



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ**

Від турботи про психичне здоров'я окремих осіб, родини — до більш широкого та гуманістичного суспільства...

Дипломна робота

***РОБОТА З ЦІННОСТЯМИ І СМИСЛАМИ У
ТРАВМОФКУСОВАНІЙ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ***

Мар'яна Миколайчук

Львів-2015

Зміст

Вступ: огляд проблеми.....	4
1. Теоретичні аспекти ціннісноорієнтованого підходу в психотерапії.....	6
1.1. Дискусія щодо питання імплементації цінностей в психотерапевтичний процес.....	6
1.2. Аналіз доказово ефективних шляхів зцілення психотравми.....	8
1.3. Травмофокусована психотерапія в дії.....	9
2. Робота з цінностями та смислами і травмофокусована КПТ.....	14
2.1. Огляд моделей духовно-орієнтованих напрямків терапій. Релігійно-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія.....	20
3. Клінічне застосування моделі основаної на смислотворенні – духовно орієнтованої ТФ КПТ.....	24
3.1. Опис клінічного випадку.....	31
Висновки.....	35
Література.....	37

Анотація. У роботі здійснено аналіз духовно орієнтованого підходу у травматології у порівнянні з моделлю травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії. Здійснено огляд наукових досліджень щодо ефективності терапевтичних втручань при наслідках психотравмуючих подій. Окреслено критерії психотерапевтичної допомоги орієнтованої на християнські цінності та описано шляхи та інструменти її втілення. Теоретично обґрунтовано, що ціннісноорієнтовані техніки сприяють переосмисленню наданих значень та дисфункційних переконань в наративі травми, стосовно почуття провини, покарання, образу Бога, світу, а відтак репроцесуалізації та інтеграції травматичної пам'яті.

Ключові слова: психотравма, інтеграція травматичної пам'яті, ціннісноорієнтовані техніки, християнська медитація.

Вступ: огляд проблеми

Психотравматичні події – на жаль неunikна та неконтрольована реальність людського життя, яка може включати скривдження, насильство, аварії, катастрофи і відображається у загрозі цілісності особистості, порушенні безпеки.

Будь-яка психотравма заторкує питання смислу, цінностей, релігійної віри у віруючих осіб, що з одного боку руйнує її підвалини і спричиняє екзистенційний хаос, проте з іншого боку може актуалізувати смислотворчі підвалини і посилити віру. Зрештою, стійкі ціннісні орієнтації, які, зокрема, організовані в релігійну систему є потужним ресурсотворчим чинником в профілактиці наслідків посттравматичного дистресу, зокрема розвитку посттравматичного стресовий розлад.

Травматична подія у житті віруючої особи актуалізує багато екзистенційних запитань, як от "Чому Бог (чи вища сила, божество) це допустив?", "Чому Бог не покарає, не зупинить?", "Чому це трапилося саме з нами?", "Заради чого нам так страждати?" тощо. Не знаходячи відповіді, індивіди витворюють ригідні негативні переконання про світ, Бога, чи себе самих: «Я винен», «Це заслужене покарання» і т.д.

Ось чому, на наш погляд, заторкування та опрацювання екзистенційно-ціннісних маркерів змісту травми, на наш погляд є дуже актуальним в процесі переосмислення та інтеграції травматичної пам'яті.

В науковій літературі існує чітке осмислення та класифікація основних наслідків психотравми, критеріїв диференційної діагностики таких наслідків, як гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, інші тривожні розлади (розлад тривоги за здоров'я, панічний розлад), депресивні розлади, а також факторів схильності до розвитку патопсихологічних наслідків травматичної події таких як вік (стадія розвитку та актуалізація емоційних проблем на певних стадіях нормативних вікових криз), стать (досліджено більший ризик розвитку наслідків психотравмуючих подій у чоловіків, ніж у жінок), освіта (нижчий рівень освіти корелює з більшою

загрозою виникнення ПТСР), досвіду переживання психотравмуючої події в минулому (пацієнти з досвідом психотравми в минулому є більш вразливі до травматичних подій та дають меншу відповідь на терапевтичні втручання чи відновлення) [6, 8, 10, 11, 15, 36].

Досліджено та проаналізовано феноменологічні прояви ПТСР: повторне переживання травмуючої події в уяві, уникнення тригерів травмуючої події, загальне перезбудження щонайменше впродовж одного місяця: розлади сну, підвищена дратівливість, порушена концентрація уваги, надмірна настороженість, лякливість [DSM-IV]. Люди з ПТСР як правило погано соціалізуються та адаптуються до нових умов, зростає ризик екстремальних способів емоційної регуляції, таких як розвиток наркотичної чи алкогольної залежностей. Існують докази збільшення вживання алкоголю та тютюнопаління після пережитої травми [15].

Проте науці досі маловідомі предиктори ефективної відповіді клієнтів з ПТСР та іншими наслідками психотравми на терапевтичні втручання, достеменні механізми терапевтичних змін, механізми раннього превентивного втручання для запобігання наслідків психотравми.

Також залишається відкритим питання про специфіку застосування психотерапевтичних методів для осіб з різною ціннісною ідентичністю. Це питання торкається дискусії чи психотерапія загалом має бути ціннісно нейтральна чи ціннісно орієнтована, або ж чи можуть цінності бути інтегровані в процес психотерапії?

Відтак **ціллю** дипломної роботи у результаті інтеграції даних літературного огляду та мета-аналізу, окреслити критерії психотерапевтичної допомоги орієнтованої на християнські цінності при переживанні психотравми та розкрити шляхи та інструменти її втілення.

1. Теоретичні аспекти ціннісноорієнтованого підходу в психотерапії

1.1. Дискусія щодо питання імплементації цінностей в психотерапевтичний процес.

Тема імплементації ціннісної орієнтації в психотерапевтичний процес є дискусійною починаючи з 50-60 років 20 століття.

Зокрема, К. Патерсон вказує на те, що консультант повинен бути об'єктивним, ціннісно нейтральним, тобто не привносити в консультативний процес власну світоглядну систему та систему цінностей. Адже світоглядна система кожного індивіда унікальна, тож не етичним буде її нав'язування іншим. Окрім цього жоден консультант не може стверджувати, що володіє повністю осмисленою життєвою філософією чи характеризується зрілою ціннісною ідентичністю. Відтак місце для засвоєння цінностей – це інститути сім'ї, школи, церкви, а не консультативний кабінет, стверджує автор [5, с. 21]), в якому клієнт має право не поділяти етичних принципів та ціннісних орієнтацій консультанта, в якого ціннісна ідентичність формувалась не одномоментно, а впродовж тривалого часу під впливом відмінних від клієнта, унікальних біографічних чинників.

Протилежної думки дотримувався зокрема Е. Вільямсон, який стверджував, що консультант повинен відверто і прозоро демонструвати клієнту власну ціннісну позицію, оскільки намагання дотримуватись ціннісної нейтральності спонукає клієнта припускати, що консультант може схвалювати згубну з соціальної, моральної та правової точки зору поведінку. Відтак позиція консультанта мала б мати формуючий, виховний вплив на клієнта.

Р. Кочюнас намагався зрівноважити такі крайні позиції, вказуючи на те, що уникнути світоглядних аспектів у консультуванні насправді важко, адже це є неодмінною складовою довірливого міжособистісного стосунку. Окрім того багато внутрішньо особистісних проблем приховано у ціннісних конфліктах клієнтів, чи, додамо, обмеженому доступі (когнітивному рівні:

«Нічого про це не знаю», чи емоційному «Маю суб'єктивний негативний досвід чи ставлення») до чинників ціннісної ідентифікації. Проте однозначно, підсумовує автор, слід уникати повчання і моралізування, якщо йдеться про терапевтичний стосунок [5, с. 22].

Ціннісна складова консультування та психотерапії, на наш погляд, окрім зазначеного вище має ще ресурсонаповнююче значення. Під психологічними ресурсами тут розуміємо слідом В. Розенбергом внутрішні сили, які необхідні для долання кризи життя та утримання меж толерантності до дистресу [7]. В процесі ціннісних дискусій такі дрімаючі духовні (ціннісні) ресурси можуть бути актуалізовані.

В історико-психологічному контексті ролі духовних ресурсів у психологічному здоров'ї особистості надається вагоме, а подекуди визначальне значення. К. Ясперс дійшов висновку, що крах людського розуму у сфері духовно-екзистенційних пошуків людини свідчить, що орієнтирів слід шукати в бутті трансцендентному, в акті віри, який веде до Бога [17]. Е. Фром теж основою ціннісної осмисленості людського існування вважав сповідування релігійних цінностей, проте таких, які людині не нав'язуються, а які перебувають в полі її вибору [14]. Сучасні психотерапевти, зокрема, Б. Фітцджеральд вказує на те, що людині притаманним є релігійний імпульс як бажання знати більше, ніж можна досягнути винятково раціональністю [12] і це є вагомою спонукою людської активності, життєтворчості. Є. Рязанцева доводить, що внутрішнім екзистенційним ресурсом, який допомагає людині некризово долати складні життєві ситуації, є віра [9, с. 223–224].

