представлений, несмотря на то, что его сознание находится в состоянии нормального бодрствования и он может «внезапно выйти» из своего внутреннего погружения. Сновидения наяву широко распространены; они воспринимаются очень «лично» и интимно и чаще всего о них не сообщается никому; обычно они возникают, если человек находится в одиночестве, в свободное время или в момент засыпания. У процесса сновидений наяву есть стабилизирующая функция, но он может также принимать характер поиска и дестабилизировать того, кто это сновидение видит. Диетер (Dieter, 2005) подчеркивает, что процесс сновидения наяву при этом не может помочь индивидууму «избежать чего-то действительно невыносимого»; он (индивид) может только это выборочно «вытеснить» (там же, S. 93), оставаясь с этими переживаниями в одиночестве.

Терапевтические имагинации, напротив, развиваются при участии значимого другого, и это участие пациентом осознается. Они диалогически направлены, и это отличает их от сновидения наяву. Имагинации состоят из того же «материала представлений», что и сновидения наяву, но относятся к «контексту триангуляторной психологической структуры» и разделенного «имагинативного пространства» (Schnell, 2005), ведь имагинации черпают свои образы и характер развития из состояния отношений между пациентом и терапевтом (Pahl, 1982).

В подобных случаях нужно все-таки более тщательно учитывать послания переноса (пар. 7.7) и при применении аналитической терапии их понимающе проблематизировать, так как, если это не учитывается, пациент может воспринять сообщение об имагинации скорее как критику в отношении себя («Я недостаточно, излишне, неверно даю информацию» и т. д.) или он может предположить беспомощность терапевта («Да, он со мной так дальше не продвинется, сейчас он должен попробовать действовать иначе»).

Все описанные возможные варианты неуверенности – это часть необходимой настройки отношений, как они характеризуют терапевтический процесс, а еще источник бесконечных возможностей понимания. Это относится к каждой терапевтической сессии, а также к процессу имагинации. Даже если некоторые имагинации уже были проведены, пациент все еще не знает, что его ожидает на его «внутренней сцене», что он «сейчас представит», то есть некий момент напряжения остается и должен оставаться.

### **3.6. Особенности первичных имагинаций и рекомендации по практическому применению**

Как и когда терапевт проводит первую имагинацию? Вне зависимости от того, договорились ли мы с пациентом о краткосрочной, психодинамической или аналитической психотерапии, рекомендуется провести первую имагинацию уже в рамках пробных сеансов. Благодаря этому происходит знакомство с процессом погружения в образ, кроме того, первичные имагинации могут давать диагностические подсказки (главы 4–6). Для того чтобы облегчить пациенту «вхождение» во внутренний образный мир, мы предлагаем для начала в качестве стимулирующего мотива определенную исходную тему (о рассуждениях по поводу данной терапевтической активности см. пар. 7.2). Для этой цели хорошо зарекомендовал себя мотив «Цветок», так как у него очень приятный горизонт значений, и часто спонтанно он воспринимается пациентом как «моментальная вспышка» желаемого или уже пережитого состояния: «Он такой же, как я! Сверху немного слабый, но очень хорошо укорененный».

Лейнер назвал эту первую имагинацию «тест Цветок» (Leuner, 1985). Обозначение «тест» сейчас не употребляется в данном контексте, так как он не соответствует комплексному сценическому развитию «первичной имагинации» на заданную тему. Кроме того, он сразу вводит в заблуждение, так как «тест» содержит в себе аспект оценки результата. Но при первом знакомстве с имагинацией пациенту может и не стать «лучше» или «хуже», в то же время содержащаяся в слове «тест» оценка может преградить путь к пониманию. Помимо этого, сегодня мы в отличие от Лейнера исходим из того, что основная способность к процессу воображения, как и все кинестетические формы восприятия, доступна каждому (глава 2, экскурс 3: Термин «кинестетический»), и потому она не должна подвергаться испытанию, даже если используется теми или иными пациентами с различной степенью интенсивности (глава 2). По этой причине обозначение «тест» здесь неуместно. Если мы все-таки будем говорить о «тесте», тогда, скорее всего, о «тестировании отношений»: как и что из своего внутреннего мира пациент может донести в символическом, более неконтролируемом, более приближенном к чувствам виде именно в это время, именно этому терапевту через языковые сообщения, через ранее полученные представления, подвергая это цензуре, или же, по причинам защиты изолируя от аффекта, и как он может «делиться» этим с терапевтом? Эти действительно важные вопросы с их имплицитным значением переноса подвергаются на самом деле «тестированию» (пар. 7.7.2 – интерсубъективная парадигма).

В конце концов все зависит от опыта отношений и ожиданий пациента, как он хочет и может обращаться со своими представлениями и сообщать о них в присутствии другого, а именно в присутствии и при участии «эмоционально сильно действующего на него» чужака, к которому он обратился за помощью. Пациент может испытывать стыд, «делаться маленьким», не получать отражения, чувствовать себя чрезмерно перенапряженным, обесцененным или заброшенным – это лишь несколько возможных переживаний отношений – и начинает бессознательно ожидать от находящегося в терапевтическом переносе лица чего-то подобного, готовясь к обороне (пар. 7.7.4). Если же (что иногда случается) пациент при первичной имагинации «ничего не видит» или видит только «туман», это не значит, что он не может видеть образы, просто он пока еще не может допустить процесс имагинации в актуальной ситуации переноса.

Первой имагинации в психотерапии придается особое значение. Она схожа с первым сновидением пациента, о котором он сообщил терапевту (пар. 3.6, экскурс 6: Первичное сновидение). Она представляет для пациента, как описано в параграфе 3.5, определенный риск. Если однажды он уже получил имагинативный опыт при нашем участии, то весь его последующий опыт будет опираться на предыдущий. Можно предположить, что все пациенты осознанно

или неосознанно чувствуют: «Этот терапевт обходится с моими имажинациями так же, так он будет обходиться со мной и с моей душой».

## **Экскурс 6. Первичное сновидение**

Под первичным сновидением в психодинамической терапии понимается первое сновидение, рассказанное пациентом своему терапевту. Так как это сновидение содержит что-то такое, что пациент не вполне понимал и выпускал из-под своего контроля, первичное сновидение интересно не только по своему содержанию, но, прежде всего, по переносному значению (см. момент сообщения в ситуации с г-жой Грюн во время 9-го сеанса) и, как правило, оценивается терапевтом как что-то очень важное. Первичное сновидение может быть рассказано как сразу после первого контакта, так и спустя большое количество сеансов.

Фрейд (Freud, 1911) описывает такое первичное сновидение следующим образом: оно отличается от всех последующих благодаря своей «наивной» представленности, так как сновидец еще не знает, как ему обходиться с материалом своих сновидений. Благодаря этому, говорит Фрейд, первичные сновидения много чего выявляют, часто они базируются «на общем патогенном материале случая». Поэтому он называет их «программными сновидениями», или «биографическими снами». Они являются символическим переводом общего содержания неврозов на язык сновидений и потому окончательно интерпретированы могут быть лишь в конце терапевтического процесса.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.