



**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования**

**«Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И. И. Мечникова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**А.П. Федоров, А.Н. Еричев**

**Работа с образами  
в когнитивно-поведенческой  
психотерапии**

**Санкт-Петербург  
2014**

**Кафедра психотерапии**

**А.П. Федоров, А.Н. Еричев**

**РАБОТА С ОБРАЗАМИ  
В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова  
2014**

УДК 615.851

ББК 53.57

Ф 33

**Федоров А. П., Еричев А.Н.**

Работа с образами в когнитивно-поведенческой психотерапии /  
А.П. Федоров, А.Н. Еричев учебное пособие. — СПб.: ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. — 28 с.

Авторы:

**Федоров А.П.** — профессор кафедры психотерапии СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова, д-р мед. наук.

**Еричев А.Н.** — доцент кафедры психотерапии СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова, канд. мед. наук.

**Рецензент** — д-р мед. наук, профессор кафедры психологии  
и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова **В.А. Винокур**.

В учебном пособии представлены основные методики, используемые для работы с образами в парадигме когнитивной терапии. Пособие отдельно выделяет группы техник, используемых для выявления образов и для их модификации. Эти две группы техник представлены подробно и структурировано, что облегчает их воспроизведение. Представлены краткие иллюстрации проведения этих техник.

Учебное пособие предназначено для психотерапевтов, медицинских психологов и других специалистов, использующих когнитивную психотерапию в своей работе.

Утверждено  
в качестве учебно-методического пособия  
Методическим советом  
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.  
Протокол № 2 от 6 декабря 2013 г.

© Федоров А. П., Еричев А.Н., 2014  
© Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, оформление, 2014

## **ВВЕДЕНИЕ**

Когнитивно-поведенческая психотерапия — одно из ведущих современных направлений. Последние десятилетия данное направление доминирует в практической работе врачей-психотерапевтов в Европе и Америке. Характерными его особенностями являются: высокая эффективность, краткосрочность, структурированность, научная доказанность эффективности, хорошая воспроизводимость методов и техник. Вышеперечисленные особенности привели к тому, что работа когнитивных психотерапевтов за рубежом оплачивается страховыми компаниями. Например, в Германии страховыми компаниями оплачивается только когнитивно-поведенческая и психодинамическая психотерапия. Все это делает актуальным глубокое овладение данным направлением психотерапевтами и нашей страны.

Данное пособие является продолжением серии публикаций по когнитивно-поведенческой психотерапии и предполагает, знание основных положений теории и базовых техник этого направления.

### **1. ОБРАЗНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КАК ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ПЕРЕМЕННАЯ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ. ОБРАЗЫ, КАК ОДНА ИЗ ВОЗМОЖНЫХ МИШЕНЕЙ ТЕРАПИИ**

Теория когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) утверждает, что не события сами по себе определяют эмоциональные реакции и появление болезненной симптоматики, а промежуточные переменные. Промежуточные переменные включают: мысли, ожидания, установки, правила и некоторые другие. Они могут быть представлены как в вербальной форме, так и в виде образов. При работе в русле когнитивной психотерапии



клиент обращает внимание, прежде всего, на промежуточные переменные в вербальной форме, так как они менее травматичны. На этапе приобщения к философии КПТ мы обучаем клиента обращать внимание, прежде всего, на автоматические мысли, а не на образы, поскольку приобщение к философии КПТ более быстро и легко осуществляется на примере автоматических мыслей. Травматичные образы вызывают более интенсивные эмоции, поэтому клиенты как можно быстрее вытесняют их из памяти. Однако, как показывает клиническая практика, игнорирование работы с образами снижает эффект терапии.

У некоторых больных промежуточная переменная может быть представлена только в виде образов или параллельного ряда образов и мыслей. Например, клиент 22 лет, с тревожно-депрессивной симптоматикой испытывал страхи поездки в метро из-за опасений задохнуться или умереть от сердечного приступа. На диагностическом этапе у больного, прежде всего, были выявлены автоматические мысли следующего содержания: поезд остановился в тоннеле, я задохнусь; мое сердце бьется часто, значит — оно большое и откажет. Не смотря на то, что клиент быстро научился выявлять и опровергать автоматические мысли, у него отмечалось незначительное улучшение состояния, сохранялось избегающее поведение и выраженная тревога в проблемных ситуациях таких как поездки в метро. Поэтому терапевт предположил наличие параллельного образного ряда и использовал методы для выявления образов. Был выявлен образ себя с синюшным лицом, умирающим на полу вагона.

Активирующее событие	Мысли/образы	Эмоция	Поведение
Вагон метро остановился в тоннеле.	Это катастрофа, я задохнусь. Мое сердце бьется часто и т. д. Представление себя лежащим с синюшным лицом на полу вагона.	Страх высокой интенсивности.	Фиксация на собственном дыхании и биении сердца. Желание выбежать из вагона.

Только сочетанная проработка образного и вербального ряда дала заметное улучшение состояния клиента. Вышеперечисленное делает наглядным необходимость использования техник работы с образами.

## 2. ТЕХНИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБРАЗОВ

### Техники выявления образов непосредственно в кабинете психотерапевта

А. Первая группа техник основана на воображаемом погружении в проблемную ситуацию и идентификации образов, которые связаны с ней. Мы предлагаем клиенту представить конкретную ситуацию, в которой проявлялась болезненная симптоматика (мешающие, незатухающие эмоции, неадаптивное поведение и др.). Терапевт должен проявить определенную настойчивость, чтобы такое представление было достаточно сформированным и устойчивым. Пациенту необходимо объяснить, что у него будет возникать естественное желание отстраниться от такого представления и не испытывать негативных эмоций, но для достижения хорошего результата необходимо определенное время представления этой неприятной ситуации.

