

Кататимно-имагинативная психотерапия в работе с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством: взгляд травматерапевта

Кузнецова О.В.*

Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия

Получено: 5 января 2025 г.
Принято: 9 февраля 2025 г.
Опубликовано: 1 августа 2025 г.

Для цитирования:

Кузнецова ОВ. Кататимно-имагинативная психотерапия в работе с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством: взгляд травматерапевта. *Psychotherapy Science Today*. 1(1): 32-36. <https://doi.org/10.64435/tizt2097>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

В данной статье рассматривается применение кататимно-имагинативной психотерапии (КИП), также известной как символдрама, в качестве эффективного терапевтического подхода для пациентов с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством (КПТСР), состоянием, часто возникающим в результате длительной или кумулятивной травмы, такой как жестокое обращение или пренебрежение в детстве. Опираясь на точку зрения и клинический опыт травматерапевта, исследование представляет подробный анализ символических мотивов КИП и их применения на трех ключевых этапах терапии травмы: стабилизация, переработка и интеграция травматического опыта. Мотивы рассматриваются на основе клинических случаев пациентов, подчеркивая их роль в предотвращении ретравматизации, развитии сострадания к себе и восстановлении психологической непрерывности личности. Полученные результаты подчеркивают диагностический и терапевтический потенциал КИП, особенно в работе с вытесненными аффектами, усилении ментализации и укреплении структуры личности у пациентов с КПТСР. КИП предлагает мягкий, ориентированный на ресурсы подход, который снижает риск ретравматизации, одновременно способствуя эмоциональной регуляции и восстановлению идентичности. Результаты подтверждают целесообразность более широкого внедрения КИП в клиническую практику и предлагают направления для будущих исследований, включая разработку новых мотивов, ориентированных на терапию психотравм, и изучение долгосрочного влияния КИП на лечение КПТСР.

Ключевые слова: КПТСР, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия травмы, символдрама, кататимно-имагинативная психотерапия.

Введение

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) — это диагноз, охватывающий различные кластеры симптомов, возникающих у лиц, переживших длительную травматизацию. Как правило, это длительные травматические события, связанные с насилием, катастрофами, участием в боевых действиях или психологическими травмами детского возраста. Серийная травматизация, серия травматических событий или так называемая кумулятивная (продолжительная) травма является значимым критерием для КПТСР. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство соответствует диагнозу стойкого изменения личности после переживания катастрофы (F62.0 в МКБ-10). В Международную классификацию болезней (МКБ-11) оно включено наряду с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) [1, 2].

Введение категории КПТСР в МКБ было обусловлено тем, что критерии ПТСР ориентированы на травмы, связанные с конкретными событиями, четко ограниченными во времени. Психопатологические расстройства в случаях длительной травматизации, — такой как повторное физическое и/или эмоциональное насилие, — в некоторой степени выходили за рамки категории ПТСР. Травматизация людей, переживших несчастный случай или стихийное бедствие, существенно отличается от травматизации тех, кто перенес насилие или отвержение со стороны значимых других [1, 2]. КПТСР может развиваться в результате постоянного или часто повторяющегося опыта отвержения, пренебрежения или игнорирования; домашнего насилия (физического, сексуального или вербального); травмы предательства, подрывающей базовое доверие; столкновения с травлей или преследованием; а также

* E-mail: oksana.kuznetsova@aipp.education

в случае переживания травмирующих событий в обществе при отсутствии поддержки со стороны лиц, осуществляющих уход (родителей или опекунов). В качестве значимых стрессоров, способствующих формированию КППТСР, выделены такие факторы, как зависимость от психоактивных веществ и наличие психических расстройств в семье, где воспитывается ребенок [1–4].

Работа с симптомами комплексного ПТСР требует мягкого подхода. Одним из наиболее эффективных современных методов, отвечающих требованию мягкости, является кататимно-имагинативная психотерапия, разработанная Ханскаром Лейнером [5–7].

