

УДК 616.89

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6\(64\)-3597-3609](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6(64)-3597-3609)

**Нагорняк Юрій Васильович** доктор філософії, асистент кафедри кризової та клінічної психології, Донецький національний університет ім. В. Стуса, м. Вінниця, <https://orcid.org/0000-0001-7098-5683>

## ЕФЕКТИВНІСТЬ КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

**Анотація.** Зростання поширеності тривожних та депресивних розладів є серйозним викликом для системи охорони психічного здоров'я. Особливо гостро ця проблема постає в умовах збройних конфліктів, де поширеність депресії та тривоги серед цивільного населення суттєво перевищує загальнопопуляційні показники. Одним із відомих методів психотерапевтичного лікування зазначених розладів є кататимно-імагінативна психотерапія (КІП). Проте, попри задокументовану ефективність психодинамічної психотерапії в цілому, доказова база КІП потребує систематизації, а нейробіологічні механізми її дії залишаються недостатньо вивченими.

Стаття присвячена систематизації наявної доказової бази ефективності кататимно-імагінативної психотерапії у лікуванні тривожних та депресивних розладів, а також теоретичному обґрунтуванню механізмів її терапевтичної дії на основі сучасних нейробіологічних даних. В роботі розглянуто діагностичні критерії тривожних, депресивних та змішаного тривожно-депресивного розладу. Проаналізовано результати натуралістичних лонгітюдних досліджень, контрольованих досліджень та клінічних спостережень, які підтверджують ефективність методу КІП при вказаних розладах. Механізми імагінативного процесу розглянуто крізь призму біоінформаційної теорії уяви та нейровізуалізаційних даних.

Отримане теоретичне обґрунтування механізмів КІП дозволяє розглядати цілеспрямовану імагінацію як засіб регуляції активності мозкових мереж. Імагінативний процес активує мережу пасивного режиму роботи мозку та впливає на патологічні румінативні контури та гіперзв'язність нейронних мереж, які становлять нейробіологічний субстрат депресивних та тривожних розладів. Окреслено перспективи подальших досліджень, які мають бути спрямовані на проведення рандомізованих контрольованих досліджень ефективності КІП при тривожних та депресивних розладах, а також на фМРТ-верифікацію запропонованої нейробіологічної моделі.

**Ключові слова:** кататимно-імагінативна психотерапія, тривожні розлади, депресивні розлади, мережа пасивного режиму роботи мозку, нейромодуляція, психодинамічна психотерапія, імагінативні образи.

**Nahorniak Yurii Vasylovych** Doctor of Philosophy, Assistant, Department of Crisis and Clinical Psychology, Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, <https://orcid.org/0000-0001-7098-5683>

## THE EFFECTIVENESS OF KATATHYM IMAGINATIVE PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

**Abstract.** The growing prevalence of anxiety and depressive disorders presents a significant challenge to the mental healthcare system. This issue becomes particularly acute in the context of armed conflicts, where the prevalence of depression and anxiety among the civilian population significantly exceeds general population rates. Katathym Imaginative Psychotherapy (KIP) is a well-established psychotherapeutic modality for treating these conditions. However, despite the documented efficacy of psychodynamic psychotherapy in general, the evidence base for KIP requires systematization, and its neurobiological mechanisms of action remain insufficiently explored.

This article aims to systematize the existing evidence base regarding the efficacy of Katathym Imaginative Psychotherapy in the treatment of anxiety and depressive disorders, and to provide a theoretical rationale for its therapeutic mechanisms based on current neurobiological data. The paper reviews the diagnostic criteria for anxiety, depressive, and mixed anxiety-depressive disorders. It analyzes the results of naturalistic longitudinal studies, controlled trials, and clinical observations that corroborate the efficacy of the KIP modality for these conditions. The mechanisms of the imaginative process are examined through the lens of bioinformational theory of emotional imagery and neuroimaging data.

The derived theoretical framework of KIP mechanisms allows for conceptualizing directed imagery as a tool for modulating brain network activity. The imaginative process activates the default mode network (DMN) and influences the pathological ruminative circuits and neural hyperconnectivity that constitute the neurobiological substrate of depressive and anxiety disorders. The paper outlines prospects for future research, emphasizing the need for randomized controlled trials (RCTs) to rigorously assess KIP efficacy in anxiety and depressive disorders, as well as fMRI verification of the proposed neurobiological model.