Показателем достаточно хорошего погружения в ситуацию являются экспрессивно-моторные и вегетативные эквиваленты переживаемой эмоции. Можно отметить: изменение цвета лица, дыхания, мимики, ширины зрачка, появление пульсации височных артерий, локального дермографизма, непроизвольных движений, изменение позы тела и другие.

Когда мы констатируем, что уровень погружения является достаточным, задается базовый вопрос: «Что из всей представляемой ситуации вызывает наибольший эмоциональный отклик? Можете ли Вы описать это как отдельный образ (картинку)?».

Если клиент хорошо овладел техникой идентификации автоматических мыслей на предшествующем этапе терапии и уже выявил автоматические мысли, связанные с этой ситуацией, то мы можем предложить другой вопрос: «Когда Вас посещает эта мысль (терапевт озвучивает ее), представляете ли Вы какую-нибудь картинку?».

### *Сложности, возникающие в процессе выполнения техники и их преодоление*

Пациент избегает погружения и говорит о том, что ему трудно представить ситуацию. В таких случаях повторное погружение в ситуацию самый простой и достаточно эффективный прием для выявления образов. Если прием не срабатывает, терапевт пред-



лагает использовать техники релаксации. Далее, в состоянии легкой релаксации, терапевт с помощью процессуальных вопросов помогает создать достаточно полную картинку. Процессуальные вопросы предназначены для того, чтобы фокусировать внимание на структуре картинке, а не ее содержании. Тогда они могут звучать так: «Вы видите картинку как часть зрительного поля или она занимает все пространство? Вы представляете картинку как достаточно насыщенную цветами или блеклую? Какие еще элементы окружения Вы можете выделить в этой картинке? Это отдаленная или достаточно близкая картинка? Не можете ли вы сейчас описать эту ситуацию (картинку)? и т.д.». Использование подобных вопросов позволяет структурировать зрительный образ, в том числе и в содержательном плане.

В некоторых случаях мы можем активировать работу клиента, описывая образ заведомо противоположный ожидаемому. Например, у пациентки со страхом высоты представляющей себя на мосту, мы описываем: «Вы, наверное, представляете сейчас, как вы стоите у перил высокого моста и любуетесь перекатами волн под вами с высоты птичьего полета».

Для того чтобы облегчить понимание того, каким может быть В (промежуточная переменная), кроме автоматических мыслей, мы широко используем синонимы слова образ, такие как фантазия, видение, образные ассоциации, воспоминания, представления, картинки.

**Демонстрация** того, что такое **образ в ситуации «здесь и теперь»** с переживанием нейтральных или позитивных эмоций также помогает включить клиента в работу. Это является дополнительным приемом для облегчения осознания того, что такое образ, представление ситуации. Данная техника проводится следующим образом: «Пациенту предлагается посмотреть на пейзаж, изображенный на фотографии, висящей в кабинете (или посмотреть в окно), осознать эмоцию. Далее закрыть глаза и представить себе этот пейзаж, вновь осознать эмоцию и описать представляемый образ». В некоторых случаях клиенту рекомендуется отрабатывать данную технику вне кабинета в виде домашних заданий.

**Разыгрывание ролевых ситуаций.** Разыгрывается ролевая ситуация соответствующая по содержанию проблемному событию. Построение ситуаций в некоторых случаях близка к психодраматическим техникам.

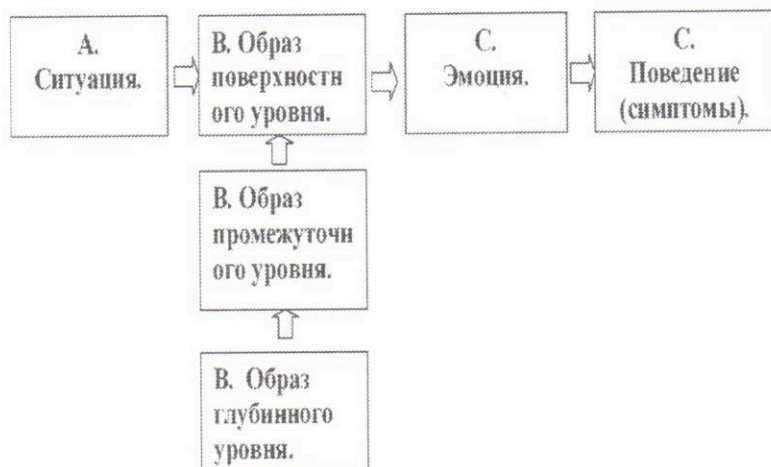
Техника может выполняться в двух вариантах. Первый, во время индивидуальной психотерапевтической сессии. В таком случае, терапевт играет роль значимого лица, с которым связано появление симптоматики, а клиент самого себя. Например, терапевт играет роль критикующего лица, а клиент со страхом выступлений роль делающего доклад. После чего клиента просят описать возникающие образы. Второй вариант выполняется в группе. Группа создает ситуацию напоминающую проблемную. Работа начинается с разыгрывания проблемных ситуаций легкого уровня. Клиент играет самого себя, после чего фокусируется на образах. Если не удастся выявить образы при разыгрывании ситуаций легкого уровня, то проигрываются ситуации более трудного уровня.