Кататимно-имагинативная психотерапия для лечения пациентов с КППТСР

Применение методов кататимно-имагинативной психотерапии показано при острых и хронических стрессовых реакциях, а также при посттравматическом стрессовом расстройстве и комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве. При психосоматических и соматоформных состояниях, связанных с КППТСР, в кататимно-имагинативной психотерапии применяются следующие терапевтические стратегии:

- исцеляющая нарциссическая регрессия;
- удовлетворение архаических потребностей;
- прогрессия («действие и развитие в воображении»);
- работа с агрессивными импульсами;
- воображение при переводе языка тела в словесное выражение.

Символ творчески связывает телесный симптом с психосоциальным конфликтом [5]. Работа с воображением позволяет психотерапевту деликатно обращаться к проблемам раннего, довербального периода жизни пациента (ранние детские травмы повышают риск развития КППТСР). Пациенты с ПТСР особенно восприимчивы к языку образов и символов, который способствует установлению связи с бессознательным, тем самым помогая восстановить непрерывность времени и событий.

Беата Штайнер отмечает, что с 1990-х годов метод КИП широко используется в лечении психотравматических расстройств. С 2002 года на базе КИП выделилась кататимно-имагинативная психотерапия травмы (КИП-Т). Она применяется при лечении острых и сложных психотравматических расстройств, уделяя особое внимание работе с детской травмой. Разработка этого метода была направлена на интеграцию результатов научных исследований привязанности, детской психотравмы, психологии самости и социальной нейронауки [5].

Терапевтические мишени и инструменты для лечения посттравматических состояний

Кататимно-имагинативная психотерапия предлагает широкий спектр диагностических и терапевтических возможностей, особенно полезных для пациентов с посттравматическими состояниями. Интроективная экстернализация в КИП защищает терапевтические отношения от разрушения, вызванного интенсивным негативным переносом, и служит промежуточным этапом в лечении пациентов с саморазрушительной тенденцией [5].

Работая с травмой, психотерапевт должен в первую очередь сосредоточиться на ресурсах пациента и копинг-стратегиях. Мотивы для имажинации следует выбирать таким образом, чтобы избежать реактивации интенсивных травматических переживаний и предотвратить потенциальную ретравматизацию [5]. Мотивы КИП также выбираются с учетом истории болезни пациента. Например, изначально ориентированный на ресурсы мотив, такой как «Пикник за городом», будет неподходящим для пациентки с историей травмы, связанной с насилием, полученной во время загородного пикника.

При определении терапевтических стратегий следует учитывать следующие функции воображения: 1) выражение и прояснение; 2) стабилизация; 3) структурообразование [6].

Дифференциальная диагностика с использованием диагностической триады может помочь определить как терапевтические цели и стратегии, так и терапевтические инструменты, включая специфические образы воображения. Харальд Ульман отмечает: «Психические расстройства, при которых показана психотерапия, обычно классифицируются с использованием трехчастной модели: необходимо разграничивать конфликтно-динамические расстройства от дефицитов развития и расстройств вследствие психотравмы. Эта диагностическая триада задает направление исследования на этапе первых сессий и первого упражнения на имажинацию, известного как “инициирующее сновидение”» [5].

Если симптом связан с травмой, задачи терапевта на начальном этапе будут сосредоточены на предотвращении ретравматизации и создании безопасного и стабильного внутреннего пространства. Это предполагает работу с ресурсами и разработку копинг-стратегий. В случаях, когда у пациента наблюдается низкий структурный уровень психической организации и ранние нарушения развития, — что нередко встречается при кумулятивной травме — терапевт должен развивать функции Эго, укрепляя личностную структуру. После активации ресурсного

Чтобы узнать больше о методе кататимно-имагинативной психотерапии, перейдите по ссылке <https://aipp.education/articles/simboldrama>

потенциала, на более позднем этапе терапии, акцент может быть смещен на аффективную сферу, направленную на развитие навыков восприятия и вербализации аффектов, а также на повышение способности их регулировать. В долгосрочной перспективе целью терапии может быть повышение уровня ментализации.

На всех этапах терапии психотравм (стабилизация, переработка травмы и интеграция) КИП-Т использует различные имагинативные приемы, которые обеспечивают ресурсную «подушку безопасности» и щадящее обращение с болезненным травматическим материалом пациента.

