

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

***ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ІМАГІНАТИВНОЇ РЕСКРИПЦІЇ В КПТ:  
ПОГЛИБЛЕНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКУ ТЕРАПІЇ ПТСР***

***Ростислав Шемечко***

*Львів-2014*

## **ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ТЕРАПІЇ МЕТОДОМ КПТ**

**Терапевт: Шемечко Ростислав**

**Дата подання випадку на оцінювання: 27 січня 2014 року**

**Кодовий номер пацієнта у заліковій книжці: Дипломна робота**

**Супервізор: Олег Романчук**

---

### **Резюме випадку**

**Пацієнт:** Олег, 25 років, менеджер, не одружений, живе з батьками.

**Основний діагноз:** ПТСР.

**Супутній діагноз:** Соціальна фобія; депресія.

**Супутні проблеми:**

- Проблеми емоційної регуляції.
- Знижена самооцінка.
- Труднощі соціального характеру, зокрема проблеми з підлеглими.
- Тілесні проблеми: ситуативне оніміння всього тіла в часі конфліктів і насмішок зі сторони оточуючих; постійна напруга в тілі.
- Проблеми з безсонням.

**Стислий опис перебігу терапії та її результату:** КПТ триває 8 місяців, один раз в тиждень (загалом 31 сесія).

Застосовувалася як основне втручання: ТФ КПТ, метод імагінативної рескрипції, КПТ соціальної фобії і депресії, стандартні когнітивні та поведінкові техніки.

За 8 місяців терапії досягнуто:

88,6 % редукції симптомів ПТСР (за шкалою IES);

50% редукція симптомів соціальної фобії (за шкалою SPIN);

62,5% редукція симптомів фобії (за шкалою IART).

62,5% редукція симптомів депресії (за шкалою PHQ-9);

62,5% редукція тривоги (за шкалою тривоги Бека);

71,5% редукція тривоги (за шкалою GAD-7);

50% зріст самооцінки (за шкалою самооцінки Розенберга).

## *Зміст*

I. Представлення випадку (скарги, запит, історія хвороби, сімейний та соціальний анамнез, історія розвитку).....	4
II. Діагностичне формулювання.....	11
III. План терапії.....	14
<i>A. Список проблем</i> .....	14
<i>B. Цілі терапії</i> .....	14
<i>B. План терапії</i> .....	14
IV. Перебіг терапії.....	16
<i>A. Динаміка терапії по сесіях</i> .....	16
<i>B. Результат терапії</i> .....	43
V. Рефлексії та коментарі терапевта до даного випадку.....	44
VI. Бібліографія.....	48

## I. Представлення випадку

### a. Ідентифікуюча інформація

Олег 25 років, неодружений, живе з батьками, працює менеджером.

### b. Опис головних скарг та проблем, з якими звернувся пацієнт на терапію

На терапію Олег звернувся зі скаргами на надзбудливість і невміння виражати негативні емоції: незадоволення, роздратування та гнів, котрі часто опановують його і повністю паралізують. Олег жалівся на свою тривогу і надмірну сором'язливість у спілкуванні, зокрема наголошував на великому дискомфорті який йому приносить ігнорування і зверхнє ставлення зі сторони інших людей. Тривога і страх постійно супроводжували хлопця, коли він ставав центром уваги, коли був ризик помилитися, або бути висміяним чи відкинутим. Серед скарг Олег згадав також про свою поведінку постійного уникання конфліктних ситуацій у яких відчуває сильний страх і якесь загальне емоційне та фізичне оніміння. Через це вважає себе "боягузом і безхребетним творінням".

«Кожного разу, коли я відчуваю, що може виникнути якийсь конфлікт, я намагаюсь уникнути його. Я просто вибачаюсь, або роблю вигляд, що нічого не відбулося, хоча в цей час я відчуваю, що з моїм тілом відбувається щось ненормальне. В мене починає вискакувати серце з грудей, я вкриваюся холодним потом, у вухах починає дзвеніти, мені стає страшно... Моє тіло дерев'яніє і я нічого не можу вдіяти. Після цього я себе ненавиджу і соромлюся сам себе...».

Така ситуація продовжується вже давно, як зазначив Олег «в мене це було скільки я себе пам'ятаю». Однак стан тривоги і нездатність опанувати ці стани погіршився з моменту підвищення Олега по роботі. Він став менеджером і разом з тим збільшилась сфера його відповідальності.

«Кожного разу, коли підлеглі ігнорують моїми вказівками, або насміхаються з мене, або сперечаються зі мною, в мене починається цей приступ і тоді я просто сам не свій. Мене охоплює дикий страх і заціпеніння...».

Олег жалівся також на те, що більшість часу проводить у якійсь надмірній фізичній та емоційній напрузі, яким не може знайти пояснення.

Вже на перших сесіях разом з Олегом вдалося виявити джерело даної проблеми. Використовуючи базову техніку Схема-терапії, а саме концентрування у ресурсному стані на негативних пережиттях, викликаних думками про проблемну ситуацію, а зокрема на тілесних відчуттях, і пошуку у минулому подібних станів, Олег пригадав травмуючу ситуацію з дитинства.

### *с. Історія розвитку даної хвороби/проблеми*

Батьки Олега, хоч є інтелігентними і високосвідченими людьми часто конфліктували між собою, коли Олег був ще дитиною. Зокрема мати Олега постійно критикувала батька за те, що він є невдахою, слабаком і розмазнею. Дорікала йому, що не може заробити грошей і гідно забезпечити сім'ю. Батько Олега дуже болісно переживав цю ситуацію і часто вибухав криком на маму і тоді вони годинами сварились, ображали один одного, деколи справа доходила до бійок між батьками. В таких ситуаціях Олег відчував великий страх і тривогу за них і за всю сім'ю. Хлопцеві тоді було 6 років. Батько Олега почав надуживати спиртним, що ще більше ускладнило ситуацію. Олег дуже хотів помирити батьків і навіть відчував, що це його обов'язок. Хлопець вірив, що тільки він може це зробити і тому повинен врятувати сім'ю. Однак всі його спроби примирити батьків в часі сварок були неуспішними, вони навіть не звертали уваги на його просьби, а деколи обоє кричали на нього, щоб він не втручався. Одного разу батько прийшов до дому на підпитку у товаристві свого брата, мати з лайкою звернулася до батька та його гостя і намагалась вигнати їх з дому. Тоді батько вдарив маму, розбив рукою вікно у кімнаті і почав вилазити на підвіконник, кричучи: «З мене досить цього пекла, я всім заважаю, мені навіть в рідній хаті немає місця, я вкорочу собі віку і всім буде легше»... (Сім'я жила на 9-ому поверсі). У цьому моменті розповіді, Олег почав плакати, він весь тремтів, голос обривався. Хлопець закрив лице руками і сказав, що йому крутиться голова. Терапевт призупинив розповідь Олега і техніками дисоціації вивів його з цього стану.

Після декількох сесій стабілізації стану Олега, які включали техніки на створення і підтримання ресурсу, як також розвитку вмінь Олега щодо емоційної регуляції, у терапії вдалося знову вернутися до спогадів Олега і з'ясувати наступну інформацію про проблему. Як розповів Олег:

«В цю мить, коли тато почав вилазити на підвіконник, я усвідомив, що зараз станеться щось жахливе, щось безповоротне. Я відчував на собі велику відповідальність за життя батька, я мусів його спасти, але в цей час я повністю онімів, мене немов спаралізувало, я не міг зрушити з місця. У вухах гуділо, все тіло тряслось, комок підійшов до горла. В голові

одна за одною пролітали жахливі думки: це кінець, тато вб'є себе, що буде далі, що буде зі мною і мамою...».

Батька врятував брат. Разом з мамою вони зтягли батька назад у кімнату. Всі троє поранились до розбитого вікна. Було багато крові, всі кричали, Олег забився в куток і плакав.

Після цього випадку, мати сказала Олегові, щоб він нікому не розповідав про те, що сталося і щоб взагалі забув цей інцидент. Ніхто з сім'ї ніколи більше не згадував цього випадку. Як сказав Олег:

«Я дуже боявся, що така ситуація повториться, тому часто просто тікав з дому, коли батьки сварилися, однак це відчуття оніміння переслідувало мене».

Після цієї ситуації, у Олега почалися нічні кошмари. Йому часто снилось ця подія в якій він знову і знову переживав жахливі емоційні стани. В нього почалися проблеми з навчанням. Олег пригадав, що саме в цьому періоді почав уникати ситуації, котрі могли стати початком можливого конфлікту, в тому числі і поза домом. Він почав боятися крику, а згодом навіть підвищеного тону інших людей. Кожного разу коли бачив людей які сваряться, або б'ються, він відчував оніміння і сильний страх.

Олег розповів, що за рік після інциденту у батька стався серцевий напад, він пролежав певний час у лікарні. Після цього випадку батько перестав вживати алкоголь, мати почала уникати «гострих кутів» у їхніх відносинах. Батьки знайшли спільну мову, сварки та рукоприкладство зникли. В сім'ї запанував відносний спокій, ситуація стабілізувалась і в житті Олега настав доволі спокійний період. Згодом, як зазначив Олег, інцидент зі спробою самогубства батька немов забувся.

Період конфліктів Олег згадував як страшний сон, котрий хотів чим швидше забути. Хлопця, однак, впродовж тих років турбував страх і стани оніміння, котрі з'являлися у моментах насмішок та критики інших людей, крику, проявів агресії інших і в конфліктних ситуаціях які він за будь яку ціну намагався уникати. Олег розповів також про те, що він почав уникати перебування в центрі уваги, ситуацій в яких міг показати себе у непривабливому світлі, наприклад слабким чи некомпетентним. Ці ситуації викликали великий дискомфорт і тривогу. Олег не пов'язував цих проблем з ситуацією яка сталася в сім'ї, він був переконаний, що це прояв його слабкої психіки і боягузтва.

За весь цей час Олег жодного разу не звертався за допомогою. Він розумів, що з ним діється щось дивне, але боявся говорити про це з ким будь.

«Мені було страшно, що інші вважатимуть мене хворим. Та й я сам не хотів почути якогось жахливого діагнозу, бо підозрював що з моєю психікою не все в порядку і я є психічно хворий».

На терапію вирішив звернутися, бо більше не міг терпіти цих паралізуючих станів оніміння, страху і тривоги, котрі значно посилились з моменту збільшення відповідальності по роботі і конфліктних ситуацій з підлеглими.