### *Техника выявления образов более глубоких уровней*

Мы исходим из теоретических предпосылок, что образный ряд как промежуточная переменная состоит из представлений разного уровня (по аналогии с автоматическими мыслями, промежуточными убеждениями, глубинными убеждениями).







Ниже приведен пример женщины 30 лет, испытывающей страх высоты (в том числе и мостов).

**Событие:** Звонят клиенты, предлагают провести переговоры.

**Образ:** Представление Дворцового моста, который надо пересечь.

**Мысли:** Я с этим не справлюсь, это ужасно.

**Эмоция:** Страх.

**Поведение:** Повторный звонок клиенту с просьбой перенести место встречи.

**Промежуточный образ:** Картина рушащегося под ногами моста.

**Глубинный образ:** Образ падения в бездну, сочетающийся с чувством беспомощности.

Событие (А)	Образ (В)	Мысли (В)	Эмоция (Св)	Поведение (Св)
1	2	3	4	5
Звонят клиенты, предлагают провести переговоры.	Образ поверхностного уровня: представление Дворцового моста, который надо пересечь.	Я с этим не справлюсь, это ужасно.	Страх (интенсивность 70%)	Повторный звонок клиенту с просьбой перенести место встречи.
	Образ промежуточного		Страх (интенсивность 80%)	

1	2	3	4	5
	уровня: картина рушащегося под ногами здания.			
	Образ глубинного уровня: образ падения в бездну, сочетающийся с чувством беспомощности.		Страх (интенсивность 90%)	

Основной вопрос, при использовании этой техники следующий: «Какая картинка приходит к Вам в голову, когда Вы вспоминаете эту ситуацию? Какие картинки из Вашего прошлого вспоминаются как очень похожие на первую?» В ряде случаев может оказаться полезным использование рисуночных техник на отображение возникающих ассоциаций. Для выявления образов глубокого уровня требуется многократное представление проблемной ситуации.

***Сложности, возникающие в процессе выполнения техники выявления образов более глубоких уровней и их преодоление***

Затруднения могут быть похожи на описанные ранее и преодолеваются с использованием тех же приемов.

**Специфические затруднения.** Пациент работает только на поверхностном уровне, не может зафиксировать образы промежуточного уровня. В данном случае целесообразно часть сессий посвящать невербальному отреагированию (прорисовыванию) ассоциативных рядов связанных с событием.

Техника выполняется следующим образом. Клиенту предлагается отобразить в виде рисунка возникающий образ. Затем, через небольшой временной интервал, вновь после погружения в проблемную ситуацию нарисовать новый образ. Еще раз подчеркнем, что выявление глубинных образов требует многократного погружения в проблемную ситуацию с фиксацией возникающего образа. Если мы ограничимся погружением в проблемную ситуацию 2–3 раза, то скорее всего мы сможем уловить только образы относящиеся к промежуточному уровню.

С некоторыми пациентами продуктивным может быть использование техники коллекционирования критических жизненных событий в различные возрастные периоды (будет описана ниже).

### ***Техники выявления образов, выполняемые самостоятельно***

#### ***А. Техника коллекционирования автоматических образов.***

Данная техника используется для закрепления навыков идентификации образов и предлагается в виде домашнего задания, после того, как клиент вместе с терапевтом поработал с ней в ходе сессии. Пациенту дается инструкция: «После столкновения с любой ситуацией, где Вы испытывали мешающую эмоцию (симптом-мишень), необходимо заполнить форму. Желательно это делать как можно скорее после столкновения с ситуацией, но можно и ретроспективно вечером. Оптимальным является детализированное описание образа».

Дата и время.	Активирующее событие.	Мысли и образы.	Эмоция.

#### ***Б. Техника экспериментального погружения в ситуацию.***

Пациенту дается задание 1–2 раза в день погрузиться в проблемную ситуацию и сразу после выхода из нее, зафиксировать возникшие автоматические мысли и образы. Например, пациенту со страхом поездок в метро предлагается войти в вестибюль станции и вернуться обратно. Уровень сложности задания подбирается индивидуально, после согласования с клиентом (задание должно быть реально выполнимым и соответствовать возможности человека на данный момент, т.е. необходимо соблюдать принцип градуированных заданий).

## **3. ТЕХНИКИ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗОВ**

Техники модификации образов Основная цель при работе с образами состоит в том, чтобы модифицировать стереотипный вариант появления дезадаптивного образа, представления, что позволит изменить реакцию пациента в проблемных ситуациях.



### 3.1. Техника многократного проигрывания образа

Эта техника ставит своей задачей угашение эмоциональной реакции при столкновении с проблемной ситуацией за счет привыкания, адаптации. Особенно эффективна при работе с тревогой и страхами.

Пациент погружается в ситуацию, идентифицирует образ и через несколько секунд, по сигналу терапевта прекращает представление. Потом следует этап отвлечения внимания, затем цикл повторяется снова. И так повторяется несколько раз, пока пациент не почувствует отчетливое снижение интенсивности негативных эмоций.

*3.1.1. Этапы проведения техники многократного проигрывания образов. Понятие цикла представления образа включает: представление образа, оценку эмоционального состояния (интенсивность эмоции), отвлечение внимания, начало следующего цикла).*

Этапы цикла	Пример
Представление образа	Клиент представляет образ змеи на расстоянии 3 метров (в течение 10 секунд)
Оценка эмоционального состояния	Страх 80%
Отвлечение внимания	Представление заката с переживанием спокойствия и умиротворения (в течение 30-40 секунд)
Повторное представление образа и т.д.	