Отже, критеріями психотерапії, орієнтованої на цінності (далі акцентуватиметься на християнських цінностях), на наш погляд мають бути наступні:

1. Включення у психотерапевтичний простір процесів ціннісної ідентифікації та актуалізації ціннісних (зокрема релігійних) ресурсів;

2. Крім того, на наш погляд, християнським цінностям відповідає критерій доказової ефективності втручань з проявом всеохопної поваги і прийняття клієнта та об'єднання зусиль у протидії хворобливим симптомам.

Таким чином вибір доказово ефективних втручань, вимірюваних в часі, відкрите обговорення світоглядних орієнтирів та не уникання ціннісних дискусій з клієнтом розглядаємо як критерії ціннісно- (християнсько-) орієнтованого підходу в психотерапії.

1.2. Аналіз доказово ефективних шляхів зцілення психотравми

Критеріям доказової ефективності психотерапевтичних втручань при ПТСР, згідно досліджень останнього десятиліття, відповідають когнітивно-поведінковий та експозиційні напрямки в психотерапії.

Ці напрямки базуються на теоретичній базі ПТСР Е. Фоа і Д. Рігс (1993) [31], теорії емоції К. Ланга та когнітивній моделі емоційних розладів, в якій постулюється, що:

1. спосіб мислення впливає на інтерпретацію життєвих подій і спричиняє певну емоційну реакцію. Саме тому люди з ПТСР проявляють патологічну тривогу і страх коли позитивні чи нейтральні події сприймаються як загрозливі.
2. Глибинні переконання (когнітивні схеми) впливають на сприйняття та інтерпретацію інформації, враховуючи психотравму. У свою чергу існують дослідження, що доводять, що психотравмуючі події змінюють глибинні переконання про світ як загрозливий та про себе, як таких, які не справляться з загрозами.

Когнітивна модель ПТСР, розвинута А. Ейлерс та Д. Кларк (2001) підсумовує, що ПТСР виникає коли людина опрацьовує психотравму та її наслідки через призму актуальної загрози для себе. Відтак поведінка індивіда та шляхи коупінгу з травмою часто роблять неможливими когнітивні зміни,

переоцінення наданого значення травми та власній спроможності з нею справитися [23].

Грунтуючись на такому розумінні, в останнє десятиліття розвинулась множина підходів та прийомів зцілення ПТСР, зокрема: експозиційні техніки, пов'язані з повторним переживанням травматичної події в уяві зі зміною наданих негативному досвіду значень, техніки когнітивної реструктуризації, тренінг контролю тривоги та методи, що поєднують зазначені підходи (Мідоус, Фоа, 2000, [31]).

В сучасних протоколах психотерапевтичних втручань, що ґрунтуються на наукових дослідженнях в галузі нейронаук (Американської психологічної асоціації, Австралійського центру посттравматичного психічного здоров'я, Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США) йдеться, що найбільш науково обґрунтовано, а відтак рекомендовано два таких інтегративних підходи в роботі з дорослими: це травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ) та метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR) [4].

Когнітивна модель ПТСР доповнена на сьогодні даними нейрофізіології, а саме знаннями про механізми інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять. Відтак структурована робота з цими спогадами з наративно-ціннісним опрацюванням (корекцією наданих значень, переосмислення негативних та необ'єктивних наданих значень, деактивацією системи тривоги) додає аргументів на користь цих методів та призводить до тривалої редукції симптомів розладу.

1.3. Травмофокусована психотерапія в дії

Процес травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії ґрунтується на класичному стилі КПТ (структурована, лімітована в часі,

короткострокова форма терапії, що передбачає активне залучення клієнта в процес власного зцілення та спільного дослідження проблем), обґрунтованому А. Беком (1976) згодом був доповнений А. Ейлерс та Д. Кларк (2001, 2008), Гарві, Браянт (2003), Райнекі, Кларк (2005) [23, 36].

Власне підхід А. Ейлерс та Д. Кларк (2008), що ще має назву оксфордського підходу до терапії ПТСР згідно місця праці його авторів, має високі показники ефективності. Цей підхід має на меті:

- ідентифікацію та зміну негативних особистісних значень, наданих травматичній події та її наслідкам;
- зменшення симптомів повторного переживання та дискримінацію тригерів;
- усунення дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій.

З метою досягнення першої цілі, як описує В.Горбунова [4] використовується спеціальна процедура, яка має назву оновлення травматичних спогадів (updating trauma memories). Її основні етапи передбачають ідентифікацію найбільш болючих моментів травми, так званих гарячих точок; переоцінку травми та її наслідків з огляду на зменшення негативних інтерпретацій і більшої відповідності дійсності; а також поновлення особистісних значень з огляду на переоцінку ситуації. В ході терапії клієнтів просять поновити історію травматичної події і зробити це можна в різні способи або їх поєднання, наприклад переозначити гарячі точки в ході усної розповіді («Тепер я знаю, що...») або зробити це в уяві, уявляючи, що рани загоїлися, а злочинець в тюрмі.

З метою зменшення симптомів повторного переживання та зниження тригерування використовуються такі техніки, як уявне перепроживання події (imaginal reliving of the event), виписування детальної історії події (writing out a detailed account of the event), перегляд місця події (revisiting the site), і власне дискримінація тригерів (discrimination of triggers). Уявне перепроживання полягає в згадуванні травматичної події в усіх подробицях, з емоціями та відчуттями. Та сама процедура, лише письмова, відбувається і в ході виписування історії події, коли клієнт встановлює послідовність

травматичних подій в усіх деталях та пов'язує їх із попередніми та наступними подіями. Перегляд місця події, якщо це можливо, відбувається безпосередньо у місцевості, де людина зазнала травми і полягає у фокусуванні на відмінностях у тому, що було тоді і що є зараз, коли травма минула і людина перебуває у безпеці. Техніка дискримінації тригерів передбачає детальний аналіз того, які саме ситуації, люди, дії, запахи, звуки... спричиняють повторні переживання травми та роботу по розірванню умовного зв'язку тригер-інтрузія, через усвідомлення того, що це є реакціями на пам'ять про подію, а не на реальність. Велику роль в дискримінації тригерів грає безпосередня експозиція до них – стикання в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких і переконування в тому, що вони не є загрозливими.

Протокольний опис етапів терапії ПТСР передбачає таку послідовність:

1. Детальне обстеження симптомів психотравми: інтрузивних симптомів (періодичних мимовільних, інтрузивних болючих спогадів про травмуючи подію, дисоціативних реакцій (флеш-беків), періодичних тривожних снів, інтенсивних чи тривалих внутрішніх чи зовнішніх сигналів, що символізують або нагадують аспекти травматичної події), стратегій уникання подразників, пов'язаних з травматичною подією, зовнішніх нагадувань, негативних змін у думках і настрої, які починаються або погіршуються після події: нездатність згадати важливий аспект події, перебільшені переконання та очікування щодо себе, інших, світу, постійний негативний емоційний стан, помітного зменшення інтересу до важливих заходів або участі у них, дратівливої поведінки або спалахів гніву, проблем із зосередженістю.
2. Психоедукація щодо виникнення симптомів психотравми та шляхів її опрацювання, обґрунтування важливості повторної експозиції до психотравми зі зміною наданих значень. Важливим є також етап представлення клієнтові підтримуючих факторів ПТСР, які деталізує Д. Вестбрук [2]:

- Поведінки уникнення ситуацій, що викликають спонтанні та яскраві образи, що стосуються травматичної події;
- Селективні процеси пам'яті, які спотворюють спогади так, що вони зміщені в бік негативних аспектів травми, посилюючи дистрес;
- Перебільшену оцінку небезпеки, що посилює відчуття тривоги і збільшує частоту захисної поведінки (див. рис. 1).