***d. Теперішня життєва ситуація: сім'я, робота, освіта, соціальні стосунки, фізичне здоров'я, матеріальний стан.***

На даний час Олег живе з батьками, працює менеджером, є матеріально забезпеченим. Має друзів з якими підтримує хороші відносини. Вже впродовж трьох років зустрічається з дівчиною на якій планує одружитися. Зазначає, що дуже переживає, щоб не попасти «під каблук» майбутній жінці. Для того в різний спосіб демонструє свою силу, впевненість і рішучість. Відносно фізичного здоров'я, жаліється на стан напруги в тілі і очікування на те, що немов би щось погане має статися. Також турбують його стани оніміння і невимовного страху котрі з'являються в часі конфліктів і незручних ситуацій на роботі, коли, як зазначає Олег: «я можу показати себе слабаком і невдахою». Це загострення сталося відносно недавно, коли Олег отримав підвищення по роботі – він був призначений менеджером.

«Мені важко звернути комусь увагу навіть тоді коли я абсолютно правий. Я боюся, що може початися суперечка і я не зможу відстояти свою позицію. Я переживаю, що тоді зі мною не будуть рахуватися і це просто знищить мене з середини».

У таких ситуаціях Олег відчуває емоційне і фізичне заціпеніння.

«Таке враження, що мене переповнює гнів, але я нічого не можу зробити. Я немов заблокований. Я відчуваю як страх, тривога і гнів з'їдають мене з середини. Деколи я подавлюю в собі ці стани, а деколи мене «прориває» і все завершується непорозумінням, або конфліктом».

Олег дуже важко переживає подібні ситуації і потребує багато часу, щоб відновитись після них емоційно. Він постійно переживає, що вони повторяться.

«В таких ситуаціях, я відчуваю ненависть до підлеглих і до себе. Після цих ситуацій я довго перебуваю в пригніченому настрої, я погану сплю, в мене пропадає апетит».

На фоні цих проблем, Олег почав відчувати пригнічений стан і небажання нічого робити.

"Я втрачаю віру в себе, відчуваю себе в якомусь чорному коридорі з якого не можу вийти, в мене часто пропадає бажання робити будь що".

***е. Історія розвитку: дитинство, сімейний анамнез, школа, фізичне і психічне здоров'я в минулому і т.д.***

Дитинство Олег пригадує неохоче з огляду на проблеми між батьками. Хлопець розповів, що його мати є дуже сильною жінкою, яка завжди була головою сім'ї. Батько був слабшим, що дуже упокорювало його. З огляду на те, що він почав зловживати алкоголем ситуація в родині погіршилась. Олег пригадує ці ситуації як дуже неприємні і такі про які хотів би забути.

З усмішкою Олег пригадує дідуся, котрий був його справжнім другом. Вони бачились рідко, але коли дідусь приїздив до них в гості це було справжнє свято для хлопця.

Шкільні роки Олега були звичайними. Що правда, Олег згадує певні труднощі з ровесниками, які були лідерами в класі і деколи для демонстрації своєї вищості принижували інших учнів, в тому числі і Олега, обзиваючи його «грубасиком».

Хлопець пригадує, що з ранніх років в нього була висипка на лиці. Ця проблема дуже не подобалась матері і вона всіма можливими способами лікувала його. Неприємним для хлопця було те, що мама показувала свою огиду до цієї проблеми, зазначаючи, що ці прищі роблять Олега «уродом».

Після закінчення школи Олег поступає в інститут і після його завершення влаштовується на роботу, де проходив практику в часі навчання. Робота йому подобається. Керівник його поважає і цінує. Доказом цього стало його нещодавне підвищення по службовій драбині.

На проблеми з психічним здоров'ям Олег ніколи не жалівся.

***ф. Психічний статус***

Олег виглядає дуже пристойно. Одягнений у дорогий, модний, охайний і чистий одяг. Має нормальний зоровий контакт. Речення будує логічно, говорить виразно. Адекватно оцінює свій стан. Надмірне збудження і тривожність помічаються тоді, коли розповідає про конфлікти батьків і про актуальні проблеми з підлеглими. В цей час він активно жестикулює і часто вдаряє кулаком по столі.



Олег не зловживав спиртним і не був залежним від наркотиків і токсикоманії. Він також не перебував (на час терапії) у відносинах які характеризувалися б високим рівнем насилля. З'ясування цих факторів було важливим моментом з огляду на протипокази щодо застосування методу імагінативної рескрипції відносно останніх проблем.<sup>1</sup>

#### ***g. Дані діагностичних шкал та додаткових методів обстеження***

##### **Шкала IES**

###### **Показники щодо ПТСР:**

Субшкала уникнення – 3,5

Субшкала інтрузії – 2,9

Субшкала гіперзбудження – 2,2

##### **Шкала оцінки соціальної фобії SPIN**

Показник – 44 (рівень соціальної фобії – важкий)

##### **Шкала самооцінки Розенберга**

Показник - 6

##### **Шкала тривоги Бека**

Показник - 32 (високий рівень тривоги)

##### **Шкала IART**

Показники:

RHQ-9 (Депресія) - 8

GAD-7, (ГТР) - 14

IART (Фобії) - 16

##### **Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)**

Проблема суттєво впливає на наступні сфери життя Олега: робота, соціальне дозвілля, сім'я та стосунки.

#### ***h. Діагноз***

*ПТСР.*

*На базі ПТСР у Олега розвинулась соціальна фобія і депресія.*

*Наявні проблеми емоційної регуляції.*

*Знижена самооцінка.*

*Труднощі соціального характеру, зокерма проблеми з підлеглими.*

*Тілесні проблеми, котрі проявляються в онімінні всього тіла в часі конфліктів і насмішок зі сторони оточуючих; постійна напруга в тілі.*

---

<sup>1</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 227.

*Періодично з'являються проблеми з безсонням.*

Обстеження Олега включало «класичне обстеження у моделі КПТ», пов'язане зі встановленням діагнозу, проведенням диференційної діагностики, визначенням ступеня важкості, пошуком коморбідностей, та побудовою діагностичного формулювання. Для «бального» заміру були використані: Шкала тривоги Бека, Опитувальник PHQ-9, Опитувальник GAD-7, Опитувальник IART, Шкала оцінки соціальної фобії SPIN, Шкала самооцінки Розенберга, Шкала IES, Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS). В результаті діагностики у Олега було діагностовано ПТСР. У 6 років Олег став свідком травматичної ситуації. Його батько намагався вчинити суїцид. Ця травма стала причиною і поштовхом для розвитку ПТСР.

Ситуації конфліктів та непорозумінь уактивнювали в Олега симптоми ПТСР, оскільки саме в ситуації конфлікту батьків, двадцять років тому, і сталась травматична подія. Не розуміючи сильного збудження і оніміння які він відчував у своєму тілі, в тих ситуаціях, Олег трактував ці симптоми як прояв психічної хвороби. Своє бажання уникнути неприємних ситуацій і не вступати у жодні суперечки, з огляду на страх проявів симптомів, трактував як прояв свого боягузтва. Це суттєво впливало на самооцінку Олега.

З огляду на несприятливу сімейну ситуацію, в якій Олег бачив, як матір зневажає батька за те, що той є слабаком і невдахою, хлопець почав панічно боятися бути слабким чоловіком. Його драгували прояви слабкості, як в ньому самому, так і в інших людях. Намагання бути постійно на висоті, стало причиною розвитку в Олега схеми пошуку визнання. Це, з однієї сторони, стимулювало хлопця до постійних досягнень і розвитку, а з іншої ізолювало його від оточення, оскільки він почав уникати всіх ситуацій в яких міг видатися слабким. На базі цих проблем в Олега розвинулась соціальна фобія.

Критичним моментом в житті хлопця стало його підвищення по роботі. Він став менеджером і був вимушений виконувати керівну функцію, віддавати розпорядження, приймати рішення, вступати у конфронтацію зі своїми підвладними. Конфлікти і страх показати себе слабким уактивнювали в нього симптоми ПТСР. Вимушена конфронтація з соціальною фобією підвищила рівень тривожності. Нездатність справитись з викликами актуальної життєвої ситуації вплину на розвиток депресії. Соціальна фобія, за шкалою SPIN, була діагностована як важка. Деперсія, згідно шкал була легкого ступеня.

Серед інших супутніх проблем були виявлені: надзбудливість, проблеми емоційної регуляції, проблеми зі сном і апетитом.

За допомогою Шкали робочої та соціальної адаптації (W&SAS) були виявлені також проблеми соціального характеру. Так проблема Олега суттєво впливала на наступні сфери його життя: робота, соціальне дозвілля, сім'я та стосунки.

Була здійснена також оцінка суїцидального ризику. Ні думок, ні намірів, ні спроб суїциду в Олега не діагностовано.

Шкала IES дозволила виявити показники по шкалах ПТСР. Так субшкала уникнення становила - 3,5; субшкала інтрузії – 2,9; субшкала гіперзбудження – 2,2.

Серед виявлених у Олега симптомів ПТСР були:

- **Сильні емоційні реакції на нагадування про травматичну подію.** Олег починав плакати і жалівся на відчуття здушування у горлі.
- **Сильні фізичні реакції.** У Олега починалась тахікардія, трусились руки, до горла підходив комок, у вухах починало гудіти, коли він згадував про подію і як він сам говорив: «Я хочу кудись втекти від цього всього».
- **Уникання.** Олег був схильний уникати пригадувань про травматичну подію, аргументуючи це неприємними емоціями. Також Олег уникав будь якого можливого конфлікту, людей які схильні підвищувати голос і проявляти агресію.
- **Постійна напруга і готовність до небезпеки.** Олег жалівся на те, що не може розслабитись. «В мене таке враження, що щось погане може статися».
- **Дратівливість і спалахи гніву.** У певних ситуаціях Олег був надзбудливим і не міг опанувати свого роздратування і гніву.

## **II. Діагностичне формулювання**

На основі обстеження, спільно з Олегом, було побудоване формулювання випадку.

### ***Фактори схильності:***

Напружені взаємовідносини між батьками.

Олег був свідком частих конфліктів і фізичного насилля між батьками.

Критика мамою зовнішності Олега.

Приниження зі сторони ровесників у школі.

Травматична подія – батько намагався вчинити суїцид на очах хлопця.

Симптоми ПТСР, які Олег трактував як прояви психічної хвороби.