**Keywords:** Katathym Imaginative Psychotherapy, anxiety disorders, depressive disorders, default mode network, neuromodulation, psychodynamic psychotherapy, mental imagery.

**Постановка проблеми.** Тривожні та депресивні розлади є найбільш поширеними психічними розладами в клінічній практиці. За даними дослідження глобального тягаря хвороб GBD 202 [1], тривожні розлади та великий депресивний розлад посідають відповідно 11-те та 15-те місця серед усіх хвороб і травм за показником років, прожитих з інвалідністю. Починаючи з 2019 року,

глобальна поширеність великого депресивного розладу зросла приблизно на 24%, а тривожних розладів – на 47%, причому найвище прискорення динаміки зафіксовано в роки пандемії COVID-19. При цьому тривожні та депресивні розлади мають високу коморбідність. За даними Gorman [2], до 85% пацієнтів із депресією мають також виражені симптоми тривоги, а рівень коморбідної депресії сягає 90% у пацієнтів із тривожними розладами, що зумовлює необхідність пошуку комплексного психотерапевтичного підходу.

Особливо гострою зазначена проблема постає в умовах збройних конфліктів. За даними мета-аналізу Lim та співавторів [3], агрегована поширеність депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу в зонах конфліктів становила 28,9%, 30,7% та 23,5% відповідно. При цьому серед цивільного населення поширеність депресії 34,7% та тривоги 38,6% була статистично значно вищою, ніж серед військових – 21,1% та 16,2% відповідно. Під час активних бойових дій поширеність депресії сягала 38,7% і знижувалась до 29,1% у постконфліктний період.

Одним із відомих методів психотерапевтичного лікування зазначених розладів є кататимно-імагінативна психотерапія (КІП). Проте, попри задокументовану ефективність психодинамічної психотерапії в цілому, доказова база КІП потребує систематизації а нейробіологічні механізми її дії залишаються недостатньо вивченими. Відкритим є і питання про те, яким чином цілеспрямована імагінація у процесі КІП впливає на патологічну активність мозкових мереж, зокрема мережі пасивного режиму роботи мозку, дисфункція якої є нейробіологічним корелятом депресивної румінації та тривожних розладів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Сучасні дослідження підтверджують ефективність психодинамічної психотерапії при розладах тривожно-депресивного спектру. Leichsenring та співавтори [4] у систематичному огляді мета-аналізів рандомізованих контрольованих досліджень встановили докази високої якості щодо ефективності психодинамічної терапії при депресивних розладах та докази помірної якості при тривожних розладах. Cuijpers та співавтори [5] у системному мета-аналізі показали, що психотерапія та фармакотерапія демонструють зіставну ефективність при депресії в гострій фазі, тоді як у довгостроковій перспективі психотерапія може мати переваги щодо збереження ефекту. Smith та співавтори [6] у мета-аналізі рандомізованих контрольованих досліджень підтвердили еквівалентність психодинамічної психотерапії та когнітивно-поведінкової терапії при депресивних розладах у дорослих. Malkomsen та співавтори [7] у рандомізованому контрольованому дослідженні з амбулаторними пацієнтами, що страждали на депресивний розлад не виявили статистично значущих відмінностей між короткостроковою психодинамічною психотерапією та когнітивно-поведінковою терапією за ефектом впливу на депресивну симптоматику, тривогу та соціальне функціонування.

**Мета статті** – систематизація доказової бази ефективності кататимно-імагінативної психотерапії у лікуванні тривожних та депресивних розладів, а

також теоретичне обґрунтування механізмів її дії на основі сучасних нейробіологічних даних.