Этапы терапии психотравмы и рекомендуемые мотивы КИП

Рассмотрим этапы работы с психотравмой более подробно.

1. Фаза «Стабилизация»

На этом этапе решающее значение имеют мотивы, способствующие стабилизации эго, нарциссическому восстановлению и помогающие пациенту чувствовать себя в безопасности. Нарциссическое восстановление необходимо, поскольку травма нарушает чувство самоценности, что часто приводит к фрагментации эго. Пациенту могут быть предложены следующие образы (мотивы): «Цветок, у которого есть все необходимое для роста и развития» («Прекрасный цветок»), «Цветок в безопасном и защищенном месте»), «Безопасное место» («Место, где хорошо», «Место силы»), «Луг, где хорошо» или «Мой луг», а также мотив «Крепость» для восстановления и укрепления границ.

В качестве дополнительных стабилизирующих мотивов могут использоваться мотивы «Храм тишины», «Исцеляющие лучи солнца», «Побывать принцем (принцессой)». Особую роль играют «водные мотивы», предполагающие созерцание и взаимодействие с водой. Их включение в психотерапевтическую практику получило название кататимной гидротерапии.

Мотив «Источник кристально чистой воды» (клинический случай)

К., 27-летняя пациентка с кумулятивной травмой, в возрасте 14 лет пережившая сексуальное насилие со стороны отца.

В начале представления мотива К. с трудом сосредотачивается, замечая, как перед глазами мелькают разные образы. В конце концов, ей удается увидеть источник воды, который с трудом пробивается сквозь нагромождение веток, прошлогоднюю листву и мусор. Погода напоминает осеннюю,

пасмурно, моросит мелкий дождь. Возле родника видны крупные следы ботинок и примятая трава. Пациентка видит себя у родника в 14 лет (возраст травмы). Через некоторое время у нее возникает желание очистить источник. Она начинает убирать мусор, оставленный туристами и рыбаками (отчим был заядлым рыбаком). Со временем она отмечает, что стало теплее (также чувствует тепло в руках, ногах и области груди). Появляется солнце, отражающееся в источнике и создающее солнечные зайчики. К. умывает руки и лицо водой из родника. Пациентка начинает очищать загрязненный источник (т.е. предпринимает активные действия, что способствует выходу из позиции жертвы).

В данном случае мотив «Источник кристально чистой воды» стал для пациентки поворотным моментом, трансформировав ее отношение к себе и миру. Этот мотив рекомендуется для работы с психосоматическими пациентами, а также с посттравматическими последствиями насилия, в частности сексуального (жертвы сексуального насилия часто чувствуют себя «грязными»).

Прежде чем перейти к следующему этапу работы с психотравматическим опытом, терапевт должен ввести мотивы, помогающие пациенту найти внутренних защитников и помощников (спутников, соратников, группу поддержки и т.п.). Эти персонажи могут обладать различными качествами, активация которых у пациента дает ему ощущение силы и способность защитить себя (в противовес беспомощности, которую часто испытывают пациенты с ПТСР и КПТСР), а также мудрость, находчивость и умение ориентироваться в новых обстоятельствах. Беата Штайнер отмечает, что в случаях травмы для контролируемого взаимодействия с травмирующим материалом используется модифицированная форма мотива «Внутренний сейф» [5]. Все эти мотивы помогают пациенту справиться со страхом и почувствовать себя более устойчивым. Подробный перечень рекомендуемых мотивов КИП для лечения КПТСР представлен в [Приложении 1](#).

Другим важным аспектом терапевтических интервенций на этапе стабилизации является работа с «внутренним ребенком». Беата Штайнер описывает следующую концепцию взаимодействия с образом «внутреннего ребенка»:

- мотив «Здоровый, не перенесший психотравму ребенок» — стабилизирующий и стимулирующий мотив, позволяющий пациенту пережить идеальное представление о себе, ощутив чувство полноценности, целостности и живости;
- мотив «Ребенок, которым вы когда-то были» ориентирован на репрезентацию себя,

в которой кристаллизуется весь опыт детских переживаний в определенном возрасте;

- мотив «Ребенок, перенесший психотравму» смещает фокус на репрезентацию травмированного Я, это разворот в сторону опыта травмы, первый осторожный взгляд на болезненное прошлое.