### ***Глибинне переконання:***

«Я слабак, я боягуз, я психічно хворий».

### ***Проміжне переконання***

«Я уникну ганьби, якщо показуватиму, що я сильний і уникатиму ситуацій в яких може проявитися моя слабкість».

### ***Критичний випадок***

Підвищення по службовій драбині і збільшення відповідальності.

Збільшення кількості конфліктних ситуацій і конфронтацій з підлеглими.

### ***Основні когніції:***

«Зі мною щось не так».

«Я хворий».

«Я безхребетний слабак».

«Я не зможу себе відстояти, я опозорюся і це буде жахливо, всі побачать що я «ніякий»».

***Емоції:*** страх, тривога, гнів, відчай.

***Фізіологічні прояви:*** комок в горлі, печія в грудях, тахікардія, сльози, тремтіння рук, відчуття оніміння тіла.

***Поведінка:*** уникання конфліктних ситуацій, демонстрація сили і впевненості.

### ***Підтримуючий процес***

Олег спрямовував свою діяльність на подолання безпосередніх психологічних реакцій на травматичну подію, що в свою чергу підтримувало існування ПТСР. Він намагався не думати про цю подію, уникати всіх ситуацій у котрих міг виникнути конфлікт, або в яких він міг показатися слабким, бо це дуже засмучувало його. Саме ця поведінка ставала на заваді усвідомленню сенсу того, що трапилося і опрацюванню травматичного досвіду.

### **Уникання**

Симптоми ПТСР – тривога – уникання тригерів і спогадів про травматичну ситуацію – зменшення тривоги (підкріплення поведінки уникання) – відсутність нагоди опрацювання ПТСР – підтримка ПТСР.

«Я слабак» – ситуація конфлікту – «Конфлікт це щось жахливе, я не зможу вирішити його конструктивно» – зріст тривоги – уникання конфронтування конфлікту – зменшення рівня тривоги (підкріплення стратегії уникання) - «Я слабак».

### **Вторинне коло симптомів**

Симптоми ПТСР – тривога, страх, оніміння в тілі, зміна режиму дихання – «Я хворий, зі мною щось не так» – підсилення фізичних симптомів і негативних переконань.

### **Тригери:**

Ситуації суперечок і конфліктів.

Критика.

Насмішки оточуючих.

Відчуття слабкості і неспроможності щось зробити (нпр. справитись з завданням...)

Спогади про травматичну подію суїцидальної спроби батька.

### **Модифікуючі фактори:**

Усвідомлення своєї правоти в конфлікті↓

Відчуття власної компетенції і сили↓

Думки про слабкість і нездатність опанувати ситуацію↑

**Ресурсні фактори:** підтримка психотерапевта і спогади про дідуся.

### III. План терапії

#### A. Список проблем:

1. ПТСР.
2. Соціальна фобія.
3. Депресія.
4. Тривожні розлади і проблеми емоційної регуляції.
5. Низька самооцінка.
6. Фізичні проблеми: ситуативне тілесне оніміння.
7. Проблеми з підлеглими.
8. Проблема з безсонням.

#### B. Цілі терапії

1. Опрацювати ПТСР.
2. Подолати соціальну фобію.
3. Подолати депресію.
4. Вирішити проблему тривожних розладів.
5. Підвищити самооцінку.
6. Подолати фізичні проблеми.
7. Вирішити проблеми з підлеглими.
8. Стабілізувати сон.

#### C. План терапії

*Цілі першого етапу терапії:*

Нормалізація і пояснення симптомів ПТСР

1. Природа травми
2. Динаміка розвитку ПТСР
3. Охоронна поведінка як стратегія підтримки ПТСР

*Цілі другого етапу терапії:*

Когнітивна реструктуризація

1. Соціалізація клієнта у модель КПТ
  - a. Пояснення моделей КПТ: соціальної фобії і депресії
  - b. Спільна побудова і розуміння формулювання випадку
  - c. Схематичний опис і розуміння підтримуючих процесів
2. Праця з когніціями

- a. Виявлення НАДів, ГП, ПП і підтримуючих циклів
  - b. Виявлення фільтрів когнітивного спотворення
  - c. Когнітивна реструктуризація
3. Поведінкові зміни
- a. Поведінкові експерименти
  - b. Відмова від захисної поведінки
  - c. Набуття нових соціальних навиків
  - d. Освоєння техніки розв'язання проблем

*Цілі третього етапу терапії:*

Опрацювання ПТСР

- 1. Обґрунтування терапії ПТСР
- 2. Праця над стабілізацією
- 3. Імагінативна рескрипція

*Цілі четвертого етапу терапії:*

Опрацювання втрат та поверненням до життя у нових його реаліях

- 1. Пропрацювання спричинених травмою втрат
- 2. Перегляд власної ідентичності
- 3. Формування нових орієнтирів
- 4. Розвиток нових навичок, прийняття важливих життєвих змін

## IV. Перебіг терапії

### Опис терапії по сесіях з використовуваними техніками та втручаннями

#### Сесії 1-2

##### *Діагностика*

#### Сесія 3-5

##### *Психоедукація щодо моделі ПТСР, нормалізація симптомів, побудова формулювання і терапевтичного альянсу*

В часі цих сесій відбувалась соціалізація у модель ПТСР, поясненої з точки зору КПТ терапії.

Певний час був відведений нормалізації симптомів ПТСР, на котрі скаржився клієнт, і розуміння їх походження. Олегові було роз'яснено, що ці симптоми є спільними симптомами однієї проблеми – ПТСР, а не цілої низки окремих проблем. Олегові була пояснена природа травми і динаміка розвитку ПТСР. Була проведена також загальна соціалізація у розуміння ТФ КПТ і побудоване формулювання. На базі набутих знань було проведено обґрунтування терапії.

Олегові було пояснено, що більшість людей протягом свого життя хоча б один раз переживають травматичну подію. "У віці до 18 років принаймні 30% осіб переживають хоча б одну травматичну подію. Серед травм яких зазнають діти більшість це домашнє, шкільне насильство".<sup>2</sup> У деяких людей це проходить майже безслідно, у інших залишає неприємний спогад, а у деяких розвивається ПТСР. Згідно статистики близько у 30 % осіб, котрі пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. У 7% осіб ПТСР триватиме протягом життя. З них в середньому у 30% осіб це захворювання матиме хронічний характер, з тривалістю симптомів до 10 і більше років.<sup>3</sup> Подальша праця була зосереджена на поясненню того, що таке ПТСР і на розгляді причин того як дана проблема розвинулась у Олега.

Олег був ознайомлений з тим, що травма це пережиття події, яке загрожує життю чи безпеці як власній так і інших людей. Ця подія перевищує здатність людини

---

<sup>2</sup> Романчук О., *Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії*/<http://neuronews.com.ua/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-j-suchasni-pidhodi-do-terapiyi>, № 1 (36).

<sup>3</sup> Романчук О., *Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії*/<http://neuronews.com.ua/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-j-suchasni-pidhodi-do-terapiyi>, № 1 (36).



справитись з нею, викликаючи почуття страху, гніву і болю котрі супроводжуються відчуттям безпорадності (безсилості). Саме відчуття безпорадності і безсилості, а не біль, призводить до травми. З огляду на це, не всі події будуть однаково, або взагалі травматичними для всіх. Це залежатиме від того, як дана подія буде опрацьована людиною яка її пережила і від середників які вона мала, щоб справитись з цим.<sup>4</sup>

Людина котра перенесла травму сприймає ситуацію неминучої небезпеки як постійно актуальну або як таку, котра щойно закінчилася. Така особа має спогади, думки і флешбеки<sup>5</sup> про травматичну подію, і живе так немов би ситуація була все ще дуже близькою, або проживалась саме в даний час.

У контексті психоедукації було наголошено на тому, що ця травматична ситуація мала місце у дитячому віці Олега. Будучи маленькою дитиною він прожив її як повністю неконтрольовану ним. Вагомим фактором було також те, що він не відчував жодної підтримки з боку інших осіб. Великим обтяженням було також надмірне відчуття відповідальності за сім'ю і за життя батька.

Олег також був поінформований про те, що лікування дає високі шанси на одужання або ж значне покращення стану. Було зазначено, що з великою ймовірністю пропрацювання травми потягне за собою зникнення симптомів ПТСР. Така інформація була дуже обнадійливою для Олега.

Подальша робота була сконцентрована на поясненні динаміки процесів пам'яті. Олегові було пояснено що динаміка розвитку ПТСР в основному є наслідком неадекватної емоційної обробки травматичної події і збереження інформації про неї.<sup>6</sup> Для кращого розуміння цих процесів були представлені види пам'яті.

Олег дізнався про те, що спогади про травматичні події є вмістом, так званої, імпліцитної пам'яті. Такі спогади часто є неоднорідними, уривчастими, хаотичними, що пов'язано з тим, що вони не були повністю опрацьовані мозком. Деякі частини події, часто ті які є надмірно неприємними і болючими, можуть взагалі бути відсутніми.

Дисоціація є результатом браку нормальної інтеграції досвіду у послідовні і об'єднані ментальні структури. Це означає, що травмованій людині є важко зібрати в одне ціле (об'єднати) факти, спогади та нарративний опис травматичної події. Це складні і

---

<sup>4</sup> Pileci A., *Trauma psicologico: che cosa accade nella mente di chi ha subito un trauma*: (<http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia/1210/Trauma-psicologico-che-cosa-accade-nella-mente-di-chi-ha-subito-un-trauma>) (20.11.13).

<sup>5</sup> Яскраві, нав'язливі і дратівливі спогади, котрі утруднюють актуальну діяльність і зосередження.

<sup>6</sup> Поп. Smucker M. R., & Dancu, C. V., *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999, 42-44.

комплексні зв'язки, випадки в яких наявні травматичні спогади, але відсутні диссоціативні симптоми і навпаки. Це формується під впливом різних механізмів і факторів, як причинно-наслідкових так і факторів вразливості, і не тільки як інтрапсихічний захист від душевного болю.

Цей біль пояснюють дві емоційні та мотиваційні системи, а саме: нейробіологічна система захисту (боротьба або втеча від джерела зовнішньої загрози),<sup>7</sup> і система прив'язаності (потреба в захисті, допомозі, турботі і комфорті).<sup>8</sup> Ці системи є результатом еволюції, а отже притаманні всім людям. Ці системи зазвичай мобілізуються під впливом травми.