**Виклад основного матеріалу.** Генералізований тривожний розлад (F41.1) за МКХ-10 характеризується стійкою тривогою, яка переважно не пов'язана з будь-якими конкретними зовнішніми обставинами. Основні симптоми розладу включають постійну нервову напругу, тремтіння, підвищений м'язовий тонус, пітливість, прискорене серцебиття та запаморочення. Пацієнти нерідко висловлюють побоювання щодо можливих хвороб та очікують інших негативних подій. Депресивний епізод (F32) за МКХ-10 проявляється зниженням настрою, зменшенням енергії та активності. Порушується здатність отримувати задоволення, знижуються мотиваційний інтерес та концентрація уваги, характерна швидка втомлюваність навіть після мінімальних зусиль. Як правило, порушується сон та погіршується апетит. Самооцінка та впевненість у собі майже завжди знижені. Тривалість епізоду становить щонайменше два тижні. Змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2) за МКХ-10 діагностується у випадках, коли симптоми тривоги і депресії присутні одночасно, але жоден із них не переважає та не виражений достатньою мірою для встановлення окремого діагнозу.

Відповідно до Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів Американської психіатричної асоціації DSM-5, генералізований тривожний розлад визначається як надмірна тривога і занепокоєння щодо низки подій або видів діяльності, що відзначається протягом більшості днів упродовж щонайменше шести місяців. Тривога і хвилювання мають бути пов'язані з трьома або більше з шести симптомів: неспокій або відчуття напруженості, швидка втомлюваність, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість, м'язова напруженість, порушення сну. При цьому симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення соціального, професійного чи іншого важливого функціонування. Великий депресивний розлад за DSM-5 характеризується наявністю п'яти або більше симптомів упродовж одного двотижневого періоду, що свідчить про зміну попереднього рівня функціонування. При цьому принаймні одним із ключових симптомів має бути знижений настрій або втрата інтересу чи задоволення. До переліку симптомів депресивного розладу входять: знижений настрій більшу частину дня майже щодня; помітно знижений інтерес або задоволення від усіх чи майже всіх видів діяльності; значна зміна маси тіла або апетиту; безсоння або гіперсомнія; психомоторне збудження або загальмованість; втома або втрата енергії; відчуття нікчемності або надмірна чи надоречна провина; знижена здатність мислити чи концентруватися; повторювані думки про смерть або суїцидальні ідеї. Симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення функціонування. Змішаний тривожно-депресивний розлад як самостійна діагностична категорія до фінальної версії DSM-5 не включений.

Короткострокова психодинамічна психотерапія є одним із науково обґрунтованих методів лікування тривожних та депресивних розладів. За даними мета-

аналізу 54 рандомізованих контрольованих досліджень [8] даний метод продемонстрував статистично значущу перевагу порівняно з контрольними групами на момент завершення терапії та впродовж однорічного катамнезу.

Метод кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) належить до напряму психодинамічної психотерапії. Він був запропонований Н. Leuner у 1955 році під назвою «кататимне переживання образів» (Katathymes Bilderleben). Суть методу полягає в тому, що пацієнту у стані легкої релаксації пропонується формувати певні образи уяви, які називаються мотивами. Терапевт супроводжує діалогом вільне та спонтанне розгортання імагінації пацієнта. Надалі предметом для інтерпретацій стають символи, бажання, конфлікти та захисні механізми, що знайшли своє відображення в ході уявлення образу. Теоретична база КІП інтегрує класичний психоаналіз Фрейда (символічне вираження несвідомих конфліктів), аналітичну психологію Юнга (концепції архетипів та активної уяви), а також теорії об'єктних відносин і прив'язаності Кляйн та Боулбі для пояснення внутрішніх афективних зв'язків.

Метод КІП показаний для застосування як у короткостроковому, так і в довгостроковому форматі при широкому спектрі невротичних та психосоматичних розладів. На сьогодні щодо кататимно-імагінативної психотерапії накопичено певний обсяг емпіричних даних. Найбільш методологічно обґрунтованими серед них є натуралістичні лонгітюдні дослідження, проведені в умовах амбулаторної психотерапевтичної практики.