Техника многократного проигрывания образа основана на теории угашения. Суть ее состоит в следующем: если человек представляет ситуацию или сталкивается с ней и возникающая эмоция у него позитивно не подкрепляется, то образ теряет значение запускающего стимула. Запускающий стимул — это стимул, который вследствие сформировавшихся условно-рефлекторных связей вызывает всю цепь реакций от восприятия стимула до эмоций и поведения, как конечного результата. Примером запускающего стимула является реакция человека, который получил ожог, прикасаясь к черной металлической поверхности, в последующем металлическая черная поверхность является запускающим стимулом и вызывает тревогу и автоматическое отдергивание руки. Эта реакция является автоматической и в момент совершения ее слабо контролируется.



Цикл представления образа включает в себя представление образа (в течение 7–10 секунд) без включения моторных компонентов реакций, отвлечение внимания и представление вспомогательной ситуации (ситуации в прошлом всегда вызывавшей положительные эмоции, например, вид заходящего солнца над спокойным морем, или отдых в тени дерева в теплый летний день), оценка интенсивности испытываемой эмоции после нескольких циклов. В случае отсутствия снижения интенсивности испытываемой эмоции после проведения 3–4 циклов, пациенту предлагают выбрать более интенсивно положительно окрашенную вспомогательную ситуацию (учитывая индивидуальную значимость) и включать ее в цикл. Данная техника отличается от техники систематической десенсибилизации тем, что клиент обучается останавливать себя только на уровне зрительного представления образа (без включения кинестетической модальности и моторных реакций). Конечным результатом техники является спокойное представление ситуации, ранее автоматически вызывавшей сильную негативную эмоцию. Следующим этапом проведения техники является поведенческий эксперимент путем погружения в реальные ситуации.

### **3.2. Техники завершения образа и техника мысленного решения проблемы**

Эти техники ставят своей задачей восстановить полный контакт с травмирующей ситуацией, что позволяет переоценить ее значение и ее негативные последствия. Переоценка значения ситуации происходит самопроизвольно как на уровне автоматических мыслей, так и на уровне образов. Это приводит к модификации образа, замене пугающего образа на образ вызывающий субъективно переносимый страх. Данные техники особенно эффективны при работе с пациентами, страдающими посттравматическим стрессовым расстройством.

#### **3.2.1. Техника завершения образа**

Пациенту предлагается развить ситуацию до кризисной точки (наиболее негативного момента, от представления которого обычно клиент уходит) и преодолеть эту кризисную точку. Показателем преодоления кризисной точки, как правило, является эмоциональное отреагирование во время сессии и последующее улучшение

ние состояния больного. При выявленных катастрофических установках больного, доведение пациента в воображении до ситуации катастрофы и прояснение значения такого развития событий. В тех случаях, когда клиент не может преодолеть критическую точку можно подключить дополнительные техники модификации образа и таким образом завершить ситуацию. Можно предложить отступить в проигрывании образа на несколько шагов назад и представлять менее травматичный этап ситуации. Повторять проигрывание ситуации несколько раз, доходя до того этапа, пока уровень испытываемых эмоций не станет субъективно приемлемым. После чего необходимо перейти к следующему более травматичному этапу ситуации, и так до тех пор, пока не будет преодолена критическая (самая эмоционально заряженная) точка.

*3.2.2. Техника мысленного решения проблемы (техника позитивного воображения).*

Пациенту предлагается вообразить позитивное развитие проблемной ситуации, при котором он испытает положительные эмоции. После такого проигрывания ему предлагается идентифицировать автоматические мысли и образы, которые помогли ему совладать с ситуацией, ранее воспринимавшейся как травматичной. Терапевт должен проявить определенную настойчивость, чтобы «вытянуть» и помочь зафиксировать в памяти эти позитивные образы. Техника успешна только при многократном (не менее 4–5 раз) проигрывании ситуации.

*3.2.3. Техника негативного завершения образа.*

По своей сути техника похожа на технику имплозии (парадоксальной интенции). Клиенту предлагается, изначально на сеансе психотерапии, а затем и в виде регулярных домашних заданий представить в воображении наихудший вариант развития ситуации, испытать соответствующие негативные эмоции и симптомы, побыть достаточное время в контакте с этой ситуацией. Показателем успешного проведения техники является снижение интенсивности испытываемых негативных эмоций (ослабление симптоматики).

### **3.3. Техника прыжка в будущее**

Данная техника похожа на технику позитивного воображения. Техника проводится следующим образом; пациенту пред-



лагается наиболее ярко представить избегаемую ситуацию и вообразить себя находящимся в ней, но уже испытывающим позитивную эмоцию. Например, пациенту испытывающему страх выступлений дается следующая инструкция. Представьте аудиторию, внимательно смотрящую на вас, оценивающую вас критически, и вообразите себя в комфортном состоянии, получающим удовольствие от общения с аудиторией, от противодействия, которое оказывают отдельные лица в зале. Постарайтесь развить эти позитивные чувства, побыть в этом состоянии, почувствовать себя получающим удовольствие от всего, что происходит в аудитории, в том числе и от некоторого противодействия слушающих.