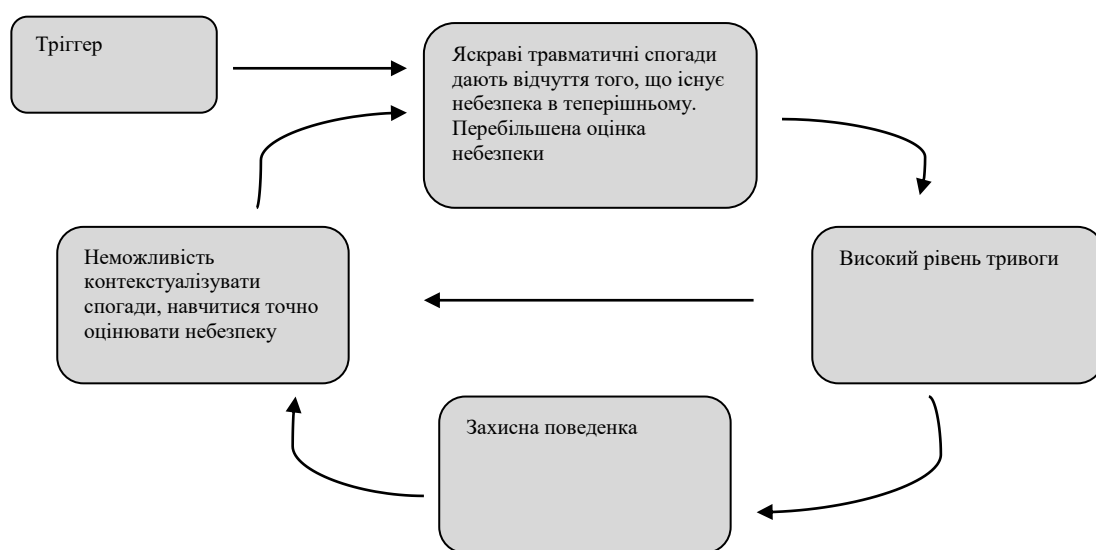


Рис. 1 Когнітивна модель ПТСР

3. Стабілізаційний етап: дослідження та актуалізація зовнішніх та внутрішніх (когнітивних, емоційних, соціальних) ресурсів клієнта з метою емоційної стабілізації та регуляції, а відтак здатності толерувати тривогу і тимчасове загострення симптомів в ході терапевтичної сесії.
4. Конфронтаційний етап: серія сесій, спрямована на супровід клієнта у експозиції до травматичної події: повторному переживанні травматичної події в уяві та її наративному описі з переосмисленням наданих значень та з актуалізацією афекту до моменту його згасання.

Слід зауважити, що конкретна терапевтична процедура розробляється для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного

впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність до відновлення.

Отож підсумуємо, що когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія включає різні схеми втручань, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних подій. Основними методами травмофокусованих втручань є експозиція наживо, експозиція в уяві, пролонгована експозиція, інокуляція стресу, стимульна конфронтація, повторне когнітивне опрацювання, когнітивна реструктуризація, а також нарративна реконструкція. Окрім самих технік та, власне, до їхнього застосування травмофокусовані когнітивно-поведінкові програми передбачають психоедукацію, емоційну підтримку клієнтів, нарощування їхніх ресурсів, розвиток релаксаційних навичок та інше.

Дж. Бріер та К.Скотт до цих традиційних компонентів ТФ КПТ на основі огляду літератури та мета аналізу результатів терапевтичних втручань відносять ще такі компоненти:

Опрацювання проблем, пов'язаних із взаєминами в контексті позитивних терапевтичних стосунків, сповнених шанобливістю, емпатією, легалізацією почуттів. А також – компонент, що спрямований на стимуляцію дій, які сприяють самоусвідомленню та само прийняттю, включаючи можливості рефлексії власного внутрішнього досвіду та зміни ставлень до наслідків своєї історії.

Важливо зазначити, що автори вважають, що строга послідовність окремих компонентів терапевтичного плану є не обов'язковою, стверджуючи, що «багато з цих втручань можна застосовувати протягом однієї і тієї ж терапевтичної сесії, і їх може бути важко відокремити одне від одного у процесі лікування» [1, с. 110].

Опрацюванню психотравми сприяють довірливі терапевтичні стосунки як ресурс та застосування базових консультативних технік як підбадьорення, заспокоєння, нормалізація та валідизація почуттів. А також імагінативних

технік, що перед та після експозиції в уяві допомагають активізувати нейрональну мережу, асоційовану з ресурсними спогадами чи фантазіями.

Домашні завдання у такому протоколі є важливим етапом, спрямованим на покрокову конфронтацію з травматичними тригерами (спеціальними місцями чи діями, що можуть нагадувати про травму).

Такий підхід передбачає не лише застосування зазначених технік, а й сприяння розумінню клієнтом того, що з ним відбувається та які середники є ефективними для купіювання патологічних симптомів у майбутньому.

2. Робота з цінностями та смислами і травмофокусована КПТ

Психотравматичну подію можна охарактеризувати як подію, що суперечить системі смислів людини, а відтак змінює чи вражає смислотворчу особистісну систему, що включає вірування, цінності, цілі, самосприйняття за визначенням Джаноф-Бульман, 1992 [29]. Розходження між старими (до травматичної події) і новими смислами часто спричиняє дистрес і мотивує до змін (як позитивних, так і негативних). Це визначення підходить до всіх типів травми. Фокусування на значеннях (смислах), наданих в результаті травматичної події і твореннях адаптивних та ростостимулюючих значень може бути важливою частиною зцілення травми, стверджує М. Слатері, Л. Парк [33].

Зосередження навколо процесу творення значень, смислів лежить в основі як екзистенційної, так і когнітивної терапії. В екзистенційній звертають увагу на більш глобальні значення: смерть, свобода, близькість, безсенсовність. В когнітивній терапії включають більш приземлені категорії: стосунки з іншими, робота і дозвілля, батьківство тощо і розуміють систему творення смислів, як загальну рамку для структурування життєвого досвіду.

В цьому розділі роботи проаналізуємо, яке травма може мати значення для ще однієї смислотворчої категорії – духовності.

Процес творення смислів передбачає, що поведінка людей, проблеми, і спроби вирішення сприймаються через призму унікальних суб'єктивних

значень. Це пояснює деякі аспекти того, чому одна і та ж подія спричиняє ПТСР в одних людей і не спричиняє в інших. Окрім того, багато осіб, що пережили травмуючу подію, намагаються знайти для себе її сенс, а відтак знаходження адаптивного сенсу є критерієм процесу зцілення. Процес сенсотворення завжди містить поняття глобального сенсу та оцінкового, суб'єктивного. Глобальний сенс – це сукупність переконань, цілей та значень.

Глобальні переконання широко охоплюють припущення про світ.

Ці переконання включають в себе, наприклад, уявлення про доброзичливість і справедливості світу, особистий контроль, удачу і уразливість, наголошує Джаноф-Бульман, 1992. Відмінності в глобальних переконаннях можна віднести до історичних та культурних, релігійних і духовних чинників. Глобальні цілі можуть бути секулярні чи духовні по формі, проте на деякі секулярні цілі, наприклад такі, як виховання дітей можуть впливати на духовність чи релігійність особистості (гріховне в дитині має бути під контролем чи діти – це дар Божий).

Багато життєвих подій просто асимілюються в рамках глобального сенсу, не вимагаючи когнітивної обробки. Тим не менш, деякі події, у тому числі травми, вимагають зусиль, щоб в них розібратися, враховуючи що вони дуже суперечать глобальному сенсу.

Низка моделей травматичного стресу фокусуються на ролі порушень системи переконань як чинників симптомів травми. У своєму огляді літератури, Парк, Міллс і Едмондсон (2012) дійшли висновку, що люди з діагнозом ПТСР відчують труднощі в консолідації травми в їх поточну систему смислів, що спричиняє активізацію захисної поведінки уникнення чи інтрузії [32].

Травма часто руйнує попередні припущення, що світ справедливий, доброзичливий, і передбачуваний, що особа є компетентна і гідна.

В дослідженнях Фoa and Ротбаум (1998) йдеться, що люди з ригідною претравматичною системою значень є більш уразливими травми, ніж тих, хто має більш гнучку систему значень [27].

Люди з ригідними негативними претравматичними переконаннями, швидше за все, ці переконання після травми укріплять. В той час, як людям з ригідними позитивними претравматичними переконаннями важко буде пояснити і зрозуміти травму, використовуючи їх попередній світогляд.

Таким чином, люди з ригідними переконаннями, ймовірно, переживають первазивну загрозу і почуття особистості неспроможності, притаманну людям з діагнозом ПТСР.

Девіс і Аслітурк (2011) розвинув ці ідеї далі, зазначивши, що люди, яким притаманна стресостійкість є реалістами і визнають, що неприємності і біди – неминуча частина життя, тим не менше, вони використовують активний коупінг і прийняття всіх подій в своєму житті.

Крім того, ті люди, які мають генералізовані (неопрацьовані) негативні автобіографічні спогади проявляють тенденцію роздумувати в узагальненій манері (румівувати) про те, яким небезпечним є світ, або наскільки вони вразливі чи винні, аніж сприймати події конкретно – більш схильні до розвитку ПТСР. Для багатьох людей з ПТСР, травма впливає на те, як люди бачать себе і своє майбутнє, яке характеризується глибокою безнадією (Парк і ін., 2012).

Експериментально було досліджено, що люди, які переживають розбіжність їхніх переконань, поведінки і цілей переживають дистрес і намагаються зменшити розбіжності. Відтак узгодженість між суб'єктивно наданим ситуативним значенням і глобальним значенням творить почуття безпеки і гармонії.