Sell, Möller і Taubner [9] вивчали ефективність КІП та гіпнопсихотерапії щодо редукції психопатологічної симптоматики, а також предиктори терапевтичного успіху в межах проспективного натуралістичного лонгітюдного дослідження. Вибірка охоплювала 300 амбулаторних пацієнтів австрійської системи охорони здоров'я на початку лікування, 183 — через 6 місяців та 150 — через 1 рік. Дослідники зафіксували статистично значуще зниження психологічного дистресу та психопатологічної симптоматики за дев'ятьма шкалами короткого опитувальника симптомів (BSI, Brief Symptom Inventory) у всіх трьох точках вимірювання ( $d = 0,58$ ). При цьому 32 % пацієнтів продемонстрували клінічно значуще покращення на момент завершення річного спостереження. Між КІП та гіпнопсихотерапією не виявлено статистично значущих відмінностей у ступені редукції симптомів. Схильність пацієнтів до психологічної саморефлексії та наявність вираженої патології особистості були ідентифіковані як модератори результату: вищий рівень саморефлексії корелював із більш вираженим зниженням симптомів, тоді як виражена патологія особистості — з меншим.

У публікації Von Wietersheim, Wilke, Röser і Meder [10] наведено результати дослідження ефективності КІП в амбулаторних умовах. Початково до дослідження було залучено 140 пацієнтів, однак через значний відсів учасників фінальні результати вдалося отримати лише для 66 осіб. Оцінювання проводилося на початку лікування, після 25-ї сесії, на момент завершення курсу терапії та під час 18-місячного катамнезу. У діагностичній структурі вибірки

переважали пацієнти з невротичними розладами, серед яких значну частку становила дистимія. Початково запланований дизайн із контрольною групою очікування вдалося реалізувати лише частково через методологічні труднощі з формуванням вибірки. Попри це, величини ефекту за показниками соматичних симптомів, настрою, редукції депресії та задоволеності життям перевищили  $d=0,8$ .

Високу результативність методу КІП в клінічній практиці підтверджує натуралістичне дослідження, проведене в межах амбулаторної ланки системи охорони здоров'я Німеччини (Sachsse, Imruck та Bahrke) [11]. Отримані авторами величини ефекту виявилися високими та відповідали верхній третині значень, що зазвичай фіксуються для психотерапевтичних втручань загалом і глибинно-орієнтованих методів зокрема. Клінічні результати вимірювались за допомогою стандартизованих психометричних інструментів: зафіксовано зниження загального психічного навантаження (за шкалою GSI опитувальника SCL-90-R), зменшення труднощів у міжособистісних стосунках (ІІР-С), а також редукцію базових симптомів депресії (ADS), тривоги (STAI) та соматоформних розладів. При цьому досягнуті результати залишаються стабільними після завершення курсу лікування.

Поряд із натуралістичними дослідженнями існує низка ранніх контрольованих досліджень. Зокрема, Kulesa і Jung [12] зафіксували значуще клінічне покращення у пацієнтів із невротичними розладами після проходження амбулаторного курсу КІП тривалістю 20 сесій (годин). Зі свого боку, Wächter і Rudel [13] у контрольованому дослідженні підтвердили терапевтичний ефект від 15-сесійного курсу лікування.

Специфіку застосування методу в особливій клінічній популяції досліджували Nilsson і Wadsby [14]. Вони провели пілотне дослідження за участю 15 підлітків, які зазнали фізичного або сексуального насильства. Пацієнти пройшли курс КІП, що поєднувався з психоедукацією для батьків. До початку лікування всі учасники повідомляли про виражені дисоціативні симптоми, тривогу, депресію, прояви посттравматичного стресу та напади гніву. За результатами спостереження підтвердилася гіпотеза щодо статистично значущого зниження дисоціативних симптомів; також було зафіксовано редукцію загальної травматичної симптоматики. Обмеженнями цієї роботи, як зазначають самі автори, є її пілотний характер та відсутність контрольної групи.

Вітчизняний досвід вивчення ефективності КІП представлено у роботі А. П. Загнітка та співавторів [15], які провели емпіричне дослідження на базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка (N=86). До клінічної вибірки увійшли пацієнти з невротичними розладами. Оцінювання ефективності втручання здійснювалося за допомогою комплексного психометричного інструментарію, що включав Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI), методику «САН», тест самооцінки психічних станів Айзенка, шкалу соціально-ситуативної тривожності Кондаша

та опитувальник PEN. Результати засвідчили, що КІП є дієвим засобом психокорекції невротичних розладів. Автори також ідентифікували специфічну закономірність: терапевтична ефективність методу була значно вищою при станах із вираженим емоційним (тривожно-депресивним) компонентом симптоматики та, навпаки, знижувалася у пацієнтів із низькою емоційною лабільністю.