Далее мы предлагаем пациенту зафиксировать ощущения в теле, одновременно сохраняя зрительный образ аудитории. Создание прочной связи позитивных ощущений в теле с визуальным образом является основной задачей данной техники. Например, с клиентом испытывающим страх выступлений перед аудиторией, страдающему эреитрофобическим синдромом, методика проводилась следующим образом. Клиент представляет аудиторию, видит перешептывание отдельных людей, видит и слышит легкие смешки в зале, все больше обращения взглядов на себя и в этот момент он представляет себя начинающим краснеть, но при этом представляет себя ощущающим подъем сил, нарастающее удовольствие от выступления, появление задора, активности. Далее ему предлагается представить себя через несколько месяцев уже хорошо освоившим навыки самопрезентации и выступления и увидеть, что изменилось в образном представлении прежде травматичной ситуации.

Успешность данной техники определяется многократностью проигрывания и регулярным выполнением домашних заданий.

### **3.4. Техники, использующие временное и пространственное дистанцирование и разотождествление**

Условно-рефлекторная связь между образом и реакцией, в том числе и эмоциональной, настолько тесна и автоматизирована, что человек не осознает ее и неспособен управлять и контролировать свои реакции. Внесение временной и пространственной дистанции между образом и реакцией дает возможность больше осознать и иметь возможность сознательно влиять на свои эмоции и

поведение. Предлагаемые ниже техники увеличивают временной зазор, позволяющий увидеть диапазон возможных реакции, а не реагировать стереотипно, автоматически.

#### *3.4.1. Техника тройной диссоциации*

**Первый шаг.** Пациенту предлагается представить себя находящимся в конкретной проблемной ситуации (далее дается подробное конкретное, приуроченное к определенному отрезку времени описание психотравмирующей ситуации, вначале используя только визуальную модальность, затем, подключая аудиальную, кинестетическую, обонятельную модальности) и испытывающим негативные эмоции, которые и послужили поводом для обращения за помощью. На предварительном этапе пациент информируется о том, что он должен дать обратную связь о достаточно глубоком погружении в ситуацию, путем поднимания указательного пальца правой руки вверх. В процессе проведения этой техники, терапевт активно напоминает, о необходимости обратной связи.

**Второй шаг.** Клиенту предлагается представить себя, сидящим в зале и смотрящим на экран кинотеатра, где показывается фильм с его участием. В этом фильме демонстрируется проблемная ситуация и его собственные реакции. Пациент, так же дает обратную связь о достаточно хорошем представлении ситуации на экране. Затем, терапевт предлагает отмотать фильм назад и проиграть его с другой реакцией, и как итогом, другим результатом. Желательно неоднократное проигрывание фильма с разными результатами. После каждого проигрывания фильма пациент проводит шкалирование, испытываемых эмоций. В конце пациент должен ответить на вопрос, при каком результате ему было максимально комфортно.

**Третий шаг.** Пациенту дается инструкция, вообразить себя, сидящим на балконе кинотеатра, глядящим в зал, видящим себя, сидящего в зале и смотрящего фильм про себя. После достаточно яркого и реалистичного представления всей вышеописанной ситуации, пациент дает обратную связь. Опять на экране воспроизводится несколько вариантов реагирования «главного героя» в проблемной ситуации. Вновь проводится шкалирование испытанных эмоций. В результате проведения этих этапов травматический опыт сначала деперсонализируется, а затем проще протекает процесс его интеграции. В полном варианте проведе-



ния этой техники необходимо после успешного проведения третьего шага вернуться ко второму, а потом и к первому.

Возможные сложности при проведении техники. При значительной выраженности эмоций пациенту сложно изменить свои реакции в фильме, поэтому, ему предлагается видоизменять реакции в фильме, только когда он находится на балконе кинотеатра. В некоторых случаях можно предложить клиенту словесно описывать детали проблемной ситуации, вызывающей у него усиление эмоций. Такое словесное описание можно предложить проводить многократно, до тех пор, пока уровень испытываемых эмоций станет более приемлемым для проработки.

### *Техника временной диссоциации*

Терапевт погружает клиента в проблемную ситуацию способами описанными ранее (см. «Первый шаг предыдущей техники»). Далее, просит представить себя смотрящим на эту ситуацию с позиции человека прожившего 10 лет жизни, наполненной разными, в том числе и негативными событиями. Затем выполняется шкалирование эмоций. Потом, через 20 лет. Последний шаг, посмотреть на это событие глазами человека, подводющего итоги своей жизни. Далее, проводится шкалирование эмоций. Успешность данной техники зависит от вживания в образ человека, изменяющегося со временем.

### *Техника визуально-кинестетической диссоциации*

Данная техника предложена Р. Бендлером и Д. Гриндером в системе НЛП (нейролингвистического программирования). Главная задача метода — активация скрытых ресурсов человека и обучение клиента пользоваться ими. Она наиболее эффективна при работе с посттравматическими стрессовыми состояниями и различного рода фобиях. Техника предполагает прохождение следующих этапов:

1. Идентификация проблемы. Клиенту предлагается вспомнить проблемную ситуацию (наиболее значимый эпизод).

2. Установка «якоря» на ресурсное состояние. Клиенту предлагается представить ситуацию из прошлого, когда он был наиболее успешен, испытывал позитивные эмоции и в момент, когда его позитивное состояние подходит к пику, устанавливается «якорь». «Якорем» называется внешний раздражитель, как пра-

вило, в кинестетической модальности, который легко может быть возобновлен и стереотипным образом повторен. В качестве «якоря» чаще всего используется прикосновение к плечу, колену и т. д. «Якорь» устанавливается таким образом, чтобы внимание клиента специально не концентрировалось на этом действии психотерапевта.