Люди мотивовані на те, щоб творити узгодженість, послідовність, логічність і можуть робити це, уникаючи суперечливої інформації, спотворюючи її, асимілюючи її в поточну систему значень, або змінюючи глобальну систему значень, пристосовуючи її до нового знання.

Люди відчувають розбіжності й дистрес, коли вони інтерпретують ситуації як порушення їхніх глобальних переконань (наприклад, що Бог добрий, всезнаючий, і всемогутній, але допустив згвалтування) або цілей

(наприклад, бажання мати близькі стосунки, але сприймання себе, як брудного, який не заслуговує на такі взаємини).

Розбіжності також можуть виникнути, коли глобальні переконання чи цілі перебувають в конфлікті одні з одними (наприклад, пошук справедливості і бажання залишити травматичну подію в минулому).

Розбіжності з глобальними значеннями творять дистрес, але він в свою чергу ініціює творення значень, яке впливає на оцінку травми (наприклад, зростання почуття цінності життя, тіснішого зв'язку з сім'єю і друзями, більшої компетентності і сили).

Процес надання особистістю значень може бути складним і характеризується нестійкою відносністю. Люди з ПТСР часто переживають коливання між почуттям впевненості і почуттям розгубленості, недовіри, між тим, в що вони вірять і що вони почувають і це створює неабиякий дискомфорт. Для його подолання, люди часто намагаються спрощувати власний досвід, зводячи його лише до одного полюсу: страху і тривоги чи почуття зросту. Таке спрощення сприйнятого є ще одним чинником ПТСР.

Отож, як було зазначено, що, коли люди переживають щось, що не відповідає їхній системі значень, вони можуть реагувати кількома способами: можуть вдаватися до уникнення, викривлювати реальність, румінувати, розв'язувати проблеми, або асимілювати інформацію в стару систему значень, чи модифікувати стару систему значень, приймаючи нову інформацію. Коупінгові стратегії мають різні наслідки для почуття благополуччя, Я-концепції, самоефективності, самооцінки і можуть спричиняти ризик виникнення деперсії, тривоги чи посттравматичних симптомів.

Система надавання значень намагається в тому випадку створити найбільш прийнятне суб'єктивне значення та включає автоматичні процеси включаючи інтрузивні думки і мрії і більш сплановані та усвідомлені значення.

Якщо процес надання значень успішно завершується, це посилює почуття благополуччя, спричиняє посттравматичний зріст і позитивні життєві зміни (міцніші стосунки, зміни ідентичності, збільшення впевненості і стійкості, зріст духовності і поцінування життя) – йдеться в публікації Парк, 2010 [32].

Процес надавання значень може результувати в творення як позитивних, так і негативних значень, проте загалом творення осмислених значень частіше спричиняє більш обнадійливий образ себе і світу, аніж образ загрозливого світу. Люди, що вижили після травматичних подій, та які описували події, акцентуючи на тому, що вони вижили і подолали загрозу демонстрували вищий рівень задоволеності життям, самооцінки та внутрішньої узгодженості, аніж ті, що описували травматичні події, як руйнівні та загрозливі.

Травма однозначно має вплив на фізичне, психологічне та духовне благополуччя людини, чинячи виклик здатності взаємодіяти з чимось більшим, ніж сама людина, з Богом чи з Божественним, з чимось дуже реальним, чи трансцедентним. Такий розрив стосунку «спричиняє первазивне пригнічення серед тих, хто пережив травму» (Еверлі і Латін, 2004, с. 48 [26]).

Травма «руйнує віру людини в природній чи надприродній порядок і чинить екзистенційну кризу», що спричиняє втрату віри у всемогутність Бога, в те, що світ є певним чином організованим і впорядкованим і творить нове переконання, що вони є поганими і заслужили на те жахливе, що з ними трапилось.

Перефразовуючи слова В. Франкла, травматичний вплив стресові події мають тоді, коли не вдається знайти «чому», яке дає силу витримати будь-яке «як».

Віра і духовність творить ці значення і цілі для багатьох людей, формуючи їхній погляд на світ, роблячи страждання зрозумілими і такими, які можна винести, творячи почуття причетності і зв'язку, надії, довіри,

ресурсу витримати. В юдео-християнській традиції, персонаж Йов не приймає втрати доти, доки віра не допомагає йому з цим справитись: «Голим я вийшов із лона матері, голим і повернуся. Господь дав, Господь забрав; Нехай буде ім'я Господнє благословенне!».

Для багатьох людей, духовні та світські проблеми нерозривно пов'язані між собою. Релігія і духовність формує глобальний сенс, розуміння Бога (наприклад, як люблячого і доброзичливого чи гнівного), впливає на самоствавлення (наприклад, обраний Богом або негідний), розуміння світу (наприклад, як одного етапу в духовній мандрівці чи ілюзії), життя після смерті (наприклад, небо, реінкарнація, нічого після цього життя).

Цей зв'язок між духовним і психологічним процесам можна побачити в автобіографічному описі Марші Лайнен – засновниці діалектично-поведінкової терапії про її спонтанне духовне зцілення коли це вона була "20-річною, позбавленою надії дівчиною, якій лікарі давали мало шансів на виживання за межами психіатричної лікарні ". Автор описує переживання спонтанної ремісії патопсихологічних симптомів після вдивляння у розп'яття – медитативної молитви: «...і раптово я відчула, як щось сходить на мене. Це було таке трепетне відчуття, і тоді я побігла в свою кімнату і сказала:" Я люблю себе ". Це був перший раз на моїй пам'яті, коли я говорила сама з собою в першій особі. Я відчула, що змінилася. Підйом тривав близько року, потім відчуття спустошеності повернулося, ставши немов пробудженням від роману. Але щось змінилося. Тепер я могла витримувати свої емоційні бурі, не завдаючи собі порізів або іншої шкоди».

Усвідомлення такого досвіду автор артикулювала, як прийняття життя такого, як є, та прийняття необхідності змін незважаючи на реальність, а завдяки їй. Згодом медитативна практика усвідомлення і прийняття – майндфулнес була покладена в основу діалектичної поведінкової терапії.

[16].

Цей приклад ілюструє той факт, що як для релігійних та духовних людей, так і для тих, хто до таких себе не відносить духовні зв'язки (з Творцем,

Надприроднім) є чинником процесу творення смислів, який, як аналізувалось вище, асоційований зі зниженням патопсихологічних симптомів та покращення функціонування.

2.1. Огляд моделей духовно-орієнтованих напрямків терапій.

Релігійно-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія.

В низці емпіричних дослідженнях були отримані результати щодо оберненого зв'язку між релігійною вірою, релігійними практиками і депресією (Koenig, King, & Carson, 2012 [38]).

В кількох теоретичних і емпіричних статтях наголошувалось на потребі інтегрувати релігійність/духовність у лікування [39].

В останні десятиліття також розвинулась низка духовно-орієнтованих напрямків терапій: Схема-терапія для лікування залежностей і ВІЛ-ризикованої поведінки (Avants & Margolin, 2004), майндфулнес (інтеграція буддизму і західно психологічних принципів і практик для полегшення психологічних труднощів), майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія депресії (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, [40]), і духовно-орієнтовані коупінг групи для людей з ВІЛ, тих, що зазнали сексуального скривдження, страждають на рак. Духовні інтервенції застосовують при лікуванні генералізованого тривожного розладу і посттравматичного стресового розладу [39].

Дослідження показали, що інтеграція релігійності духовності та релігійності клієнтів є принаймні на стільки ж ефективна в редукції депресії, як і секулярна терапія [39].

Метааналітичне дослідження Worthington і колег, 2011 [41] сорока шести досліджень духовних інтервенцій, дають змогу зробити висновок, що віруючі клієнти в духовно-орієнтованій психотерапії, дають кращу динаміку, ніж в інших видах терапії. Від 77% до 83% клієнтів старше 55 років бажають інтегрувати свої релігійні переконання в психотерапію.

Духовно-орієнтовані інтервенції можуть містити, чи не містити релігійні елементи. Натомість, релігійна психотерапія фокусується на залучення релігійних ресурсів клієнта. Доведено, що релігійна психотерапія, особливо релігійно орієнтована КПТ (РКПТ), яка використовує релігійні ресурси клієнта в лікуванні депресії збільшує ефект терапії у релігійних осіб [39].

В КПТ наголошується на двох шляхах модифікації емоцій. Перший – це ідентифікація, конфронтація і зміна когнітивних процесів (наданих значень ситуації), другий – це зміна поведінки.