Спогади про травматичну подію часто супроводжуються дискомфорними емоціями і фізичними відчуттями. Олегові було пояснено, що це все треба буде усвідомити і впорядкувати.

Олег також був ознайомлений з тим, що спогади про травматичну ситуацію є немов би «замороженими» в часі. Іншими словами думки про загрозу, або небезпеку в часі травми (у випадку Олега це були думки «тато щось з собою зробить і це буде жахливо») не змінюються після завершення травмуючої події, а продовжують бути актуальними. Також ці спогади легко активуються сьогоденними тригерами, які пригадують про щось що мало місце в самій події, яка могла мати місце багато років тому. Олег сам зробив висновок що саме ці механізми напевно і тримали його в постійному відчутті напруги і так легко вибивали з рівноваги, коли він чув чи бачив щось, що могло пригадувати про травму.

Після цього Олегові було пояснено феномен охоронної поведінки притаманної ПТСР, яка є стратегією охорони себе, від наслідків які людина досвідчила в момент травми. У випадку Олега це уникання конфліктів, агресивних людей, як також людей які проявляли до нього зверхність чи байдужість, для того, щоб справитись зі своїми страхами та тривогами. До охоронної поведінки ми, разом з Олегом, віднесли намагання останнього бути надмірно ввічливим з іншими, постійне його намагання передбачити всі конфліктні ситуації і попередити їх, як також постійні зусилля скеровані на те, щоб стати сильнішим (фізично, інтелектуально, емоційно...)

---

<sup>7</sup> Поп. Panksepp J., *Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press, 1998.

<sup>8</sup> Поп. Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol I. Bollati Boringhieri, Torino, 1968.

Уникання конфліктів, конфронтації і агресії було наслідком того, що саме в такій атмосфері мала місце травматична ситуація з дитинства, спогади про яку уактивнювалися даними тригерами.

Уникання слабкості, як ми разом з Олегом з'ясували, було наслідком пережитого досвіду нехтування і приниження мамою батька і в результаті бажання Олега за будь яку ціну бути сильним. У свідомості Олега було закарбоване переконання, що саме слабкість тата стала причиною усіх подальших проблем які сталися в їхній сім'ї. Уникаючи слабкості Олег намагався запобігти здійснення свого страху – бути відкинутим і не любленим як батько.

Дана охоронна поведінка Олега задіювалась не тільки відносно мами і ситуації в сім'ї, але поширилась на більшість аспектів його життя. Так кожна агресія, кожна сварка, кожна можливість проявити слабкість асоціювалась Олегові з жахом. Це стало причиною розвитку соціальної фобії і її охоронних поведінок. У контексті керованого відкриття, Олег зрозумів, що дані дії уникання були його спробою справитися з ситуацією, якої насправді вже немає. Він усвідомив, що повторення такої самої ситуації (травми) з іншими людьми є малоймовірним. Також Олегові було пояснено, що ця охоронна поведінка так сильно закоренилась з огляду на те, що після її застосування, саме їй хлопець надавав основну рятувну роль. За допомогою сократівських діалогів, Олег дійшов до висновку, що саме змінивши свою поведінку і отримавши новий досвід він зможе переконатися, що його страхи були марними і безпідставними.

В продовж цієї праці будувався також терапевтичний альянс. З Олегом були обговорені його побоювання і очікування, були дані відповіді на його запитання, як також були надані запевнення у підтримці з боку терапевта, наголошуючи при тому, що праця буде командною і базуватиметься на співробітництві. Цьому етапу було надане особливе значення, для того, щоб клієнт почував себе почутим, зрозумілим і оціненим, оскільки це має вирішальне значення для ефективних результатів терапії.<sup>9</sup>

З огляду на те, що Олег перебував у помірній депресії, йому була також пояснена модель депресії і в якості ДЗ він мав збільшити кількість позитивних, захоплюючих активностей. Олег зрозумів, що діяльність, яка йому подобається чи приносить задоволення покращать його настрій і зменшить кількість часу проведенного у деструктивних роздумах і поганому самопочутті. Це у свою чергу допоможе йому на шляху зцілення. Впродовж наступних сесій відбувався постійний замір шкали депресії.

---

<sup>9</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 227.

У контексті домашнього завдання Олег працював також над покращенням якості сну, з огляду на проблему безсоння котра турбувала його. Для цього він мав уникати сну в часі дня та уникати вживання кофеїну. В порядок денний він мав внести фізичні вправи. Необхідним було практикування в часі самого безсоння технік релаксації, з котрими Олег був ознайомлений.

## **Сесії 6-8**

### **Вирішення проблем міжособистісної взаємодії**

У зв'язку з тим, що ситуація з підлеглими в праці були для Олега тими які створювали йому найбільше труднощів, після нормалізації симптомів ПТСР, було прийняте рішення присвятити увагу саме ситуації в праці, для того, щоб навчити Олега конструктивно реагувати на ці події і в цей спосіб знизити загальний рівень тривоги і його депресію.

Серед основних труднощів, які Олег досвідчував в праці були наступні:

1. Підлеглі часто робили саркастичні зауваження щодо рішень Олега як їхнього керівника.
2. Були ситуації, коли вони відверто насміхалися з того, що він говорив.
3. Вони гостро реагували на його зауваження і вступали в дискусії, котрі завершувалися неприємними ситуаціями.
4. Олегові було важко відмовляти своїм підлеглим, як також робити їм зауваження.
5. Олег розгублювався, коли його критикували.

Для того, щоб вирішити дані проблеми разом з Олегом було опрацьоване формулювання випадку, котре включало розуміння даних проблем. Також Олег був соціалізований у модель КПТ соціальної фобії.

У контексті керованого відкриття, Олег зрозумів взаємозв'язок між подіями, їх інтерпретацією і своїми емоційними та фізичними реакціями, як також вчинками, котрі були їхніми наслідками.

Олегові було пояснено роль і принцип підтримуючих циклів у моделі КПТ на загал, а зокрема при соціальній фобії і деперсії. Розуміння цих речей внесло надію і емоційне полегшення. Свої труднощі Олег почав сприймати по іншому, вони стали для нього зрозумілими, а їх принцип логічним.

У ході зустрічі було пояснено суть командної співпраці терапевта і клієнта, що було позитивно прийнято Олегом. Він погодився активно співпрацювати, розуміючи співвідповідальність за успіх терапії.

## **Виявлення НАДів, глибинних переконань і підтримуючих циклів.**

Подальша праця була сконцентрована на виявленні і праці з негативними автоматичними думками і глибинними переконаннями. В часі психоедукації Олегові було пояснено, що саме НАДи і ГП відіграють центральну роль у підтримуванні поганого настрою, зокрема у його випадку: незадоволення, роздратування, страху і деперсії.

Олегові було пояснені також способи мислення, які підтримують соціальну тривогу. Було наголошено на тому, що певні типи ситуацій викликають вразливість чи відчуття підвищеного ризику, а відчуття ризику підвищує тривогу. Важливо є те, що саме сприйняття людиною певної ситуації як ризикованої і викликає відчуття ризику. Думки впливають на те, як людина почувається. В свою чергу почуття впливають на те, як людина думає. Взаємозв'язок того, як людина думає з тим, як вона почувається проявляється тоді, коли ситуація видається небезпечною чи загрозовою. У випадку Олега певні ситуації викликали болючі спогади і враження з дитинства, коли він почувався настрашеним. Олегові було пояснено, що ці спогади і враження часто проявляються у вигляді думок.

Олег почав реєстр думок які виникали у нього безпосередньо перед зміною настрою, або в ситуаціях коли він відчував дискомфорт і тривогу. В часі сесії як також у міжсесійний період Олег працював над виявленням НАДів.

### **Виявлені НАДи:**

«Я боягуз бо уникаю конфліктів»

«Мене ніхто не поважає»

«Я поганий менеджер бо не вмію керувати людьми»

«Я опозорюся якщо виглядатиму слабаком»

«Всі побачуть, що я почервонів і насміхатимуться з мене»

«Зі мною щось не так»

«Я хворий»

«Я безхребетний слабак»

«Я не зможу себе відстояти, я опозорюся і це буде жахливо, всі побачать що я «ніякий».

За посередництвом Сократівських діалогів і керованого відкриття разом з Олегом були знайдені глибинні переконання і дисфункційні припущення.

**Глибинні переконання:** «Я слабак, я боягуз, я психічно хворий».

**Дисфункційне припущення:** «Я уникну ганьби, якщо покажуватиму, що я сильний і унікальному ситуацій в яких може проявитися моя слабкість».

Олег на прикладі своєї ситуації зрозумів зв'язок між тригерами, глибинним і проміжним переконанням, думками, емоціями, фізичними реакціями і діями. Він зрозумів, що критика і насмішки підлеглих (або навіть його підозри про це) уактивнювали його глибинне переконання «Я слабак» і це в свою чергу провокувало ряд негативних думок на зразок «Мене ніхто не поважає», що провокувало зріст тривоги і відчуття комка в горлі. У відповідь Олег або відповідав неоправданою агресією, що вело до загострення конфлікту, або вдавав, що нічого не сталося, що в свою чергу підкріплювало його глибинне переконання «Я слабак».

### **Фільтри когнітивного спотворення**

У контексті праці в Олега були виявлені також фільтри когнітивного спотворення:

*1. Чорно-біле мислення.* Олег був схильний у своєму мисленні вдаватися у скрайності. Він був або героєм, або боягузом, успішним, або невдахою. Використання методу сократівських діалогів з Олегом було скероване на усвідомлення ним що між чорним і білим є багато відтінків. Так Олег почав звикати до сприйняття золотої середини. Замість вважати себе досконалим чи зовсім нецінним, він звикав до думки, що він є звичайною людиною зі своїми плюсами і мінусами.

*2. Емоційна аргументація.* Працюючи над цією ментальною помилкою, шляхом керованого відкриття, ми разом дійшли висновку, що факт відчуження чогось в певний спосіб не означає, що саме так воно і є. Олегові було також пояснено, що на його настрій також суттєво впливає його стан депресії. Олег почав освоювати нову поставу, а саме не довіряти емоційній аргументації, коли він є в подавленому настрої. Ми домовились, що він даватиме кредит довіри лише фактичним доказам.

*3. Гіперузагальнення.* Олег відкрив у собі схильність робити фундаментальні висновки на базі якоїсь однієї конкретної події. Так, маючи труднощі з двома підлеглими він зробив висновок, що всі підлегли його не поважають. Невдача у відстоюванні своїх прав в одній ситуації була вироком про те, що він взагалі є нездатним до таких дій. Праця велася над розумінням того, що одна невдача не означає повної поразки у всіх сферах.