3. Совмещение якоря и представления травматического события. Производится тактильное воздействие, активирующее ресурсный якорь. После этого клиенту предлагается представить себя перед началом действия травматического события и просмотреть последующие сцены как будто он видит фильм, описывающий события до психотравмы. Этим достигается двойная диссоциация.

4. Тройная диссоциация. Клиенту предлагается выйти за пределы своего тела и смотреть на себя просматривающего фильм до начала действия психотравмирующего события. Далее проводится активация ресурсного «якоря».

5. Просмотр всего психотравмирующего события. Клиенту предлагается просмотреть весь фильм от начала действия до завершения действия психотравмирующего события с позиции человека, наблюдающего за собой смотрящим фильм (позиция «наблюдающего»). В моменты усиления негативных эмоций возобновляется активация ресурсного якоря. В некоторых случаях оказывается эмоциональная поддержка.

6. Возврат к двойной диссоциации. После полного просмотра фильма с позиции «наблюдающего» клиенту предлагается вернуться в позицию смотрящего фильм.

7. Использование самим клиентом собственных ресурсных состояний. После просмотра всего фильма клиента просят подойти к тому себе, пережившему трудный травматический опыт и передать ему чувство уверенности и безопасности.

8. Интеграция опыта. Когда клиент здесь и теперь убедится, что он «из прошлого» способен принять этот эмоциональный опыт, ему предлагается позволить визуальному образу, связанному с травмирующим опытом войти внутрь своего тела и ощутить его там (интегрироваться с ним).

9. Подстройка к будущему. Клиента просят представить себя в будущих ситуациях, которые раньше вызывали напряжение. Если негативные эмоции возобновляются, то работа возобновляется со второго этапа. Таких повторов может быть 2–3.



10. Поведенческий эксперимент. Клиента просят соприкоснуться с реальными ситуациями, в которых раньше возникали негативные эмоции, напряжение. В случае возникновения сложностей целесообразно технику повторить несколько раз от первого шага до последнего.

#### **4. ТЕХНИКИ СОЧЕТАННОЙ ПРОРАБОТКИ ОБРАЗОВ И АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ, УСТАНОВОК**

Опыт клинической работы с тревожными, фобическими и депрессивными состояниями показывает, что только мысли или только образы редко являются единственной причиной их возникновения и поддержания. Чаще всего у пациентов мы выявляем два ряда: образный и мысленный. Необходимым условием эффективности психотерапии является проработка как образного, так и мысленного ряда. В качестве примера опишем больную со страхом высоты. Больная 33 лет испытывала страхи высоты, усиливающиеся в момент, когда она подходила к окнам и особенно сильный страх она испытывала при раскрытом окне. На диагностическом этапе было выявлено, что страх высоты провоцируется появлением образа распростертого тела, лежащего на земле в луже крови. Кроме этого у больной были выявлены автоматические мысли «я выпрыгну из окна и разобьюсь», «дети останутся одни», «это ужасно». Только последовательная работа по двум направлениям привела к заметному снижению страха.

##### **4. 1. Техники, использующие релаксацию**

Релаксация используется как процедура, снижающая уровень у испытываемых негативных эмоций, которые могут быть связаны как с дисфункциональными мыслями, так и образами. Можно использовать следующие приемы релаксации:

*Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.* Имеется два основных варианта данной техники: активная и пассивная мышечная релаксация. Активная мышечная релаксация предполагает овладение навыком расслабления групп мышц, посредством последовательного напряжения и расслабления. Активная мышечная релаксация требует больше времени и уси-

лий для овладения, поэтому в данном пособии она не описывается.

**Пассивная мышечная релаксация.** Вариант методики, получивший название пассивная мышечная релаксация, в последнее время используется достаточно часто как прием для уменьшения эмоционального возбуждения. При нем мышечное напряжение практически не используется.

Техника проводится следующим образом. Пациент занимает удобную позу, сидя на стуле. Запрещается перекрест рук и ног. Закрывает глаза. Расслабляет все мышцы тела, мысленно просматривая все тело сверху вниз. Если он ощущает напряжение мышц в какой-либо области, то ему предлагается напрячь эту группу мышц и через предварительное напряжение достигнуть расслабления мышц. Потом проверить правильность положения языка в полости рта. Он должен не касаться стенок полости рта и лежать совершенно пассивно.

Далее пациенту предлагается установить свободное, спокойное дыхание. Ему не навязывается какое-либо фиксированное соотношение между 4 фазами дыхания (вдохом, задержкой, выдохом, задержкой), он дышит спокойно, не спеша. После успокоения дыхания пациенту предлагается отбросить все посторонние мысли, если они есть, представить, как вместе с вдыхаемым воздухом они покидают его и вместе с ними его покидает напряжение.

Затем пациенту необходимо сконцентрироваться на ощущениях, возникающих в носу при дыхании, ощущении прохлады при вдохе и тепла при выдохе, сделать 10–12 вдохов и выдохов и ярко прочувствовать эти ощущения тепла и прохлады, достигнуть выраженных различий между ощущением прохлады и тепла.