Те, як люди сприймають ситуацію і інтерпретують її впливають на те, як вони себе почувають і поведуть. Дослідження доводять, що сприйняття і інтерпретація ситуацій людьми з депресивними розладами є спотвореною, хибною (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, 2005) і утворює замкнуті цикли. Мислення характеризується когнітивними помилками, як от передчасні висновки, негативний ментальний фільтр, все-або-нічого думання чи катастрофізація. КПТ вчить ідентифікувати, конфронтувати викривлений стиль думання і замінювати його здоровими думками і поведінкою. КПТ характеризується колаборативним терапевтичним стилем, структурованістю сесій, заохоченням клієнтів до зворотнього зв'язку, емпатичною комунікацією, Сократівськими запитаннями, керованим відкриттям, заохочуванням до виконання домашніх завдань і увагою до труднощів в терапевтичному альянсі.

Релігійно орієнтована КПТ крім описаних принципів передбачає також використання релігійності клієнта як основи для ідентифікації і зміни неадаптивних думок та поведінки для зменшення симптомів депресії.

Ідея того, що наші думки та інтерпретації відіграють важливу роль у виникненні емоцій загальна для багатьох світових релігій. Зокрема, в юдейській традиції цар Соломон каже: «...те, що він думає в серці своєму, такий він і є». В християнській традиції, як одне з центральних понять, існує поняття «метанойя», що в літературному перекладі означає зміна мислення

(сприйняття факів і явищ), або зміна того, як людина думає, що в Біблії перекладається, як розкаяння, покаяння («Покайтеся, бо Царство Небесне близько!», Матея 4:17). Наступна цитата з Євангелія може бути корисною при психоедукації клієнтів про важливість дослідження власних думок та їх зміни: «...що тільки правдиве, що тільки чесне, що тільки праведне, що тільки чисте, що тільки любе, що тільки гідне хвали, коли яка чеснота, коли яка похвала, думайте про це! (Филип'ян 4:8).

В Ісламі йдеться, що Аллах не змінить стану людини, доки вона сама не змінить свого стану. Відтак ідея зміни мислення є близькою для людей, які сповідують релігійні цінності. В релігійно-орієнтованій КПТ терапевти пропонують клієнтові уривок з священного тексту, який є релевантний темі сесії. Наприклад, третя сесія фокусована на медитації з метою керування почуттям дистресу. Клієнтам пропонують пригадати уривок, який співзвучний зі зміною негативного способу думання. Клієнтам також пропонують помедитувати над цим уривком у стилі контемпліативної молитви. Інструкція до контемпліативної молитви виглядає так:

1. Виберіть уривок з писання для рефлексії.
2. Сядьте зручно, проте не занадто зручно, з рівною спиною та відкритою поставою для вільного дихання.
3. Прочитайте уривок повільно. Концентруйтеся на кожній фразі чи ідеї. Яка з них значуща для вас?
4. Прочитайте уривок знову. Яким чином прочитане стосується вашого життя? Що вам пригадується, які думки виникають?
5. Прочитайте уривок втретє. Тихо вслухайтесь.
6. Зверніть увагу на інсайти, роздуми у відповідь на прочитане.
7. Закінчіть вправу, перебуваючи якийсь час в тиші.

Також, сесія, присвячена дослідженню та зміні глибинних переконань, може містити рефлексію щодо того, що однією з центральних тем Нового Завіту є те, що Христос приніс нам дух свободи і прийняв нас такими, якими ми є, тож ми не маємо осуджувати себе чи засмучуватись через те, які ми є

(«Коли за нас Бог, то хто проти нас?», Римлян 8:31, «Хто оскаржувати буде Божих вибранців? Бог Той, що виправдує», Римлян 8:33, «Хто ж той, що засуджує? Христос Ісус є Той, що вмер, надто й воскрес, Він праворуч Бога, і Він і заступається за нас», Римлян 8:34).

Клієнтів слід навчати бути добрими дослідниками, які перевіряють свої думки уважно і об'єктивно, перш ніж автоматично прийняти на віру згідно моделі А.Елліса, тобто такій послідовності:

А (Activating event) виявити подію, що активувала думку;

В (Beliefs) виявити надане значення;

С (Consequences) оцінити емоційні та поведінкові наслідки.

Окрім того, клієнтам проводять психоедукацію про неадаптивні стилі мислення, такі як перебільшення, все-або-нічого мислення, катастрофізацію в контексті теологічного значення (на основі релігійного досвіду клієнтів) та пропонують обговорити це. Релігійне підґрунтя сприяє мотивації до зміни негативних мисленневих стилів. Цей метод також допомагає долати викривлені релігійні переконання стосовно образу Бога.

Відтак в РКПТ пропонується наступний крок:

Д (Disputing) – диспут з метою виявлення викривленого та негативного мислення. Визначальним є залучення релігійних переконань, щоб побачити, як це може допомогти змінювати негативні думки. Клієнтів запитують: «Коли ви дивитесь на ваші переконання, думки, спосіб мислення про ситуацію, чи існують певні переконання у вашій релігійній традиції, що спростовують ваш спосіб пояснення ситуації і спонукають прийняти альтернативну позицію?», «Які докази, що походять з вашого релігійного світогляду, образу Бога, Писання, духовного досвіду і інших джерел підтверджують чи спростовують вашу негативну автоматичну думку?».

РКПТ не лише допомагає змінювати когніції для редукування симптомів депресії, а також допомагає змінювати поведінку. Подібно як в традиційній КПТ, поведінкові зміни є важливими, в РКПТ, акцентуючи на поведінкових змінах, релігійні переконання вважають ефективними мотиваторами

позитивних поведінкових змін, а відтак подолання депресії. Наприклад, більшість світових релігій заохочують до прощення, вдячності, великодушності, щедрості і альтруїзму, що може бути спонукою до поведінкових змін в РКПТ. Інші поведінкові практики у РКПТ можуть включати молитву за себе та інших, регулярні соціальні контакти з членами своєї релігійної спільноти, написання листів вдячності, стратегії редукції стресу (прийняття невизначеності), ґруновані на духовній концепції «ходити у вірі». Клієнтів заохочують до щоденних духовних практик, наприклад, контемплятивної молитви, чи молитви за інших. Ці практики мають потенціал впливу також і на духовне здоров'я і зріст, репрезентований у здатності розуміти інших та приймати себе, що допомагає долати депресію.

РКПТ заохочує клієнтів використовувати релігійні та духовні ресурси, які є доступні для них. Це може включати медитацію, соціальну підтримку членів релігійної спільноти, розмову з духівником, читання релігійної літератури, перегляд релігійних програм, заохочення до благодійності.

Загалом РКПТ, ґрунтуючись на оригінальному протоколі А.Бека стосовно терапії депресії, пропонує терапію у форматі 10 сесій, апілкуючи її до п'яти світових релігій.

Такий підхід є ефективним для клієнтів з ситуативною депресією, яка, наприклад, супроводжує соматичне захворювання, а не для тих, хто є психіатричними пацієнтами і страждають на тривалі в часі ментальні розлади.

3. Клінічне застосування моделі основаної на смислотворенні – духовно орієнтованої ТФ КПТ

Впроваджуючи вищезгадані теоретичні пошуки в терапевтичний процес, автори духовно-орієнтованої травмофокусованої КПТ рекомендують

починати з опитування щодо осмислення клієнтом свого травматичного досвіду:

1. Що клієнт думає про травму, про себе, про світ з перспективи свого релігійного досвіду?
2. На скільки клієнт відчуває взаємозв'язок зі світом?
3. На скільки травма чинить невідповідність між минулим досвідом і травматичним? Як клієнт справляється з цією невідповідністю (які захисні механізми використовує)?
4. Як ставлення до травматичного досвіду, себе та інших з перспективи травматичного досвіду змінювались в часі?
5. Якщо клієнт не отримує духовної чи релігійної підтримки, чи притаманні йому інтенсивніші переживання самотності і беззахисності?
6. Клієнти також можуть переживати інтенсивні негативні почуття стосовно Бога чи вищої сили: гнів, відчуження, тощо, які вони можуть трактувати, як ірраціональні і бажати їх позбутися. Чи Вам щось подібне притаманне?
7. Як теперішнє сприйняття травми впливає на сприйняття інших подій?

Есенційним етапом духовно орієнтованої терапії, як і у моделі травмофокусованої терапії А. Ейлерс і Д. Кларк, є ініціювання змін у способах мислення про травму і пов'язаних з нею симптомів і стимулів, розвиток навичок вирішення проблем і коупінгу із пов'язаними з травмою стресорами, а також допомога переосмислити і зробити більш адаптивними значення тих подій з минулого, яких неможна змінити.

Слід наголосити, що зміна наданого травмі значення і смислу може бути лише невеличкою краплиною у зміні функціонування клієнта. Самі значення можуть бути доволі ригідними, екстремальними і песимістичними. Ціль терапевта – допомогти клієнту розвинути більш гнучку систему мислення про травму, про себе та світ. Для цього корисними будуть такі типи запитань у стилі керованого відкриття (discovery learning):

Чи ймовірно, що бачення іншими людьми Вас було досконалим і безпомилковим?