Таким образом, чтобы подготовить пациента к работе с травматическим опытом, не форсируя этот процесс и предотвращая повторную травматизацию, ему можно предложить в безопасном месте, будучи взрослым, представить встречу со своими помощниками (защитниками) и «нетравмированным ребенком», а также с «ребенком, которым он когда-то был». Основная терапевтическая задача на этом переходном этапе — мягко установить косвенную связь с травмированным ребенком. Последний не упоминается явным образом; вместо этого внимание, защита, забота и утешение направляются на «некоего ребенка» [5].

2. Фаза «Работа с травматическим опытом»

На этом этапе пациент встречается с «травмированным ребенком», сталкиваясь с тяжелыми воспоминаниями. Приближение пациента к травматогенным интроектам происходит бережно и неспешно. Иногда между первым сеансом и первой встречей с травмированным ребенком проходит значительное время, в течение которого пациент может испытывать сопротивление, препятствующее установлению контакта с травмированным ребенком. Чувства нежности, радости или желания заботиться и защищать этого ребенка могут возникнуть не сразу.

Мотив «Ребенок, перенесший психотравму» (клинический случай)

Пациентка Н., 32 лет, обратилась с запросом, связанным с построением партнерских отношений.

Н. представляет в образе младенца, к которому испытывает враждебность, раздражение, страх и отчуждение. Она смотрит на младенца, почти сразу говорит, что не хочет видеть эту девочку и тут же открывает глаза.

Потребовалось еще четыре сеанса, прежде чем пациентка нашла в себе силы посмотреть этому младенцу в глаза и взять его на руки. История жизни пациентки начинается с того, что родители не хотели ее рождения. Ее родители, будучи юными восемнадцатилетними студентами первого курса университета, не были готовы к рождению ребенка. Враждебность, отторжение и пренебрежение пациентки к своей детской части, вероятно, связаны с этими чувствами родителей к ней.

На протяжении терапии пациентка неоднократно возвращалась к теме отношений, жалуюсь на невнимательность партнера и его обвинения в «цеплянии» и навязчивом поведении. Во время одного из сеансов она поняла, что искала в партнере родительскую фигуру, причем не только отцовскую, но и материнскую.

После первоначального столкновения с травмой пациенту требуется достаточно длительная фаза стабилизации. Впоследствии можно осуществить контролируемое повторное обращение к болезненным и травмирующим сценам, используя имажинативные техники. Переживание травмирующих сцен в модусе «как будто» позволяет контролировать представляемые сцены, добавлять новые детали и изменять их по своему усмотрению [5]. Эффективным методом работы с последствиями травмы является предложение пациенту стать сценаристом и режиссером собственного фильма, «переписав» сюжет.

После очередного периода стабилизации можно продолжить работу, направленную на работу с интроектами, связанными с травмой. Они выражаются через метафоры, такие как «внутренний обесцениватель», «садист», «оскорбляющий», «критик» или «обвинитель», которые затем подвергаются имажинативной обработке [5]. В случаях длительного травматического опыта или кумулятивной травмы этот подход имеет смысл только при долгосрочной терапии.

3. Фаза «Интеграция травматического опыта»

Травма, особенно ранняя детская, становится частью психической структуры, требуя длительной проработки в психотерапии. Наиболее сложным аспектом является так называемый конфликт лояльности, когда пациенты, с одной стороны, страдают от агрессоров, мучителей, садистов и т.п., а с другой — испытывают сильную привязанность к ним, особенно если это родители или другие члены семьи. На этом этапе крайне важна работа с аффектами и «размораживанием чувств», а также реабилитация эмоциональной сферы. Бета Штайнер рекомендует мотив «Дом чувств», который позволяет пациенту соприкоснуться с широким спектром эмоций, таких как вина, обида, ярость, стыд и др. В этом путешествии по ландшафтам души пациент также может посетить комнаты радости, мечтаний и счастья.