Потом обратить внимание, как эти ощущения могут опуститься по дыхательным путям до уровня щитовидной железы (пациенту показывается область ее локализации). Если у него появились четкие ощущения прохлады и тепла в этой области, то он должен полностью сфокусироваться на них, представить, будто он начинает дышать через эту область, как будто его нос, через который он обычно осуществляет дыхание, переместился в область щитовидной железы, сделать 10–12 вдохов и выдохов, ярко прочувствовать ощущение прохлады при вдохе и тепла при выдохе в этой области. Далее переместить внимание на область сол-



нечного сплетения и начать дышать через неё. Также хорошо ощутить прохладу в этой области при вдохе и тепло при выдохе.

Следующий этап. Пациент кладет руки на колени ладонями вверх и представляет, что он дышит через ладони, также ощущая прохладу при вдохе и тепло при выдохе. Потом дыхание осуществляется через ступни. После чего ему предлагается мысленным взором просмотреть все тело и отметить, не задержались ли где-нибудь остатки напряжения. Если таковые будут обнаружены, то пациенту необходимо сконцентрироваться на них и представить, как через это место (исключая области сердца и головы) осуществляется дыхание.

Данный вариант методики осваивается относительно быстро. Овладение этой техникой дает возможность пациенту использовать дыхание для расслабления и снятия напряжения в повседневных ситуациях. При проведении данной методики клиент должен быть проинформирован, что усиление фазы выдоха, удлинение его приводят к большей релаксации и снятию эмоционального напряжения и обычно связаны с более яркими ощущениями тепла. Для успешного овладения методикой необходимо провести несколько занятий под руководством терапевта. После каждого такого занятия желательно обсудить возникшие сложности и пути их преодоления. Занятия под руководством психотерапевта могут проходить как в групповом, так и в индивидуальном вариантах. При проведении методики под руководством психотерапевта желательно минимизировать механизм суггестии. В противном случае самостоятельные задания будут проходить с затруднениями, поскольку клиент не будет достигать тех же результатов, которых он достигал в кабинете терапевта. Для овладения этими методиками требуется время до двух недель. Более подробно активный вариант техники описан в руководствах по поведенческой терапии.

**Аутогенная тренировка.** Для хорошего освоения требуется около полутора месяцев. Детально описана в многочисленных руководствах.

**Техники визуализации.** Пациент представляет картину природы, ассоциирующуюся у него с максимальным расслаблением и спокойствием. Помимо визуальной репрезентативной системы желательно подключать аудиальную, обонятельную и кинестетическую модальности для создания максимально реалистичной картины. Как вспомогательные средства, могут использоваться аудиозаписи шума моря, звуков леса и т. д. Техника

считается освоенной, если клиенту удастся в течение одной-двух минут достигнуть состояния релаксации.

**Дыхательные техники.** Используется ритм дыхания и удлинение фазы выдоха для достижения состояния релаксации. Клиент обучается отслеживать глубину вдоха и выдоха, удлиняя выдох до соотношения вдоха — выдоха 1 к 2, сохраняя при этом ритмичность дыхания.

После освоения одной из вышеуказанных техник пациенту предлагается представлять проблемную ситуацию, отслеживать возникающие дезадаптивные образы и после чего, вызывать релаксацию. Путем многократных совмещений релаксации с образом достигается угашение последнего.

## **5. ТЕХНИКА КОЛЛЕКЦИОНИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЖИЗНЕННЫХ СОБЫТИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

В ряде случаев дезадаптивные установки формируются в различные возрастные периоды, в том числе и в детстве. Хотя КПТ, как правило, не работает с прошлым, в некоторых случаях требуется проработка критических жизненных событий связанных с событиями произошедшими давно. Особенно это актуально для пациентов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Клиенту рекомендуется вспомнить критические события детского, подросткового и юношеского возраста и записать их.

Данное задание может даваться с большим или меньшим уровнем формализма, например можно рекомендовать написать по 5 критических событий для каждого возрастного периода, а можно просто попросить описать критические жизненные события, не фиксируясь на их количестве. Критические жизненные события могут быть очень конкретными и очерчены по времени (например, ребенок потерялся в толпе людей), а могут быть и растянуты на значительные промежутки времени, например, гиперопека со стороны матери, формирующая установку «мир опасен». Критические жизненные события могут вспоминаться в вербальной форме, а могут в образной. Например, одна из клиенток часто вспоминала себя одинокой, прячущейся от людей, бредущей по дороге в лесу поздно вечером, испытывающей ужас. Она вспомнила, что данный образ напоминает побег из пионерского лагеря, куда ее «запихнула мать» в возрасте 9 лет.



После того как клиент записывает критические жизненные события (чаще в процессе самостоятельной домашней работы), он вместе с терапевтом (или один) формулирует установки, которые могли сформироваться в тот период. Затем проводится связь между теми установками и настоящими проблемами пациентов. Данная техника позволяет выявлять возможные мишени психотерапии в виде образов и установок и делает понятной логическую связь между симптоматикой в настоящий момент и предыдущим жизненным опытом.

## **6. ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА**

Оценка эффективности является важным этапом при проведении психотерапии. Она позволяет избежать преувеличенных представлений об эффективности работы психотерапевта. Наилучшим способом проверки эффективности является погружение клиента в реальные проблемные ситуации или разыгрывание ролевых ситуаций. Например, пациент, который работал со страхом замкнутых пространств в кабинете психотерапевта, отмечал существенное уменьшение уровня страха, но в обычной жизни в замкнутом пространстве вновь испытал страх высокой интенсивности. Данный пример иллюстрирует недостаточность проработки проблемы клиента или неадекватное по интенсивности использование поведенческого эксперимента.