Олег отримав завдання уважно слідкувати за використанням у своїй мові, а також у мисленні слів на зразок: «завжди», «ніколи», «всі», «ніхто» і т.д. Саме використання цих узагальнень часто було причиною некоректного мислення і його наслідків. Так Олег виявив наступні часто вживані ним вислови: «всі підлегли хочуть мене висміяти», «я ніколи не навчусь адекватно реагувати на критику», «я завжди дію як боягуз» і т.д.

Успіх цієї фази полягав у зрозумінні Олегом того, що в житті кожної людини є моменти успіху і невдач, прийняття і відкинення, відваги і страху, котрі не можуть бути трактовані односторонньо ні в негативному ні в позитивному значенні.

*4. Передбачення.* Олег був схильний також до передбачення. Він, наприклад, відмовлявся від спроб відстоювання своєї позиції з огляду на передбачення своєї неодмінної поразки в цьому. Він не пробував відмовляти, чи звертати увагу своїм підвладним з огляду на те, що уявляв цілковитий неуспіх даних спроб. Основна робота велася над усвідомленням Олегом факту, що він не може знати того, що трапиться не спробувавши і не перконавшись. Завдання яке він отримав на даній фазі терапії було перевіряти в реальному житті свої припущення.

*5. Читання думок.* Багато проблем Олега було пов'язано з його схильністю вважати, що у багатьох ситуаціях він знає, що думають інші не маючи достатніх доказів. Він був переконаний, що кожен сміх підвладних був з нього; що всі тільки і чекають, щоб його підловити на якійсь слабкості навіть тоді, коли вони нічого не говорили і не робили. Наслідком праці над цією помилкою був новий девіз Олега: «Я не можу точно знати, що хтось думає поки не запитаю і не отримаю відповіді! Якщо для мене буде важливо дізнатись думки іншої людини я просто спитаю в цієї людини про це».

У ході подальшої праці разом з Олегом було відкрито його підтримуючі цикли і зрозуміто принцип їх дії.

### **Підтримуючі цикли**

#### **Підтримуючий цикл 1. ПТСР**

Симптоми ПТСР – тривога – уникання тригерів і спогадів про травматичну ситуацію – зменшення тривоги – відсутність нагоди опрацювання ПТСР – підтримка ПТСР.

#### **Підтримуючий цикл 2. Вторинне коло симптомів**

Симптоми ПТСР - тривога і страх, зміна режиму дихання – «Я хворий, зі мною щось не так» – підсилення фізичних симптомів і негативних переконань.

#### **Підтримуючий цикл 3. Уникання**

«Я слабак і невдаха» – ситуація конфлікту – «Конфлікт це щось жахливе, я не зможу вирішити його конструктивно» – зріст тривоги - уникання ситуації – зменшення рівня тривоги (підкріплення стратегії уникання) - «Я слабак і невдаха».

За допомогою сократівських питань і керованого відкриття Разом з Олегом було досягнуто наступного розуміння:

1. Постійне витіснення Симптомів ПТСР вело лише до посилення проблеми і не давало можливості опрацювання травматичного досвіду. Розрив даного циклу полягає у пропрацюванні ПТСР у якому мала б відбутися конфронтація з болючим досвідом.

2. Невірна інтерпретація симптомів ПТСР вела до помилкових висновків і переконань, що в свою чергу вело до підвищення тривоги і прояву фізичних симптомів, котрі знову ж таки інтерпретувалися у помилковий спосіб. Олег зрозумів, що розірвання цього циклу полягає у наданні даним симптомам вірної інтерпретації.

3. Уникання ситуацій конфлікту і конфронтацій непорозумінь з підвладними (які Олег вважав чимось жахливим) не давало можливості спростувати його дисфункційні переконання, що він слабак і боягуз, котрий ніколи не навчиться конструктивно розв'язувати подібні ситуації. Оскільки уникання дискомфортних ситуацій в'язалося зі зниженням рівня тривоги, стратегія уникання постійно підкіплювалося. Сократівські діалоги допомогли Олегові дійти висновку, що розірвання цього циклу стане можливим у тому випадку, коли він почне конфронтувати конфліктів і отримає новий досвід, котрий зможе спростувати його катастрофічні припущення.

Підтримуючим циклом соціальної фобії у праці з Олегом було присвячено особливу увагу. Зокрема Олег зрозумів, що його бажання бути у безпеці, коли він відчуває тривогу чи страх є природними і зрозумілими. Тому він уникав ситуацій в яких міг показати себе як слабого чи боягуза. Проблема даного підтримуючого циклу уникання полягала в тому, що Олег вважав, що без цього (уникання) буде набагато гірше. "Всі побачать, що я боягуз і це буде жахливо". Олег зрозумів, що саме відчуття небезпеки уактивнює його бажання залишатися в безпеці, а намагання залишатися в безпеці в свою чергу підтримує його думки про те, що ситуація є ризикованою. Це уникання обмежує його повсякденну діяльність і підтримує переконання, що ці ситуації можуть бути небезпечними. Допоміжним для Олега було усвідомлення, що ситуації, які провокують його тривогу не є реально небезпечними, незважаючи на те, що він так вважав. Просто страх і тривога рефлекторно так пов'язані з цими ситуаціями, що Олег реагує так, ніби вони насправді є такими. В результаті чим частіше це відбувається, тим більш неприємними і стресогенними ці ситуації стають. Прогресивним для терапії було



усвідомлення Олегом того, що уникання, навіть якщо і полегшує стан тривоги, то це полегшення є тільки тимчасовим.

Працюючи над підтримуючими, соціальною фобією у Олега, циклами, було також відкрито схильність хлопця надмірно зосереджуватися в часі проблемної ситуації на собі. Для Олега було дивним дізнатися, що зосередженість на собі є центральним аспектом соціальної тривоги. Саме зосередженість Олега на собі в часі критики і свідомість того, що з ним в цей момент відбувається – тремтіння рук, червоніння, нескладність мови – впливає на підсилення симптомів і ускладнення щодо концентрації на предметі обговорення. В результаті чим гірше Олег почував себе, тим більше він зосереджувався на собі і почував себе в результат ще гірше. Почуваючи себе гірше, Олег сприймав ці ситуації як дуже ризиковані і тим більше хотів їх уникати.

Олегові було наголошено, що в реальних ситуаціях всі ці підтримуючі цикли об'єднуються і діють як одна комплексна "захисна" система, котра парадоксально не вирішує, а підтримує проблему соціальної фобії. Уникаючи труднощів і намагаючись захисити себе від їх "фатальних" наслідків Олег знижував свою впевненість у можливості справитися з ними і в результаті вони хвилювали його ще більше у майбутньому.

## **Сесії: 10-12**

### **Зміна НАДів і глибинних переконань**

На цьому етапі були використані наступні техніки:

*Якими є докази?* Олег випробовував свої припущення співставляючи їх з дійсністю. Також він збирав всі аргументи «за» і «проти» конкретного переконання. Праця полягала в тому, що Олег шукав докази на підтвердження своїх НАДів і ГП після чого шукав докази які заперечували істинність даних припущень.

*Переваги і недоліки вибору певного переконання.* Зваживши всі «за» і «проти» Олег розглядав дані переконання з позиції впливу на його життя у перспективі довготермінових, і короткотермінових наслідків. Розуміючи безглуздість або шкідливість якогось з переконань він шукав більш реальні і конструктивні переконання.

*Можливі альтернативи.* Усвідомивши в контексті терапії ймовірність того, що його негативні думки та переконання є всього навсього одним з можливих способів погляду на дійсність Олег почав шукати альтернативні пояснення тієї ж ситуації чи події.

### Результати когнітивної реструктуризації:

«Є ситуації яких я боюсь, що зовсім не робить мене абсолютим боягузом. В міру можливостей я долатиму мій страх».

«Є люди які мені не симпатизують. Я не можу претендувати на те, щоб подобатися всім. Є однак люди для яких я є бажаним і любленим».

«В роботі менеджера, я ще не освоїв всіх необхідних вмій і навичок, але це не означає, що я не зможу їх освоїти».

«Бути висміяним є неприємно, але я зможу це пережити».

«В мене є мінуси, але є також багато плюсів».

«В кожній людині є моменти слабкості, я також не є виключенням. В мене є також і сильні сторони».

«Дивні фізичні та емоційні стани які я переживаю є наслідком ПТСР, і не є проявом моєї ненормальності. Я працюватиму над їх подоланням і сподіваюся, що зможу їх пропрацювати».

«Звідки я знаю, що інші засуджують, або засудять мене?»

«Як я можу знати, що думають інші?»

«Часто я просто намагаюся вгадати, а це зовсім не пов'язано з фактами».

«Пrawdopodobно, люди не відкидають мене через моє хвилювання в часі незручних ситуацій, оскільки таке буває з кожним».

«Перед тим як віддатися якійсь думці, я запитуватиму себе: *Чи не роблю я поспішних висновків? Чи не перебільшую я? Чи не узагальнюю? Чи не фокусуюся я тільки на негативі не беручи до уваги все інше?*

В міжсесійному часі Олег вчився уактивнювати нові переконання в ситуаціях в яких дотепер переважали НАДи і старі ГП. Результат використання даних активностей дав помітні результати. Кожного разу, коли Олег тримався нових переконань, його емоційний стан був набагато стабільнішим і як він говорив сам: «Я відчував себе спокійнішим».

В якості домашнього завдання Олег також мав дізнатися у близьких людей і друзів про те, що вони думають про його характер і його риси менеджера.

Те про що Олег дізнався з розмови з близькими людьми було для нього справжньою несподіванкою. Він почув дуже гарні відгуки про себе і свої здібності. Йому говорили також про певні речі над якими йому слід ще попрацювати, але зауважували при тому, що цінують його таким яким він є. Особливо значущими були для нього відгуки певних колег з праці, котрим він довіряв і які були з ним щирі.

## Сесії: 13-15

### Поведінкові зміни

Після того як Олег дізнався про свої думки і виробив новий погляд щодо них, праця була сконцентрована на тому, щоб розірвати підтримуючі цикли і діяти у проблемних ситуаціях у відмінний спосіб від того як робив він. Олег вже знав, що думки, почуття і поведінка є взаємопов'язані. Тепер він усвідомив також те, що саме зміна поведінки буде суттєво впливати на корекцію дисфункційних припущень. У рамках даної праці Олег мав покинути захисну поведінку, як також поведінку уникання з ціллю здобуття нового досвіду протилежного до його побоювань і передбачень.