Чи насправді безпеки немає ніде?

Чи насправді всі люди жахливі, чи лише одна людина (група людей - жахливі)?

Виклик екстремальним і нереалістичним переконанням – важливий крок до подолання розбіжностей між глобальними і ситуативними смислами людини.

Духовноорієнтована травмофокусована КПТ згідно протоколу розпочинається з психоедукації, прояснення симптомів ПТСР і вироблення стратегії менеджменту симптомів з нормалізацією. Нормалізується ж такодуховна боротьба. Важливо клієнтові донести, що інші теж переживають подібне, але згодом справляються з цим. Наступні 4 сесії присвячують тренінгу релаксації, афективної експресії, когнітивному коупінгу. До релаксації, за згодою клієнта можна додавати молитву. Далі робота з наративом травми – 4 сесії, в якому опрацьовуються наприклад такі травматичні значення, як «Бог на мене сердиться і мені цього не пробачить» з валідизацією та аналізом історії релігійності клієнта і знання про Бога. Результатом модифікації такої когніції може бути, що Бог не був злий і що в тому, що сталося не було вини клієнта. Що Бог був засмученим тим, що з клієнтом сталося.

В ході терапевтичного процесу важливо є з обережністю і повагою підходити до духовної боротьби, пов'язаної з травмою без знецінення та засудливого ставлення. Також, виходячи з того, що дослідження свідчать, що люди, які підтримують певний зв'язок з попередніми структурами віри (практиками, релігійними спільнотами) мають кращий рівень ментального здоров'я, слід заохочувати клієнтів підтримувати рівень релігійного та духовного функціонування, який для них є конгруентним.

Заохочення клієнта підтримувати попередній рівень релігійної практики можливе за умов встановлення стійкого терапевтичного альянсу, наголошує Д. Вокер [37].

Ураження образу Бога – типове ускладнення після травми. Особливо після пережитого насильства. Тому в ході терапії важливо дослідити такі когніції, як «Бог віддалився», «Бог жорстокий». Для реструктуризації таких когніцій доречною є робота з релігійними текстами (Тора, Біблія і т.д.). Багато клієнтів потребують відкрито говорити з Богом про свої конфліктні переживання, відтак заохочення таких розмов є доречним. Автор...пропонує такий фрагмент діалогу шукаючи з клієнтом відповідь на питання: «Чому Бог допустив насильство»:

«Перш за все, ніхто не скаже тобі точно чому це насильство сталося. Будь-хто, хто претендує на відповідь, насправді не знає цього. І я не знаю також, і не буду намагатися пояснити тобі це. Це щось, що тобі самій прийдеться опрацювати в твоїх стосунках з Богом у внутрішньому житті. Проте, в мене є певні міркування про насильство і я можу з тобою ними поділитися, думаю це може бути для тебе корисним. Коли я думаю про те, чому Бог дозволяє насильству трапитись, я думаю про дві речі. Перше, моє особисте переконання полягає в тому, що Бог є люблячий, Він створив світ і людей, які можуть робити свій особистий вибір. Я думаю, Бог вважав, що змушення людей щось робити, включаючи слідування за ним – це не було б любов'ю. Тому Бог встановив, що людям слід робити вибір, чи робити добро, чи зло. Деякі люди обирають робити зло і той, хто вчинив над тобою насильство прийняв вибір вчинити зло. Коли він це робив, це був його вибір, не Божий вибір. Я особисто вірю, що Бог не хотів, щоб це насильство з тобою трапилось. Коли я думаю про це насильство над тобою, я думаю, що Ісус знав, що таке насильство. Перед смертю він теж його зазнав від римських воїнів, які били його і знущались з нього. Він врешті був розп'ятий. Він не хотів, щоб з тобою це сталося, адже він знав, що таке насильство».

Проте таке пояснення повинне бути частиною спільного відкриття, тож при цьому варто наголосити, що це лише переконання терапевта і він не має наміру нав'язувати їх клієнту. Натомість дає простір клієнту дослідити власні пояснення, чому Бог це допустив, дозволяючи і валідизуючи також і негативні емоційні реакції щодо Бога, керуючись Біблійними текстами (Йова; Еклезіаста 3:8), змінюючи значення Бога як об'єкта злості на суб'єкта присутності поряд в стражданні чи обираючи коупінг картку зі словами «...будь мужнім і хоробрим; не лякайся й не падай духом, бо Господь, Бог твій, з тобою, куди б ти не подався» (Книга Ісуса Навина 1:9).

Отож, якщо релігійно ціннісна орієнтація у клієнта та терапевта є співзвучною, а клієнтові є близькими духовні, наприклад Біблійні образи, то вони відкривають колосальний метафоричний потенціал для сенсотворчого опису всієї багатогранності, динамічності і складності людського досвіду в його найглибших пластах.

До таких, через призму власного терапевтичного досвіду, відносимо окрім класичного когнітивного опрацьованої мережі Біблійних смислів християнські медитативні споглядальні техніки та техніки керованої уяви, описані в працях св. І. Лойоли та його ідейних послідовників [3, 13, 28].

Власний емпіричний досвід їх застосування підтверджує ефективність таких технік і на передконфронтаційному етапі і на етапі наративного опрацювання травми. Так на стабілізаційному етапі медитативні техніки сприяють неосудливому зосередженні клієнта на перебуванні тут і тепер та концентрації і керованій візуалізації на близьких клієнтові цінностях (безпека, захист, спокій, надія, очищення, прощення, мужність) та носіях цінностей (образі Христа чоловіколюбця, Богородиці). Загалом застосування медитативних технік в процес зцілення психічного здоров'я описана в науковій літературі останніх років як емпірично обгрунтована (Епштейн, 1995; Кабат-Дзін, 2003; Волш & Шапіро, 2006 [18, 28]) та така, що впливає на процеси емоційної регуляції шляхом збільшення здатності до інтроспекції та концентруванні/ перефокусуванні уваги, неосудливому

спогляданні відчуттів, думок, емоцій, стимулів середовища, а відтак регуляції та покращення емоційного стану. Наукові дослідження обґрунтовують вплив тривалого практикування медитативних технік на функціональні зміни в головному мозку, підтверджені апаратурними показниками (Холзел та ін., 2011 [18]).

В сучасних психотерапевтичних підходах даний підхід має назву майндфулнес-підходу (саме слово «mindful» означає «повна свідомість/уважність») що прийшла в науковий обіг з медитативних традицій буддизму пропагуючи внутрішнє самопізнання та просвітлення свідомості, віднайдення справжнього Я. Проте у християнстві схожі підходи мають місце у всіх формах християнської духовності: молитовній традиції ісихазму та традиції споглядальної контемплативної молитви [13], що відрізняється від розмовної молитви зосередженням на усвідомленні Божої присутності та Його супроводу в щоденному житті.

Відтак, на наш погляд, науково обґрунтованому майндфулнес підходу додавши функції керованої візуалізації релігійних образів можна примножити ресурсо- та смислонаповнений ефект. Наголосимо, що практика християнської медитації не має нічого спільного з інспіруванням змінених станів свідомості та є зорієнтованою насамперед на психологічний ефект сприяння опрацюванню травматичного досвіду. Також вона є вираженням християнських цінностей самозречення („зречіться себе” (Лк 9:23)) та відкритості до Божої волі в контексті теології св. Павла:

„І не вподібнюйтеся до цього світу, але перемінюйтесь обновленням вашого розуму, щоб ви переконувалися, що то є воля Божя, що добре, що вгодне, що досконале.” (Рим 12:2)

„Щоб він просвітлив очі вашого серця, аби ви зрозуміли, до якої надії він вас кличе, яке то багатство славної спадщини між святими.” (Еф 1:18)

„А плід Духа: любов, радість, мир, довготерпіння, лагідність, доброта, вірність, тихість, здержливість.” (Гал 5:22)

Ці ідеї розвивав у своїх працях о. Джон Мейн – монах-бенедектинець, засновник «Міжнародної спільноти християнської медитації», автор численних книг, присвячених споглядальному християнському містицизму і міжрелігійному діалогу. Популяризуючи християнську медитацію як особливу форму споглядальної молитви, підкреслював, що сутність християнської медитації полягає в тому, що вона є ні чим іншим, як духовною дисципліною.

Ця точка зору знайшла своє відображення в документах II Ватиканського Собору, що виражають ідею про те, що в Церкві кожен, незважаючи на позицію або статус, здатний реалізувати у своєму житті всю повноту християнського покликання.