Разыгрывание ролевых ситуаций. Ролевые ситуации могут разыгрываться с участием малой группы пациентов или с психотерапевтом. В начале составляется сценарий ролевой ситуации. При составлении сценария необходимо учитывать степень сложности задания и начинать от более легких к более трудным ситуациям. Пациент должен максимально вжиться в роль. Психотерапевт помогает ощутить реальность разыгрываемой ситуации. Терапевт через определенные отрезки времени спрашивает клиента, представляет ли он какие-либо картинки, образы кроме того, что он видит здесь в реальной ситуации. Возобновление дисфункциональных, травматичных образов является показателем недостаточной проработки образного ряда. В таких случаях работа по модификации образов повторяется.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ

*Выберите один правильный ответ*

**1. Когнитивная психотерапия в качестве промежуточной переменной рассматривает:**

- а) только автоматические мысли;
- б) только установки и правила;
- в) только глубинные убеждения;
- г) только образы;
- д) все вышеуказанные категории.

**2. Основное значение в возникновении дисфункциональных эмоций когнитивная психотерапия придает:**

- а) образам;
- б) автоматическим мыслям;
- в) мыслям промежуточного уровня;
- г) глубинным убеждениям;
- д) всем вышеуказанным категориям.

**3. Образы становятся основной мишенью терапии только, если...**

- а) работа с автоматическими мыслями не дает результата;
- б) работа на промежуточном уровне с установками является неэффективной;
- в) работа с глубинными установками также не дает результата;
- г) образы всегда должны стать мишенью терапии;
- д) выявляется значительная связь между образами и дисфункциональной реакцией пациента.

**4. Техники выявления образов предполагают...**

- а) отстраненный рассказ о травмирующей ситуации;
- б) рациональное предположение о наиболее значимом моменте травмирующей ситуации;
- в) объяснение причин сильной эмоциональной реакции в травмирующей ситуации;
- г) использование всех трех вышеуказанных приемов;
- д) глубокое погружение в ситуацию.



**5. Техниками выявления образов являются все, кроме...**

- а) воображаемое погружение в проблемную ситуацию;
- б) разыгрывание ролевых ситуаций;
- в) коллекционирование автоматических образов;
- г) экспериментального погружения в проблемную ситуацию;
- д) техника свободных ассоциаций.

**6. К техникам модификации образов относятся все, кроме...**

- а) техника многократного проигрывания образа;
- б) техника завершения образа;
- в) техника позитивного воображения;
- г) техника негативного завершения образа;
- д) техника толкования сновидений.

**7. К техникам модификации образов относятся все, кроме...**

- а) техника тройной диссоциации;
- б) техника визуально-кинестетической диссоциации;
- в) техника временной диссоциации;
- г) техника прыжка в будущее;
- д) анализ переноса.

**8. Выявление образов в когнитивной терапии предполагает выявление образов только...**

- а) поверхностного уровня;
- б) промежуточного уровня;
- в) глубинного уровня;
- г) всех трех уровней;
- д) уровень определяется готовностью пациента к работе на данном уровне.

**9. Для облегчения выявления образов обычные техники могут дополняться следующими приемами, кроме...**

- а) активной мышечной релаксацией;
- б) пассивной мышечной релаксацией;
- в) использованием аутогенной тренировки;
- г) использованием дыхательных техник;
- д) бег на месте.

**10. Базовым вопросом для выявления образов является...**

- а) какие мысли приходят вам в голову;
- б) как вы объясняете себе эту ситуацию;
- в) почему вы так ведете себя в этой ситуации;
- г) что вы себе представляете в этой ситуации;
- д) зачем Вы так действуете в этой ситуации.

### **ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

- 1 — д
- 2 — д
- 3 — д
- 4 — д
- 5 — д
- 6 — д
- 7 — д
- 8 — д
- 9 — д
- 10 — г.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

*Федоров А.П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия.— СПб.: Питер, 2002.— 352 с.

*Федоров А.П.* Базовые техники когнитивной психотерапии.— СПб.: СПбМАПО, 2007. — 36 с.

*Бек Джудит С.* Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ.— М.: ИД Вильямс, 2006.— 400 с.

*МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ.— СПб.: Речь, 2001.— 560 с.



## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
1. Образные представления как промежуточная переменная в когнитивно-поведенческой психотерапии. Образы, как одна из возможных мишеней терапии .....	3
2. Техники выявления образов .....	5
3. Техники модификации образов .....	10
3.1. Техника многократного проигрывания образа .....	11
3.2. Техники завершения образа и техника мысленного решения проблемы .....	12
3.3. Техника прыжка в будущее .....	13
3.4. Техники, использующие временное и пространственное дистанцирование и разотождествление .....	14
4. Техники сочетанной проработки образов и автоматических мыслей, установок .....	18
4. 1. Техники, использующие релаксацию .....	18
5. Техника коллекционирования критических жизненных событий в различные возрастные периоды .....	21
6. Проверка эффективности модификации образа .....	22
Вопросы для проверки .....	23
Правильные ответы на вопросы .....	25
Список рекомендуемой литературы .....	26

**А.П. Федоров, А.Н. Еричев**

**РАБОТА С ОБРАЗАМИ  
В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Подписано в печать 26.05.14. Формат бумаги 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Гарнитура SchoolBookC.  
Печать офсетная. Уч.-изд. л. 1,35. Усл. печ. л. 1,63.  
Тираж 300 экз. Заказ № 176.

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И.И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И.И. Мечникова .  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.