Таким чином, доказова база ефективності КІП спирається на натуралістичні лонгітюдні дослідження, які демонструють помірні та високі величини ефекту, клінічні спостереження при широкому спектрі нозологічних форм, а також на дані, що органічно вписуються в контекст загальної ефективності короткострокової психодинамічної психотерапії при депресії. Водночас варто зазначити, що більшість досліджень КІП реалізовано в натуралістичних умовах без застосування рандомізованого контрольованого дизайну. Це методологічне обмеження звужує можливості для встановлення строгих причинно-наслідкових зв'язків.

З огляду на наведену доказову базу, постає закономірне запитання: які саме нейробіологічні процеси відбуваються у головному мозку під час імагінації та за рахунок яких механізмів досягається терапевтичний ефект при лікуванні тривожних і депресивних розладів? Біоінформаційна теорія емоційної уяви, запропонована Lang [16], розглядає імагінативний образ як організовану мережу з двох типів конструктів, що зберігаються в довготривалій пам'яті. Перший тип – стимульні конструкти, які описують фізичні характеристики уявної ситуації. До другого типу належать реакції конструкти, що кодуєть відповіді організму на цю ситуацію (соматовісцеральні, моторні та поведінкові). Згідно з цією теорією, саме активація реакційних конструктів зумовлює здатність імагінації ініціювати фізіологічні процеси, зіставні з тими, що виникають під час реального сприйняття. Нейрофізіологічні докази залучення первинної моторної кори під час перцептивної актуалізації засвоєних рухових патернів були отримані Haueisen та Knösche [17] у магнітоенцефалографічному (МЕГ) дослідженні. Автори виявили, що піаністи під час прослуховування добре знайомих фортепіанних творів демонстрували статистично значуще підвищення активності в зоні контралатеральної первинної моторної кори, тоді як в осіб без музичної підготовки такого ефекту не спостерігалось.

Raichle та співавтори [18], аналізуючи регіональний рівень споживання кисню в мозку за допомогою позитронно-емісійної томографії та функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ), встановили, що низка ділянок стабільно знижує свою активність під час виконання когнітивних завдань. Ці дані вказали на існування організованого базового стану функціонування мозку, який забезпечується мережею пасивного режиму (default mode network, DMN). Активність цієї мережі фізіологічно пригнічується (деактивується) під час переходу до специфічної цілеспрямованої діяльності.

За допомогою фМРТ Sambuco, Bradley та Lang [19] підтвердили активацію DMN під час конструювання та імагінації наративних подій. Функціональна активність медіальної префронтальної кори (mPFC), як припускають автори,

модулюється в процесі емоційної обробки шляхом надання ціннісного забарвлення епізодичним репрезентаціям: приємні образи супроводжуються вищою активністю mPFC порівняно з неприємними. Водночас більшість вузлів DMN активується в ході імагінації незалежно від її валентності. Це дало авторам підставу висунути гіпотезу, що первинна функція активації DMN тісно пов'язана з обробкою мотиваційно значущих подій.

Специфічний характер змін активності DMN при тривожних розладах визначили Zhao та співавтори [20] у фМРТ-дослідженні за участю 10 пацієнтів та 10 здорових осіб контрольної групи. Під час першого експерименту (прослуховування нейтральних слів, що чергувалися зі станом спокою) у пацієнтів клінічної групи фіксувалася менша деактивація mPFC та більша деактивація задньої поясної кори (PCC) порівняно зі здоровими особами. У другому експерименті, який передбачав прослуховування загрозливих слів із чергуванням нейтральних, деактивація ділянок DMN спостерігалася виключно у пацієнтів із тривожними розладами. Автори дійшли висновку, що дисфункція mPFC та PCC відіграє вагомую роль у нейробіології тривоги.