Пропонованими техніками керованої візуалізації, що можуть доповнювати християнську медитацію є адаптовані нами наступні описані о. Е. де Мелло [3] вправи:

Вправа 1. Закрийте очі і якийсь час усвідомлюйте власні тілесні відчуття ...Потім зосередьтеся на процесі дихання. На кілька хвилин зосередьтеся на вдиху і видиху ...Вдихаючи, уявляйте, як у вас входить Дух Божий ... Він наповнює ваші легені своєю енергією ...Видихаючи, уявляйте, що ви позбавляєтесь від усього нечистого ... від страхів ... від негативних почуттів ...Згадайте ситуацію, коли ви відчували справжню радість ... Що в той момент радувало вас? Хороші новини? .. Виконання бажань? .. Краса природи? .. Відтворіть цю ситуацію і свої почуття тоді ... Як можна довше затримайтеся на почуттях ...Поверніться в минуле, до того моменту, коли ви відчували смуток, біль, страх або гіркоту розчарування ... ще раз проживіть цю подію ... але на цей раз шукайте в ній Бога ...Уявіть собі, що Господь приймає участь в тому що відбувається ... яка Його роль? Поговоріть з Ним ... і вслухайтесь в те, що Він вам скаже ...Знову і знову подумки повертайтеся до цієї події. У якийсь момент ви відчуєте, що можете відпустити свою печаль, пробачити, спокійно розібратися в причинах своїх страхів.

Повертаючись до негативних подій минулого, ви можете усвідомити, що вони допущені для вас Богом. Не виключено, що при цьому ви перенесете свій гнів і обурення на Нього. Не бійтеся прямо сказати Йому про це. Не придушуйте свої почуття, адже Господу відомо те, що діється у вашому серці. Щирість, навіть якщо ваші слова грубі і гіркі, очистить вашу душу і наблизить вас до Бога. Прекрасно, якщо ви настільки довіряєте Йому, настільки впевнені в Його любові, що можете говорити з Ним відверто. Зауважмо, що і Йов, страждаючи, дорікав Богу, не слухаючи тих, хто закликав його судити не Господа, а самого себе. І що ж? Зрештою Бог виправдав Йова та засудив його благочестивих, але нещирих друзів!

Вправа 2. Згадайте ще раз цю болючу для вас подію минулого. Відчуйте те, що ви відчували тоді. Тепер уявіть, що ви дивитеся на розп'ятого Христа. Нічого не говоріть ... тільки споглядайте ... ви можете безмовно звернутися до Нього ... Перейдіть до болючих спогадів ... і знову зосередьтеся на образі розп'ятого Христа ... повторіть цю процедуру кілька разів і потім завершіть вправу.

3.1. Опис клінічного випадку

На терапію звернулася жінка 40 років зі скаргами на підвищену тривожність, та симптоми пригнічення, виснаження, внутрішньої порожнечі які, згідно її слів, з'явилися після того, як два роки тому раптово в страшній автокатастрофі загинула її мати. Це було важкою трагедією для клієнтки з огляду на те, що жінка з сім'єю мешкала разом з матір'ю, мала з нею близькі стосунки, мама багато в чому допомагала клієнтці по господарству та догляду за сином і загалом, зі слів клієнтки, підтримувала в родині атмосферу згуртованості та оптимізму.

Після похорону, клієнтка почала уникати усього, що нагадувало про смерть, починаючи зі спогадів, розмов про маму, мамині фото і закінчуючи відвідинами могили. Вночі її мучили жахіття, в яких її снілася мама (хоч

клієнтка не мала усвідомлених пояснень, чому вона боялася мами). А вдень – тривога, дратівливість і незадоволення.

Неопрацьовані та неоплакані травматичні спогади про смерть мами, підтримувані переконанням «Якщо я почну про це згадувати, чи обговорювати, я цього не витримаю (почнеться паніка, істерика і я цього не переживу)», а також актуалізовані екзистенційні питання про сенс життя і смерті, про жах через не контрольованість життя, найближчих спровокували симптоматику посттравматичного стресового розладу та ускладненої (придушеної реакції втрати).

До травматичної події, релігійність клієнтки була потужним ресурсом і необхідністю її життя. Проте після раптової, трагічної маминої смерті, клієнтка часто почала задаватись питаннями «Чому Бог це допустив», «Чому я так маю мучитись»? Ці сумніви відкинули її він церковного життя, що приносило почуття спустошення.

Після етапу діагностики та психоосвіти, з клієнткою було погоджено план терапії, який включав наступні етапи:

I. Щодо ускладненої реакції втрати:

- дослідження та реструктуризація когніцій, які блокують оплакування втрати з застосуванням загальних консультативних навичок схвалення та нормалізації. Конфронтація міфів (сльози не допоможуть, слід взяти себе в руки; я маю тримати себе в руках, щоб син не бачив сліз).
- Ресурсоорієнтовані техніки: подбати про себе, час на самоті, техніки візуалізації та арттерапії.
- Навчання технікам стабілізації та заземлення.
- Поведінкові експерименти для зміни переконання: я не дам собі ради (подивитись на мамині фото).
- Підтримка та оплакування втрати з застосуванням техніки лист померлому, опрацювання та завершення стосунку з мамою в уяві.

II. Щодо ПТСР:

- стабілізація, накопичення ресурсу.
- Менеджмент та дискримінація тригерів.
- Градуйована експозиція до тригерів наживо та в уяві (подивитись фільм про автокатастрофу і смерть, походити вулицями, де трапилась автокатастрофа, відвідати цвинтар з терапевтом та самій).
- Наративна реконструкція травматичних спогадів (побудова системної, хронологічної розповіді про досвід травматичної події з пошуком непродуктивних когніцій, пов'язаних з інтерпретацією події з когнітивним переопрацюванням. Зміна значень події в ході її переживання на більш адаптивні).
- Робота над розпізнаванням тривожних переживань та розвитку толерантності до невизначеності; експозиція до найгіршого сценарію з метою розвитку стресостійкості.
- Майнфулнес та християнська медитація.
- Інтеграція здобутих навичок задля попередження рецидиву.

Загалом терапія тривала впродовж 21 сесії:

1-2 сесія включала обстеження та спільну побудову формулювання, а також психоедукацію про психотравму та її наслідки, ускладнену реакцію втрати. Підтримка, навички заохочення та нормалізації були важливими компонентами побудови терапевтичного альянсу.

3-5 сесії були спрямовані на накопичення ресурсу за допомогою імагінативних технік (спогади з Карпат, річки), а також виявлення та когнітивну реструктуризацію НАДів «Я не можу собі дати ради», «В мене щось серйозніше, ніж тривожні розлади», «Якщо я буду згадувати – мені буде гірше і я не витримаю», «Якщо я плакатиму – я слабачка». Поміж сесіями клієнтці було рекомендовано написати список ресурсів та проводити роботу з реєстрації НАДів.

6-9 сесії були присвячені побудові ієрархії об'єктів та ситуацій, які викликають тривогу з подальшою покроковою експозицією в уяві та наживо.

Оскільки в ієрархії було подивитись мамині фото, клієнтці було запропоновано обговорити стосунки з мамою.

На початку при обстеженні клієнтка розповідала, що був щасливою в дитинстві. Проте на сесії дійшла висновку, що мама чинила емоційне насильство. Оскільки мама була дуже побожною, священник, який іноді відвідував їхню домівку, казав, що клієнтці та її двом братам пощастило з такою мамою. Згодом такі розбіжності в досвіді та словах авторитетного представника Бога клієнтка вмістила у сприймання себе, як негідної та навчилася не довіряти своїм відчуттям та враженням. Навчилася світ сприймати, як загрозливий.

Описуючи маму, клієнтка була здивована інтерпретаціями терапевта, що у мами були риси нарцистичного та гістріонного розладу особистості.

Почавши виконувати вправи на експозицію в уяві до перегляду маминих фото, клієнтка дійшла висновку, що у їй важко згадати позитивні моменти, коли вони з мамою спільно проводили час.

Згодом результатом терапії було навчитись не оцінювати матір в чорно-білих тонах, а навчитись виділяти позитивні вчинки та негативну, хворобливу поведінку, з огляду на час та місце і ситуацію, в якій вона росла і ростила своїх дітей. Навчитись також бачити власні помилки в стосунку. Було запропоновано метафору: порівнювати маму з діамантом, на якому можуть бути тріщини, проте лише натреноване око може їх побачити. Інші захоплені лише блиском.

Таке усвідомлення допомогло інтегрувати стосунок з мамою, оплакати і попроситись.

Проте клієнтці далі важко було знайти відповідь на питання, чому така безглузда смерть. Для цього на сесіях 10-12 клієнтці було запропоновано техніку наративної реконструкції – побудови системної хронологічної розповіді про травматичну подію зі зміною значень, наданих в ході переживання на більш реалістичні та адаптивні. «Тоді я думала: мамина загибель була така раптова і безглузда, але тепер розумію, що нам не дано

контролювати смерть і це дає мені розуміння, що кожен десь слід жити повноцінним життям», а також «Тоді я думала – це кара Бога, а тепер знаю, що Бог не карає, а сам співстраждає з нами, бо розуміє наші страждання».