Ось припущення які були для Олега особливо важкими для опрацювання:

1. «Мене вважатимуть за слабака, якщо я не зможу довести свою думку у дискусії. Це буде жахливо і я не знаю як я це перенесу».
2. «Інші насміхатимуться з мене, якщо побачать як я червонію і як в мене тремтить голос».
3. «Якщо інші дізнаються про мої стани тілесного оніміння, вони вважатимуть мене хворим».
4. «Я ніколи не зможу відмовити своїм підвладним, оскільки якщо я це зроблю я наживу собі ворогів».

Цікавою для Олега виявилася думка, що він ніколи не дізнається, чи є вірним його побоювання, якщо не випробує його на практиці. Натомість якщо він ризикне і спробує, то дізнається, чи були вірними його передбачення і чи не турбувався він без причини.

Разом з Олегом були змодельовані ситуації в яких він зміг перевірити на практиці свої побоювання.

1. Олег мав вступити у дискусію зі своїми друзями і дозволити себе переконати. Після цього він мав залишатися у колі друзів нічого не пояснюючи і не виправдовуючись, перевіряючи у цей спосіб чи станеться це «жахливе» про що він переживав і що він не зможе пережити. Паралельно він працював з думкою: «Ніхто і ніколи не може бути правим завжди і всюди».
2. У ситуаціях, коли Олег червонів, він мав залишатися у цій ситуації не намагаючись приховати свого червоніння як також того, що його голос дещо тремтить. Завданням було перевірити чи справді всі це зауважать і сміятимуться з нього.
3. Олег мав розповісти комусь про свої проблеми (симптоми ПТСР) і подивитись яка буде реакція на це.

4. Олег мав відмовити декілька разів своїм підвладним і побачити чи насправді вони почнуть ставитись до нього вороже.

Усі ці ситуації ми спочатку пропрацювали у контексті терапевтичної сесії в уяві, в модельованих ситуаціях, а потім Олег пробував практикувати їх зі знайомими і друзями перш ніж перейти до ситуацій, які здавались такими страшними і невіддільними для нього.

Після того як Олег здійснив заплановане, він був приємно здивований, що його побоювання були безпідставними. В подальшому ми домовились, що Олег використовуватиме кожен можливу нагоду, щоб діяти всупереч старим схемам.

## **Сесії: 16-17**

### ***Набуття нових соціальних навиків***

Беручи до уваги той факт, що більшість проблем Олега були пов'язані з його взаємодією з підвладними, було вирішено навчити Олега нових навиків соціальної взаємодії, котрі будуть також реальними кроками у розриві підтримуючих циклів проблем Олега.

Велику увагу було присвячено опануванню Олегом асертивної поведінки. Для цього Олега було ознайомлено з основними постулатами асертивності. Як зазначив сам Олег: «Я розумію, що я постійно перебував між двома крайностями – пасивністю і агресивністю. Жодна з них не давала бажаних результатів. Ні для мене ні для оточуючих». Згодом разом з Олегом були змодельовані ситуації які склалися у нього в праці і Олег вчився реагувати асертивно у них. Серед освоєних стратегій були: «Я повідомлення», «Творення повних повідомлень», «Асертивна відмова», «Асертивна просьба», «Асертивне реагування на критику», «Виявлення стурбованості» і «Проасертивні твердження скеровані на зміцнення самооцінки».

Домашнє завдання дане Олегові полягало на тому, щоб практикувати нові навички спочатку в уяві, потім перед дзеркалом, а згодом поступово впроваджувати їх у реальне життя. Ці спроби і суб'єктивне враження про них Олег мав документувати у щоденнику. На наступних сесіях обговорювалися успіхи і доопрацьовувались моменти які виявились важкими для втілення. Олег доволі швидко опанував нові навички, застосування яких суттєво зменшили напругу між ним і підвладними.

## Сесії: 18-19

### Розв'язування проблем

Частина труднощів Олега була пов'язана з браком навиків вирішення проблем, тому наступна сесія була присвячена набуттю Олегом даного навичку. Для цього Олег був ознайомлений з покроковим алгоритмом, який передбачав наступні кроки:

1. Ідентифікація проблеми.
2. Придумання різних способів вирішення проблеми.
3. Вибір найкращого варіанту.
4. Планування кроків здійснення запланованих дій.
5. Здійснення першого кроку.
6. Перегляд результатів

Разом з Олегом був прописаний приклад розв'язку однієї з його проблем:

1. Ідентифікація проблеми:
  - a. *Хтось з підвладних відмовлявся виконувати завдання Олега*
2. Придумання різних способів вирішення проблеми:
  - a. *Асертивна розмова з підвладним.*
  - b. *Просьба про написання письмової аргументації відмови.*
  - c. *Використання інструкції посадових обов'язків в якій дане завдання є прописане як посадовий обов'язок.*
  - d. *Повідомлення вищого керівництва.*
3. Вибір найкращого варіанту. По кожному з генерованих рішень Олег зважував всі «за» і «проти» і вибирав ті, котрі вважав найконструктивнішими:
  - a. *Асертивна розмова з підвладним.*
  - b. *Використання інструкції посадових обов'язків в якій дане завдання є прописане як посадовий обов'язок.*
4. Кроки здійснення запланованих справ:
  - a. *Прописання можливих варіантів розмови.*
  - b. *Тренування асертивного повідомлення.*
  - c. *Асертивна розмова.*
  - d. *Використання інструкції посадових обов'язків (котра була вже приготовлена).*
  - e. *В разі відмови виконання, просьба про письмову аргументацію відмови.*
  - f. *Звернення до вищого керівництва.*
5. Здійснення першого кроку:

*a. Асертивна розмова з підвладним.*

6. Перегляд результатів:

*a. Аналіз результатів і подальше планування дій*

Олег отримав домашнє завдання:

*1.Прописати по даному алгоритму вирішення однієї проблеми.*

*2.Зробити перший з запланованих кроків.*

Наступна сесія була присвячена обговоренню домашнього завдання і тренуванню даного навичку.

Саме техніки асертивності і навик вирішення проблем стали ключовими у розірванні підтримуючих циклів уникання і набуттю Олегом нового досвіду, що в свою чергу мало великий терапевтичний ефект щодо ГП, НАДів, як також ПП, котрі у світлі досвіду, нового і конструктивного способу вирішення складних ситуацій, втратили свою актуальність.

Після вирішення проблем соціального характеру, котрі суттєво знизили рівень соціальної тривоги Олега, було вирішено розпочати працю над опрацюванням ПТСР

### **Опрацювання ПТСР**

**Сесії: 20-22**

#### **Обґрунтування терапії ПТСР. Праця над стабілізацією**

На початку сесії Олегові була пригадана модель ПТСР з якою він вже був ознайомлений на перших сесіях терапії в часі нормалізації симптомів ПТСР. Також було здійснено обґрунтування терапії.

Олегові було пригадано і, ще раз, детально пояснено динаміку розвитку ПТСР. Зокрема було наголошено на тому, що травматичні спогади зберігаються в мозку у відмінній від інших спогадів формі. Ці спогади є вмістом, так званої, імпліцитної пам'яті, котра позбавлена хронології і логіки експліцитної пам'яті. Про це свідчить збереження в ній спогадів у хаотичному і постійно активному стані, так немов би ці події відбуваються зараз. Саме це створює постійне відчуття тривоги через ілюзорну загрозу. Для того, щоб отримати більший контроль над цими спогадами важливим є впорядкувати їх у хронологічному порядку і переоцінити значення, яке було надане травматичній події і її

наслідкам.<sup>10</sup> Для того, щоб надати відповідний лад цим спогадам і, шляхом цього, зупинити небажане переживання травматичної події, Олегові було потрібно свідомо пережити цю травматичну подію.

Олег був поінформований, про те що особам, котрі були травмовані у дитячому віці рекомендується як терапія метод імагінативної рескрипції.<sup>11</sup> Ціллю використання даного методу є усунення травматичних спогадів (флеш беків); перекодування вмісту системи ситуативно доступної пам'яті у систему вербально-доступної пам'яті. Олег дізнався, що дана терапія активує спогади про випадок, а також забезпечує корекцію інформації щодо неправдивих атрибуцій чи очікувань, що заважає повній обробці події або спричиняє інші симптоми, такі як депресія, низька самооцінка, страх. Згідно досліджень комбінація експозиції і когнітивних методів може виявитися більш ефективним підходом, ніж будь-який вид терапії поодиноці.<sup>12</sup>

Терапевт проінформував Олега про те, що існують значні емпіричні докази ефективності використання методу імагінативної рескрипції, зокрема з дорослими, які пережили дитяче сексуальне насилля. Після застосування методу у них зменшуються симптоми ПТСР, як також модифікуються схеми базовані на травматичному досвіді.<sup>13</sup> Наукові дослідження також підтвердили ефективність методу імагінативної рескрипції у подоланні симптомів посттравматичного стресового розладу у жертв нещасних випадків і виробничих травм.<sup>14</sup>

Олег був ознайомлений з природою і етапами методу.

Зокрема було зазначено, що метод імагінативної рескрипції є багатогранним, підходом лікуванням, базованим на використанні уяви, призначеним для одночасного зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу і зміни, пов'язаних з травматичною подією, переконань та схем. Цей метод базується на моделі розширеної

---

<sup>10</sup> Поп. Kirchlechner B., *Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche*//Psicoterapeuti in formazione, (2) 2008, 11-20.

<sup>11</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 227.

<sup>12</sup> Поп. Resick A., Schnicke K., *Cognitive processing therapy for sexual assault victims*// Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(5), Oct 1992, 748-756.

<sup>13</sup> Поп. Dancu, C. V., Foa, E. B., & Smucker, M. R., *Treatment of chronic posttraumatic stress disorder in adult survivors of incest: Cognitive/behavioral interventions*. Документ, представлений на щорічному засіданні Асоціації вдосконалення поведінкової терапії, Атланта, Джорджія (1993, листопад).

<sup>14</sup> Поп. Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M., & Rusch, M. D. *When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD*//Cognitive and Behavioral Practice, 10 (2003), 333–346.