Зв'язок між DMN та депресивною румінацією систематично дослідили Hamilton та співавтори [21] у метааналізі фМРТ-даних пацієнтів із великим депресивним розладом. Дослідники встановили, що при депресії спостерігається підвищена функціональна конективність (зв'язність) між DMN та субгенуальною префронтальною корою (sgPFC), що залучена до афективно насичених процесів поведінкового уникнення. На думку авторів, саме посилена інтеграція між самореференційними процесами, що забезпечуються DMN, та активністю sgPFC є ключовим нейробіологічним механізмом депресивної румінації: більш виражена конективність між цими структурами послідовно передбачає вищий рівень румінативного реагування при великому депресивному розладі.

Шляхом фМРТ-дослідження стану спокою Sheline та співавтори [22] виявили, що при депресії три масштабні мозкові мережі (мережа когнітивного контролю, DMN та афективна мережа) демонструють підвищену функціональну конективність з однією і тією ж білатеральною ділянкою дорсомедіальної префронтальної кори (dmPFC). Цю специфічну зону автори назвали дорсальним нексусом. Дослідження показало, що дорсальний нексус має різко підвищену конективність із більшістю структур кожної з трьох мереж, що безпосередньо зумовлено депресивним станом. Автори висунули гіпотезу, що дорсальний нексус відіграє критичну роль у патогенезі депресивної симптоматики, фактично аномально інтегруючи ці мережі між собою.

Відповідно до концепції, запропонованої Alcaro та Carta [23] внутрішня самореференційна динаміка мозку бере початок від збудження під час фази швидкого сну (REM). Надалі вона еволюціонувала в активність стану спокою комплексу кортико-лімбічних серединних структур (CMS), який також відомий як мережа DMN. На думку авторів, ця самореференційна активність підтримується інтровертованою дофамінергічною системою пошуку (SEEKING), яка

спрямовує увагу на дослідження внутрішніх сценарії. Функції, пов'язані зі сновидіннями, переробкою фантазій, пригадуванням і мисленням, дослідники описують як первинну форму рефлексії. Вчені також зазначають, що за умови надмірно високої інтенсивності афекту фокус ментальної активності звужується. Унаслідок цього фіксовані думки та образи продукуються нав'язливо і починають домінувати в ментальному полі. Описаний феномен стає особливо вираженим при депресії, яку автори характеризують як патологічний стан із гіперемоційними румінативними думками та гіперактивністю кортико-субкортикальних серединних структур у стані спокою.

В оглядовій роботі Skottnik та Linden [24] описують імагінацію як перспективний інструмент і базовий механізм психологічних втручань при розладах настрою та тривожних станах. Технологію нейрозворотного зв'язку за допомогою фМРТ автори розглядають як метод саморегуляції активності мозкових мереж, де імагінація відіграє ключову роль. Дослідники також зазначають, що психологічні втручання на основі уяви та методи нейромодуляції дотепер не отримали систематичного поєднання у клінічній практиці.

Проаналізовані дослідження достовірно підтверджують об'єктивну природу уяви, яка супроводжується активацією відповідних ділянок кори та зміною вегетативних показників, і тим самим пояснюють механізм її впливу на дисфункційну при депресивних та тривожних станах мережу DMN.

**Висновки:** Проведена систематизація наявної доказової бази засвідчує статус кататимно-імагінативної психотерапії як науково обґрунтованого методу лікування тривожних та депресивних розладів. Водночас більшість наявних досліджень КІП виконано без використання рандомізованого контрольованого дизайну. Це обмежує достовірність отриманих результатів і актуалізує потребу в подальших емпіричних дослідженнях із більш суворою методологією. Теоретичне обґрунтування механізмів дії КІП на основі нейробіологічних даних дозволяє розглядати цілеспрямовану імагінацію як інструмент модуляції активності мозкових мереж. Зокрема імагінативний процес активує мережу пасивного режиму роботи мозку та впливає на патологічні румінативні контури і гіперконективність нейронних мереж, які є нейробіологічним субстратом депресивних та тривожних розладів. Перспективи подальших досліджень мають бути спрямовані на проведення рандомізованих контрольованих вимірювань ефективності КІП при тривожних та депресивних розладах, а також на верифікацію запропонованої нейробіологічної моделі за допомогою фМРТ.