Таке опрацювання стосунку з мамою та опрацювання травматичного досвіду дало значну полегшу клієнтці. У неї зникли нічні жахіття, знизилась тривога.

13-15 сесії були присвячені подальшому розвитку толерантності до тригерів, зокрема до відвідання цвинтаря в уяві та наживо.

16-18 сесії були присвячені подальшому розвитку рефлексії клієнтки, зокрема щодо розпізнавання переживань та прийняттям невизначеності. Розгляд корисності-некорисності переживань, «дерево прийняття рішень», коупінг з щоденними проблемами були у фокусі уваги.

19-21 сесії були завершальними та присвяченими оцінці наявних можливостей, переосмисленню цінностей і планів, адаптації до змін. Були застосовані техніки майндфулнес з християнською медитацією та виділено час для інтеграції здобутих навичок.

Застосувавши підхід духовно орієнтованої ТФ КПТ, було досягнуто позитивної динаміки у клієнтки: суттєво редукувались симптоми тривоги (2 сесія Шкала тривоги Бека – 21, 18 сесія - 8), зросла віра в переконання «Я можу собі дати раду» з 10% на 3 сесії до 90% на 18-й, а також клієнтка відновила свій стосунок з Богом та релігійні практики, що мало позитивний вплив на якість життя та протекторним чинником.

Висновки

У результаті аналізу наукових досліджень з'ясовано, що найбільш вагомими критеріями доказової ефективності психотерапевтичних втручань при ПТСР відповідають когнітивно-поведінковий напрямок в психотерапії. Ґрунтуючись на результатах нейробіологічних досліджень, есенцією процесу інтеграції травматичної пам'яті є конфронтацію клієнта з дисфункційними переконаннями, відтак активізація та переведення травматичної пам'яті в

автобіографічну, а також переосмислення наданих травматичним подіям значень, корекція дисфункційних когнітивних переконань.

Вважаємо, що зміні дисфункційних переконань та новому смислотворенню сприяють ціннісноорієнтовані техніки: техніки, основані на християнській медитації та техніки керованої уяви Біблійних образів та смислів.

Традиційно класичні КПТ втручання не передбачають спеціальних модулів опрацювання травми, з акцентом на духовність клієнта, цінності, екзистенційні смисли. Проте, сучасні підходи до ТФ КПТ, звертаються до інтеграції когнітивно-поведінкового, психодинамічного, майндфулнес та еклектичного підходів у лікування наслідків травми. «Різноманітні складові цих методів можуть бути скомбіновані в один широкий терапевтичний підхід, який може бути адаптований до потенційно широкого спектру симптомів та потреб кожного клієнта...Ефективна терапія майже завжди складається з різноманітних втручань та теоретичних моделей, незалежно від того, чи усвідомлює це терапевт, чи не усвідомлює...До прикладу, багато хороших когнітивно-поведінкових терапевтів використовують у своїй роботі з клієнтами стосункові техніки, які використовують відповідно до когнітивно-поведінкових принципів», наголошують Брієр Дж. та Скот К. Відтак надбання екзистенційної терапії, та інших напрямків зцілення страждань, орієнтованих на цінності та смисли, на нашу думку можуть органічно імплементуватись, сприяючи посттравматичному зціленню та зросту.

Література

1. Бріер Дж., Скот К. Основи травмо-фокусованої психотерапії. – Л.: Свічадо, 2014. – 431 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Л.: Свічадо, 2014. – 409 с.
3. Де Мелло Е. Садхана: Путь к Богу. Изд-во: София, 2006. – 68 с.
4. Ефективність яких підходів у роботі з особами, які зазнали травми, досліджувалась? [Електронний ресурс]
- Режим доступу: <http://prostirnadii.org.ua/static/efektivnist-yakih-pidhodiv-u-roboti-z-osobami-yaki-zaznali-travmi-doslidzhuvalas.html>
5. Кочюнас Р. Психологическое консультирование: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический Проект. – 1999. – 240 с.
6. Луппо С. Стратегії подолання психічної травми // Соціальна психологія. – 2004. – № 5 (7). – С.25-35.
7. Розенберг В. Как найти достойный выход // Psychologies. – 2012. – № 72.
8. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії [Електронний ресурс] / О. Романчук. – Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-i-suchasni-pidhodi-do-terapiyi>.
9. Рязанцева Е. Вера как экзистенциальный ресурс личности в преодолении кризиса //Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2011. – Т. 11. Вип. 4. Ч. 2. С. 218–225.
10. Семенова Ю. С. (2011) Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини і психології // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – № 3,. – С. 50-56.
11. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників дорожньо-патрульної служби Державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція : автореф. дис... канд. психол.: 19.00.06 / І. М. Слюсар — К., 2005. — 18 с.
12. Фітцджеральд Б.: релігійний імпульс – це бажання знати більше за раціональне [Електронний ресурс] — Режим доступу: <http://rozmova.wordpress.com/2013/10/27/barbara-fitzerald>. — Назва з контейнера. (1)
13. Фрімен Л. Питання про християнську медитацію [Електронний ресурс] / Л. Фрімен. — Режим доступу:<http://christian-meditation.com.ua/?p=727>
14. Фром Э. Психоанализ и религия / Э. Фром — Москва.: АСТ, 2010.- 160 с.

15. Чабан О. С., Франкова И. А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, И. А. Франкова. — Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/page/sovremennye-tendencii-vC2A0diagnostike-iC2A0lechenii-posttravmaticheskogo-stressovogo-rasstrojstva>
16. Я была в аду. И я поклялась себе, когда я выберусь, я вернусь и вытащу отсюда остальных. [Электронный ресурс] // - Режим доступа: http://www.psychodinamica.ru/pogranichnoe_rasstroystvo/dbt/marsha_linehan.php
17. Ясперс К. Философская вера [Электронный ресурс]/ К.Ясперс. — Режим доступа: <http://hpsy.ru/authors/x115.htm>.
18. Boden T. M. Changes in facets of mindfulness and posttraumatic stress disorder treatment outcome // *Psychiatry Research*. –2012. – P. 609 – 613.
19. Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl 1), 32–43.
20. Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515–1522.
21. Ehlers, A., Clark, D. M. (2008) Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nord J Psychiatry*, 62 (47),11-8.
22. Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmannb, A., McManusa, F., Fennellb, M. (2005) Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413–431.
23. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder // *Behavior Research and Therapy*. – 2000. – 38 (4). – P. 319 – 345.
24. Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., et al. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269–276.
25. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–217.
26. Everly, G. S., & Lating, J. M. (2004). *Personality-guided therapy for posttraumatic stress disorder*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10649-000.
27. Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive–behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford Press.
28. Hansen K. Meditation, Christian Values and Psychotherapy [Электронный ресурс] / К. Hansen, D. Nielsen, M. Harris. - Режим доступа: <https://www.google.com.ua/search?q=Meditation,+Christian+Values++and+PsychotherapyKri>

[stin+Hansen,+Dianne+Nielsen,+and+Mitchell+Harris&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=WIB-Ve-9MYGpUozMgIgF.](#)

29. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York, NY: Free Press.
30. Koenig, Harold George. *Spirituality in patient care : why, how, when, and what*. – Versa Press, 2002 – 123 p.
31. Meadows E.A., Foa E.B. Cognitive behavioral treatment for PTSD. In: A.Y. Shaley, R. Yehuda, A.C. McFarlane (Eds.) // *International handbook of human response to trauma*. – New York: Kluwer Academic Plenum Publishers. – 2000. – P. 337-346.
32. Park, C. L. (2008). Testing the meaning making model of coping with loss. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 970–994. doi:10.1521/jscp.2008.27.9.970.
33. Park, C. L., & Slattery, J. M. (2009). Including spirituality in case conceptualizations: A meaning system approach. In J. Aten & M. Leach (Eds.), *Spirituality and the therapeutic practice: A comprehensive resource from intake to termination* (pp. 121–142). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11853-006.
34. Pearce M. J., Koenig H. G., Robins J. et. al. Effects of Religious Versus Conventional Cognitive-Behavioral. Therapy on Generosity in Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial // *Spirituality in Clinical Practice*. – 2015, American Psychological Association, Vol. 2, No. 3, 202–215.
35. Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455–475. doi:10.1002/jts.2490050309.
36. Shubina I. Cognitive-behavioral therapy of patients with ptsd: literature review // *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. – 2015. –165. P. 208 – 216.
37. *Spiritually Oriented Psychotherapy for Trauma* / Donald F. Walker, PhD, Christine A. Courtois, PhD, ABPP, Jamie D. Aten, PhD. – 2014, p. 292.
38. Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
39. Pearce M., Koenig H., et al. Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method of Treatment for Major Depression in Patients With Chronic Medical Illness Psychotherapy // *Psychotherapy*, 2015, Vol. 52, No. 1, 56–66.
40. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulnessbased cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
41. Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 204–214.