Заключение

Кататимно-имажинативная психотерапия служит как средством диагностики, так и непосредственной терапии психотравмы. Она применяется на всех этапах работы — от стабилизации

до интеграции. Дифференциальная диагностика, в том числе с использованием имажинаций, помогает не только определить терапевтические цели и стратегии, но и включить в работу мотивы КИП, которые могут быть направлены на различные симптомы психотравмы, включая проявления депрессии, самоповреждающее поведение и психосоматические состояния.

При работе с пациентами с симптомами КПТСР психотерапия фокусируется на предотвращении повторной травматизации, создании безопасного и надежного внутреннего ландшафта, ресурсов и конструктивных копинг-стратегий, а также преодолении ранних дефицитов развития и укреплении личностной структуры. Кроме того, идет работа с ранними нарушениями развития и над развитием личностной целостности. Кататимно-имагинативная психотерапия способствует развитию у пациентов сострадания, поддерживающего и заботливого отношения к себе.

Психотерапия КПТСР с использованием метода кататимно-имагинативной психотерапии способствует снижению психоэмоционального напряжения; постепенному осознанию истоков проблем, установлению причинно-следственных связей между жизненными событиями, личностными особенностями и симптомами; более четкому пониманию смысла симптомов и вторичных выгод. Метод позволяет работать с вытесненными аффектами, способствуя восстановлению идентичности и психологической хронологии жизни.

Все это в совокупности подтверждает использование кататимно-имагинативной психотерапии как высокоэффективного современного метода лечения пациентов с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством. Использование большого потенциала КИП в дальнейших исследованиях влияния имажинаций на различные симптомы КПТСР и разработке новых стратегий терапии психотравм открывает многообещающие перспективы.

Заявление об интересах

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Падун МА. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий длительной травматизации. *Конс. Психол. Психотер.* 2021;29(3):69–87.
2. Падун МА, Быковец ЮВ, Казымова НН, Ченцова-Даттон ИЕ. Русскоязычная версия «Международного опросника травмы»: адаптация и валидация на неклинической выборке. *Конс. Психол. Психотер.* 2022;30(3):42–67.
3. Шварц А. Терапия комплексного посттравматического стрессового расстройства: практическое руководство. Москва: Диалектика; 2020.
4. Blankenship DM. Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review. *J Ment Health Couns.* 2017;39(4):275–88.
5. Ульманн Х, Фридрихс-Дахале А, Бауер-Нойштедтер В, Линке-Штильгер У. Кататимно-имагинативная психотерапия (КИП) [перевод с немецкого]. Москва: Когито-Центр; 2022.
6. Барке У, Нор К. Кататимно-имагинативная психотерапия: учебное пособие по работе с имажинациями в психодинамической психотерапии [перевод с немецкого]. Москва: Когито-Центр; 2019.
7. Лейнер Х. Кататимное переживание образов [перевод с немецкого]. Москва: Эйдос; 1996.

Приложение 1

Рекомендуемые мотивы кататимно-имагинативной психотерапии для лечения КПТСР:

- **Ресурсные мотивы:** «Вода, где было приятно», «Источник кристально чистой воды», «Оазис», «Источник сил», «Райский плод», «Лежать в гамаке», «На теплом пляже», «В теплом помещении», «Страна изобилия», «Пикник за городом», «Отдых на курорте», «Посадить сад», «В саду», «Ухаживать за растениями в саду»;
- **Работа с «внутренним ребенком»:** «Здоровый, не перенесший психотравму ребенок», «Ребенок, которым вы когда-то были», «Ребенок, перенесший психотравму», «Коробка с игрушками», «Моя любимая плюшевая игрушка»;
- **Агрессия:** «Буря», «Понаблюдать за грозой», «Грозовая туча», «Выпустить пар», «Кидаться грязью и валяться в грязи», «Вулкан», «Тайное оружие»;
- **Депрессивные состояния:** «Новая одежда», «Золотой шар»;
- **Телесное Я, психосоматика:** «Путешествие внутрь собственного тела», «Облако», «Массаж», «Два сада»;
- **Границы:** «Строительство дома», «Управление собственным наделом земли» или «Управление своим царством»;
- **Жизненные сценарии:** «В сказочной стране», «Моя сказка»;
- **Линия времени:** «Представить себя на 10–20 лет старше», «Мне 80 лет», «Машина времени», «Путешествие сквозь время».