обробки інформації, яка концептуалізує повторювані травматичні спогади тих хто досвідчив травматичної ситуації як у межах рамки ПТСР так і в рамках основної схеми пацієнта.<sup>15</sup> Олег був ознайомлений з цілями опрацювання травматичного досвіду, на які скерований метод імагінативної рескрипції.

З Олегом були обговорені етапи методу імагінативної рескрипції:

1. **Імагінативна експозиція.** Дана фаза полягає в активації деструктивних спогадів-образів травматичної ситуації і пов'язаних з ними ефектів.
2. **Імагінативна рескрипція травматичної події.** На цьому етапі відбувається заміна травматичних образів образами коупінг стратегій.
3. **Уявне самозаспокоєння і турбота про себе.** Пацієнт візуалізує себе як дорослого, котрий сьогодні заспокоює, виявляє турботу і обнадіює травмовану дитину.
4. **Емоційно-лінгвістичне опрацювання.** У цій фазі, шляхом активної конфронтації/модифікації травмотворчих переконань та схем, відбувається трансформація стресогенних образів і пов'язаних з ними афектів у нарратив (розповідь).<sup>16</sup>

### **Оволодіння техніками емоційної регуляції.**

Наступні кроки були підготовчим етапом застосування методу Імагінативної рескрипції. Олег оволодів техніками емоційної регуляції при ПТСР.<sup>17</sup> Ці стратегії мали б допомогти йому тоді, коли якийсь з тригерів уактивнить неприємні відчуття пов'язані з травматичним досвідом. Хлопцеві було пояснено марність придушування таких відчуттів чи спогадів, що він і робив до цього, оскільки спроби витіснення можуть призвести до наростання "тиску" і збільшення проблеми.

Першою стратегією з якою він був ознайомлений, був дозвіл на те, щоб відбувалось те, що відбувається без відштовхування картинок, думок та почуттів. Для пояснення техніки була використана метафора в якій неприємні думки, спогади та відчуття

---

<sup>15</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 226.

<sup>16</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 227.

<sup>17</sup> Поп. Young J.E, Klosko J.S., Weishaar M.E., *Schema Therapy. A practitioner's guide*, The Guilford Press, New York-London, 2003, 113-118.



були порівняні з потягами в котрі не потрібно сідати, а просто спостерігати як вони проходять повз станцію.

Згодом Олег навчився «якорінню» стану тут-і-тепер. Він намагався усвідомлювати відмінності між часом, коли відбулася травма та часом «тут і тепер». Хлопець описував актуальну ситуацію в якій він знаходився на даний момент і зауважував як це відрізняється від того, що було тоді в часі травми. Фразою якорем, яка допомагала хлопцеві був вислів: "Я знаю, що травма вже не відбувається, тому що я знаходжуся на сеансі психотерапії".

Також Олег освоїв техніку відволікання, яку міг використовувати тоді коли активовані думки і відчуття ставали вкрай дискомфортними. Техніка полягала у спробі робити щось, що змогло б відволікти свідомість від неприємних відчуттів та думок. Олег постановив, що він робитиме у таких ситуаціях: *підраховувати предмети білого кольору; докладно описувати в умі все, що він міг побачити, почути, відчутти чи понюхати в даний момент; рахувати у зворотньому порядку від 100; планувати найближчі вихідні; наспівувати улюблені мелодії; концентруватися на якомусь одному предметі, зосереджуючи на ньому всю свою увагу.*

Наступно Олег освоїв техніку проектування образів на уявний екран у формі фільму і керування цим фільмом за допомогою пульта дистанційного управління.

Освоїв Олег також техніку «Сейф». Він створив в уяві міцний сталевий сейф у який навчився переносити неприємні спогади, образи і відчуття до часу коли зможе їх опрацювати.

Разом з вищеописаними, дуже ефективною виявилась техніка «Безпечного місця».<sup>18</sup> Таким для Олега був будинок у якому жив його дідусь на селі. Сам будинок був асоціацією безпеки, а також спогади про дідуся були дуже ресурсними для хлопця.

Завершальним у цьому блоці було освоєння техніки релаксації.

В подальшому Олегові було роз'яснено, що дані техніки є лише короткотерміною невідкладною допомогою у ситуаціях, коли дискомфортні образи, відчуття чи думки захоплюють всю увагу. Саме відволікання не вирішить проблеми, а лише відверне увагу від них і дасть тимчасове полегшення.

Усі ці техніки Олег відпрацьовував в якості домашнього завдання. На наступних сесіях обговорювались результати.

---

<sup>18</sup> Шапиро Ф., *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры*, Москва, "Класс", 1998, 167.

## **Накопичення ресурсу.**

В продовж даної сесії терапевт разом з клієнтом працювали над побудовою ресурсного стану останнього. Використовувались техніки: *безпечне місце; дивна істота; якоріння спогадів про успіх, прийняття і любов важливих, для Олега, людей, та задоволення собою.*

Кожна з цих технік відпрацьовувалась в часі сесії, а також у міжсесійному періоді в якості домашнього завдання. Ціллю освоєння даних стратегій було накопичення ресурсу для конфронтації з травматичними спогадами, як також освоєння навичку досягати внутрішньої стабільності і, при потребі, дисоціації після уактивнення тригерів травматичної події.

Оволодіння даними техніками і навичками емоційної регуляції дозволило перейти до наступної фази, а саме імагінативної експозиції щодо травматичних спогадів.

## **Сесії 23-26**

### **Фаза імагінативної експозиції<sup>19</sup>**

На початку сесії клієнта було проінформовано про можливі емоційні переживання і стан підвищеного збудження, які він може досвідчити в часі активації травматичних спогадів. Ця інформація дещо збентежила Олега і він виявив побоювання:

«Я боюсь, що можу не прожити цього правильно. Я переживаю, що це будуть вкрай неприємні відчуття і переживання, котрі можуть суттєво нашкодити моїй психіці».

Олегові було пояснено, що ці його переживання є зрозумілими, однак вони є тільки страхами, а не тим, що насправді станеться. Терапевт погодився з тим, що спогади засмутять Олега, однак заспокоїв хлопця, що жодної кривди його психіці не завдадуть. Було також чітко наголошено, що спогади котрі він проживатиме в часі сесії доволі сильно відрізнятимуться від їх переживання у реальному життєвому досвіді. Зокрема було зазначено, що травматична подія не відбувається насправді, як також те, що голос терапевта і його підтримуюча присутність забезпечуватимуть контакт з актуальною дійсністю в часі сесій. Олегові було пригадано про його навички дисоціації і ресурсні стани. З ним було обговорено також те, що будь-які питання, проблеми, або страхи він може відверто проговорювати з терапевтом у часі самої сесії; що він і терапевт це одна команда; і, що зусилля, будучи об'єднаними, дадуть кращий і швидший результат. Ця

---

<sup>19</sup> Поп. Baldini F., *Tecniche di intervento per la ristrutturazione cognitiva// Psicoterapia* (4) 1998: n.13

розмова, як також пригадування про те, що даний процес буде підконтрольний, заспокоїли Олега і він виявив свою готовність почати проживати ситуацію.

Дана праця почалась з уактивнення в Олега ресурсного стану. Для цього були використані напрацювання попередніх сесій. Зокрема використовувалися техніки: безпечного місця та активація ресурсних станів.

Після цього разом з Олегом було визначено змістовне наповнення спогадів травматичної ситуації. Йому було запропоновано "пережити" засмучуючі спогади, візуалізуючи і вербалізуючи вголос всі травматичні сцени даної події. Йому було пояснено, що даний процес потрібно робити від першої особи, в теперішньому часі, так ніби це відбувається з ним зараз, описуючи кожен деталь спогаду, включно з запахами, звуками, почуттями і фізичними відчуттями наявними в той час.

Після уактивнення спогадів в Олега почав тремтіти голос, він плакав і закривав лице руками... Декілька разів доводилось дисоційовувати клієнта і уактивнювати ресурсний стан повертаючи його в «тут і тепер». Терапевт сконцентрував свої зусилля на тому, щоб створити для Олега сприятливі, безпечні умови, в яких він зміг візуалізувати і вербалізувати травматичні образи, перебуваючи у контакт з дійсністю і одночасно опрацьовуючи больовий ефект. Впродовж процесу терапевт стимулював і заохочував клієнта відкривати більш детальніше інформацію щодо травматичної сцени.

В часі «пережиття» травматичних спогадів, періодично (кожних 10 хвилин) терапевт просив Олега про суб'єктивну оцінку рівня стресу (SUDS - Subjective Units of Distress Scale) який той проживав. Дані заміри рівня стресу робилися, протягом усієї сесії як засіб встановлення афективного стану пацієнта і міру емоційної заангажованості. Ці заміри були доволі важливими для ефективності процесу з огляду на те, що низький рівень SUDS міг би свідчити про афективне уникнення, яке, могло б значно зменшити терапевтичний ефект терапії.<sup>20</sup> На початкових етапах «пережиття» рівень SUDS був 10/10. Згодом він дещо знизився і до кінця сеансу утримувався на позначці 8/10.

Після завершення цієї фази, з ціллю пошуку можливих значень які клієнт надав особливо дискомфортним частинам травми, терапевт провів з Олегом наступну розмову:

*Терапевт:* «Яка частина спогадів є найбільш неприємна для вас?»

*Клієнт:* «Найгіршим був момент, коли батько почав залазити на підвіконник вигукуючи, що зараз скочить в низ».

*T:* «Які емоції ви почували? Наскільки сильними вони були по шкалі від 0 до 100?»

---

<sup>20</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 227.

К: Великий страх і тривогу: 100/100

Т: «Яке значення мала для вас ця подія на той момент? Зараз?»

К: «Я розумів, що стається щось жахливе, мені здавалось що ми всі помremo. Я відчував, що маю щось зробити, що маю врятувати батька, що я винний, що я нічого не роблю. Зараз я ніби розумію, що я тоді був безсилим, але все рівно відчуваю якесь почуття провини. А також я відчуваю гнів, що батьки не звертали уваги на мою просьбу зупинитися».

Т: «Наскільки живими були ваші спогади?»

К: «Деякі місця я пригадав дуже чітко і в деталях, так немов проживаю їх ще раз, інші були немов затемнені, або пропущені. Саму сцену з батьком пригадую дуже яскраво».

Т: «Які відчуття були у вашому тілі на момент проживання спогадів?»

К: «Спочатку я відчував сильну тахікардію, в горлі стояв комок, і в роті було якоесь дуже сухо. Після цього я відчув легке оніміння по всьому тілу».