#### *Література:*

1. GBD 2023 Mental Disorder Collaborators. Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet. 2026. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00519-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00519-2)
2. Gorman J. M. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depression and Anxiety. 1996. Vol. 4, No. 4. P. 160–168. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1996\)4:4%3C160::aid-da2%3E3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1996)4:4%3C160::aid-da2%3E3.0.co;2-j)

3. Lim I. C. Z. Y., Tam W. W. S., Chudzicka-Czupala A., Grabowski D., Panda R., Nwafor N. et al. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.978703>
4. Leichsenring F., Abbass A., Heim N., Keefe J. R., Kisely S., Luyten P. et al. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*. 2023. Vol. 22, No. 2. P. 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
5. Cuijpers P., Noma H., Karyotaki E., Vinkers C. H., Cipriani A., Furukawa T. A. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020. Vol. 19, No. 1. P. 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
6. Smith M. M., Hewitt P. L. The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders in adults: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*. 2024. <https://doi.org/10.1002/jclp.23649>
7. Malkomsen A., Wilberg T., Bull-Hansen B., Dammen T., Evensen J. H., Hummelen B. et al. Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depression in psychiatric outpatient clinics: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25, No. 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06544-6>
8. Driessen E., Hegelmaier L. M., Abbass A. A., Barber J. P., Dekker J. J. M., Van H. L. et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*. 2015. Vol. 42. P. 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
9. Sell C., Möller H., Taubner S. Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut*. 2017. Vol. 62, No. 6. P. 547–559. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0230-8>
10. von Wietersheim J., Wilke E., Röser M., Meder G. Ergebnisse der Katathymimaginativen Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 2003. Vol. 48, No. 3. P. 173–178. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0298-1>
11. Sachsse U., Imruck B. H., Bahrke U. Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie*. 2016. Vol. 11, No. 2. P. 87–92.
12. Kulessa C., Jung F. Katathymes Bilderleben als Kurzpsychotherapie bei ambulanten neurotischen Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 1979. Vol. 25, No. 3. P. 148–171.
13. Wächter H. M., Pudel V. Wirkungsnachweis des Katathymen Bilderlebens als Kurzpsychotherapie. *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber, 1980. P. 126–147.
14. Nilsson D., Wadsby M. Symboldrama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2010. Vol. 11, No. 3. P. 308–321. <https://doi.org/10.1080/15299731003781075>
15. Загнітко А. П., Шпортун О. М., Оверчук В. А., Кушнір Ю. В. та ін. Вивчення впливу кататимно-імагінативної терапії на корекцію психічних станів при невротичних розладах. *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. Vol. 11, No. 2. P. 154–165.
16. Lang P. J. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*. 1979. Vol. 16, No. 6. P. 495–512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
17. Haueisen J., Knösche T. R. Involuntary motor activity in pianists evoked by music perception. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2001. Vol. 13, No. 6. P. 786–792. <https://doi.org/10.1162/08989290152541449>

18. Raichle M. E., MacLeod A. M., Snyder A. Z., Powers W. J., Gusnard D. A., Shulman G. L. A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2001. Vol. 98, No. 2. P. 676–682. <https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
19. Sambuco N., Bradley M. M., Lang P. J. Narrative imagery: Emotional modulation in the default mode network. *Neuropsychologia*. 2022. Vol. 164. Art. 108087. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.108087>
20. Zhao X. H., Wang P. J., Li C. B., Hu Z. H., Xi Q., Wu W. Y. et al. Altered default mode network activity in patient with anxiety disorders: An fMRI study. *European Journal of Radiology*. 2007. Vol. 63, No. 3. P. 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2007.02.006>
21. Hamilton J. P., Farmer M., Fogelman P., Gotlib I. H. Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 78, No. 4. P. 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
22. Sheline Y. I., Price J. L., Yan Z., Mintun M. A. Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010. Vol. 107, No. 24. P. 11020–11025. <https://doi.org/10.1073/pnas.1000446107>
23. Alcaro A., Carta S. The «Instinct» of Imagination. A neuro-ethological approach to the evolution of the reflective mind and its application to psychotherapy. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2019. Vol. 12. Art. 522. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00522>
24. Skottnik L., Linden D. E. J. Mental Imagery and Brain Regulation – New Links Between Psychotherapy and Neuroscience. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol. 10. Art. 779. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00779>

### References:

1. GBD 2023 Mental Disorder Collaborators. (2026). Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00519-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00519-2)
2. Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160–168. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1996\)4:4%3C160::aid-da2%3E3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1996)4:4%3C160::aid-da2%3E3.0.co;2-j)
3. Lim, I. C. Z. Y., Tam, W. W. S., Chudzicka-Czupala, A., Grabowski, D., Panda, R., Nwafor, N., et al. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, article 978703. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
4. Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., et al. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
5. Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
6. Smith, M. M., & Hewitt, P. L. (2024). The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders in adults: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23649>
7. Malkomsen, A., Wilberg, T., Bull-Hansen, B., Dammen, T., Evensen, J. H., Hummelen, B., et al. (2025). Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depression in psychiatric outpatient clinics: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06544-6>

8. Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
9. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs [Katathym Imaginative Psychotherapy and hypnotherapy: symptom reduction and predictors of treatment success]. *Psychotherapeut*, 62(6), 547–559. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0230-8>
10. von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., & Meder, G. (2003). Ergebnisse der Katathymimaginativen Psychotherapie [Results of Katathym Imaginative Psychotherapy]. *Psychotherapeut*, 48(3), 173–178. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0298-1>
11. Sachsse, U., Imruck, B. H., & Bahrke, U. (2016). Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie [Evaluation of outpatient treatments with Katathym Imaginative Psychotherapy: a naturalistic study]. *Ärztliche Psychotherapie*, 11(2), 87–92.
12. Kulessa, C., & Jung, F. (1979). Katathymes Bilderleben als Kurzpsychotherapie bei ambulanten neurotischen Patienten [Katathymic imagery as short-term psychotherapy in outpatient neurotic patients]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 25(3), 148–171.
13. Wächter, H.-M., & Pudel, V. (1980). Wirkungsnachweis des Katathymen Bilderlebens als Kurzpsychotherapie [Proof of efficacy of katathymic imagery as short-term psychotherapy]. In H. Leuner (Ed.), *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis* (pp. 126–147). Hans Huber.
14. Nilsson, D., & Wadsby, M. (2010). Symboldrama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 308–321. <https://doi.org/10.1080/15299731003781075>
15. Zagnitko, A. P., Shportun, O. M., Overchuk, V. A., Kushnir, Yu. V., et al. (2020). Vyvchennia vplyvu katathymno-imahinatyvnoi terapii na korektsiiu psikhichnykh staniv pry nevrotichnykh rozladakh [Study of the influence of katathym-imaginative therapy on correction of mental states in neurotic disorders]. *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2), 154–165. [in Ukrainian]
16. Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495–512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
17. Haueisen, J., & Knösche, T. R. (2001). Involuntary motor activity in pianists evoked by music perception. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13(6), 786–792. <https://doi.org/10.1162/08989290152541449>
18. Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682. <https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
19. Sambuco, N., Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2022). Narrative imagery: Emotional modulation in the default mode network. *Neuropsychologia*, 164, article 108087. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.108087>
20. Zhao, X. H., Wang, P. J., Li, C. B., Hu, Z. H., Xi, Q., Wu, W. Y., et al. (2007). Altered default mode network activity in patient with anxiety disorders: An fMRI study. *European Journal of Radiology*, 63(3), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2007.02.006>
21. Hamilton, J. P., Farmer, M., Fogelman, P., & Gotlib, I. H. (2015). Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological Psychiatry*, 78(4), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
22. Sheline, Y. I., Price, J. L., Yan, Z., & Mintun, M. A. (2010). Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(24), 11020–11025. <https://doi.org/10.1073/pnas.1000446107>
23. Alcaro, A., & Carta, S. (2019). The «Instinct» of Imagination. A neuro-ethological approach to the evolution of the reflective mind and its application to psychotherapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, article 522. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00522>

24. Skottnik, L., & Linden, D. E. J. (2019). Mental imagery and brain regulation — new links between psychotherapy and neuroscience. *Frontiers in Psychiatry*, 10, article 779. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00779>

*Дата першого надходження статті до видання: 14.05.2026*

*Дата прийняття статті до друку після рецензування: 28.05.2026*