Терапевт надав клієнтові емоційну підтримку, переорієнтував на тут-і-тепер. Згодом Олегові були пояснені його фізичні відчуття, які були частиною травми і які називаються "тілесною пам'яттю". Олегові було також зазначено, що ця пам'ять може стати менш яскравою, або ж повністю зникне коли його спогади про травму будуть опрацьовані повніше.

### Дисфункційні інтерпретації травматичної події.

Освоєння, на перших етапах терапії, Олегом, моделі КПТ було дуже помічним на даному етапі, оскільки він розумів зв'язок між подіями їх інтерпретацією і емоційними та фізичними реакціями. Олегові також було пригадано про те, що інтерпретації того, що трапилося, стає важливим чинником розвитку ПТСР. З огляду на це ми сконцентрували нашу працю на віднайденні інтерпретацій які надав Олег даній травматичній події, а зокрема найгіршим її моментам. Для цього Олег пригадував які моменти були найгірші; які емоції і в якій інтенсивності він тоді переживав; якої інтерпретації він їм надав і наскільки вірив у це.

Найгірший момент	Емоції Глибина (0-100%)	Інтерпретація (0-100%)
Мама свариться з татом. Я прошу їх не сваритись. Я плачу і говорю, що мені страшно. Вони не звертають на мене уваги.	Тривога-страх (70) Злість (80) Образа (80)	«Зараз знову буде бійка. Це ніколи не закінчиться» (100) «Наша сім'я розвалюється» (80) «Я не важливий для батьків» (95)

Тато розбиває вікно і з погрозами про самогубство вилазить на підвіконник.	Страх і жах (100) Безнадія і відчай (100)	«Зараз станеться щось жахливе. Це кінець!» (100) «Я маю щось зробити, я маю його врятувати» (100) «Якщо щось станеться я буду винуватий, що нічого не зробив» (100)
Мама, вуйко і тато поранились до розбитого скла. Їх руки і обличчя в крові.	Страх (100)	«Вони помруть! Що буде зі мною?» (95)
Мама сказала, щоб я забув про те, що сталося і нікому не розповідав.	Страх (90) Постійне відчуття напруги (80)	«Якщо це сталося один раз, то це обов'язково повториться» (100) «Треба постійно бути напготові» (100) «Світ в якому я живу є дуже небезпечний» (90) «Людей не можна дратувати» (100)

### **Переосмислення проблемних інтерпретацій.**

Наступним кроком було опрацювання дисфункційних інтерпретацій.

Працюючи над інтерпретаціями Олега, було з'ясовано схильність хлопця до *гіперузагальнення небезпеки*. Так після прожиття травматичної події, він зробив висновок, що якщо таке трапилось раз, то може трапитися знову. Разом з Олегом ми з'ясували, що саме пережита подія вплинула на те, що він почав постійно очікувати на небезпеку з огляду на те, що світ в якому він живе, згідно його висновку, є небезпечним і ненадійним місцем. В рамках сократівських діалогів Олег дійшов висновку, що з часом цей страх генералізувався і тому він очікував на якусь не окреслену небезпеку, що тримало його в постійній напрузі.

У контексті керованого відкриття, разом з Олегом було з'ясовано, що цей факт, що подія сталася як наслідок конфлікту, вплинуло на виникнення в нього переконання, що людей не можна дратувати. Після цього Олег почав дуже ретельно уникати непорозумінь і можливих конфліктних ситуацій. Він став надто люб'язним і поступливим. Боявся конфронтації, ніколи не звертав іншим людям уваги і не критикував їх навіть тоді, коли ситуація цього вимагала.

Беручи до уваги те, що саме слабкість батька була основним мотивом конфліктів між батьками, Олег почав уникати всіх ситуацій слабкості і намагався бути сильною людиною.

Наступними, виявленими в Олега, ментальними помилками були: *«судження заднім числом»*, *«надлюдські стандарти»*. Він, після події з батьком, відчував вину, бо дорікав собі, що мав якось цьому завадити, наприклад впросити батька не пити цього дня, переконати маму не сварити батька, зателефонувати дідові чи покликати сусідів... Разом з хлопцем за посередництвом Сократівських діалогів ми дійшли висновку, що в той час він був просто дитиною і зробив лише те, що міг зробити. Особливо помічним для хлопця було питання про те, - що він сказав би своєму товаришу якщо б той розповів йому про подібну ситуацію яка сталася в його дитинстві? Олег відповів, що в жодному разі не дорікав би йому, а лише заспокоїв і пояснив, що мала дитина не може зробити того, що навіть дорослим не під силу.

Наступним кроком був розгляд всіх «за» і «проти» переконань та інтерпретацій які виникли внаслідок травми. Терапевт впродовж даного етапу допомагав питаннями, на зразок: які можуть бути інші пояснення даної ситуації? Наскільки багато знань, сили і досвіду було в цієї дитини, щоб вплинути на ситуацію? Що насправді було ключовим фактором у тому, що подія відбулась саме так як відбулась? Хто ще міг би бути відповідальним за те, що сталося? Як саме те, що ви були просто малою дитиною, могло вплинути на ваш емоційний стан, думки, висновки?

Взявши до уваги всі докази «за» і «проти», Олег сформував альтернативні погляди і переконання:

«Батьки не реагували на мої просьби припинити конфлікт через те, що були у стані афекту, тому їх вчинки не можна інтерпретувати як доказ того, що я для них порожнє місце. Вони люблять мене і цьому є безліч доказів».

«Я був надто малим, щоб зробити щось суттєве для запобігання того, що сталося. Зрештою завданням дитини не є дбати про батьків, все має бути навпаки».

«Я не винний у тому, що сталося. Мала дитина не може відповідати чи чутися винною за вчинки дорослих батьків».

«Звичайно, що в житті стаються різні трагедії, однак не доцільно є формувати своє життя навколо страху, що щось має трапитися».

«Я асертивно відстоюватиму свої права і конфронтуватиму з іншими, оскільки розумію, що кожна людина несе відповідальність за свої емоції і вчинки».

«Я вже є достатньо дорослий, щоб захистити себе від агресії».

## Імагінативна рескрипція травматичної події.

Ціллю фази рескрипції була заміна травматичних образів, образами коупінг стратегії.<sup>21</sup> Завдання дорослого, у цій фазі, є рескрипція травматичного образу, через візуальне протистояння кривднику/ам, рятуючи дитину з травматичної ситуації і забезпечуючи їй захист, використовуючи для цього всі необхідні засоби.<sup>22</sup>

На початковому етапі ця фаза нагадувала уявну експозицію. Олегові було запропоновано ще раз активувати спогади про травму. Коли травматичні образи, досягли свого апогею (про це свідчив пік рівня SUDS - 9), терапевт поросив клієнта уявити себе дорослого сьогодні, котрий входить у травматичну ситуацію. Починаючи з цього моменту дорослий Олег почав розглядатися у другій особі і до нього терапевт звертався через «ви», натомість дитина почала розглядатися в третій особі, як "вона". Клієнтові було доволі важко проходити цю фазу. Для полегшення цього "перевтілення", терапевт ставив йому питання на зразок: "Чи можете ви зараз візуалізувати себе як дорослого сьогодні, що входить у травматичну ситуацію?", "Чи можете ви побачити це?", "Чи батьки бачать вас?", "Як батько реагує на вашу присутність?", "Як реагує на вашу присутність мати?", "Що ви, як дорослий, хотіли б зробити в цей момент?", "Чи бачите як ви це робите?", "Як реагують батьки?"

Згодом Олег асоціювався у роль дорослого котрий знаходився в самій події. Він описував реакції батьків і дитини, детально описуючи їхні дії і слова. Олег захотів захистити дитину і почав вести діалог з батьками. На цьому етапі, однак, виникла певна трудність. Олег уявивши себе у цій сцені констатував, що не може вплинути на ситуацію, тому що батьки немов би не реагували на нього і далі продовжували сварку, а тато знову намагався вчинити самогубство. У цьому місці терапевт запитав клієнта хто з інших дорослих, яких він знає, міг би допомогти йому виконати це завдання.<sup>23</sup> Після коротких роздумів Олег сказав, що хотів би, щоб його дідо увійшов у ситуацію і допоміг йому. Саме так було зроблено. Терапевт намагався бути максимально близьким до клієнта, пам'ятаючи однак про необхідність залишатися недирективним і обережним, щоб не вказувати клієнту, що робити з огляду те, що самостійний вибір клієнтом стратегії

---

<sup>21</sup> Поп. Kirchlechner B., *Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche*//Psicoterapeuti in formazione, (2) 2008, 21.

<sup>22</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 228.

<sup>23</sup> Поп. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., *Schema Therapy. A practitioner's guide*, The Guilford Press, New York-London, 2003.

подолання труднощів у рескрипції є дуже важливим.<sup>24</sup> Олег зміг уявити як дідो входить у кімнату і разом з ним дорослим вступає у дискусію з батьками котрі сваряться. Олег уявив, як дідо суворим голосом докоряє батькам за їхнє безвідповідальне ставлення до свого сина і до своїх батьківських обов'язків. Дідо картав батька за те, що замість конструктивного рішення він задумується над легким і боягузливим вирішенням ситуації. Олег сказав, що бачить як батьки засоромлені опустили голови і перепросили дитину за свої вчинки і за брак відповідальності. Також Олег в уяві допомагав дідусеві, додаючи свої коментарі та зауваження. Цього разу батьки уважно слухали його дорослого і обіцяли виправити свою поведінку. На певному етапі дитина попросила, щоб Олег (дорослий) з дідусем перестали картати батьків, а помирили їх і навчили як жити далі у мирі. Також дитина просила, щоб від тепер дідусь і дорослий Олег жили разом з ними в квартирі.

## **Фаза турботи**

### **Уявне самозаспокоєння і турбота про себе.**

У фазі імагінативної рескрипції, Олег-дитина отримав підтримку зі сторони дорослого Олега і свого дідуса, і як дитина відчув себе захищеним від травматичних переживань.

На цьому етапі терапії, терапевт запропонував Олегові уявити собі образи в яких він дорослий турбується дитиною. У цих образах Олег-дорослий взаємодівав безпосередньо з травмованою дитиною. Терапевт полегшував йому це завдання за допомогою питань: "Що б ви Олеже, як дорослий, хотіли зробити або сказати маленькому Олегові?", "Чи бачите ви себе роблячим чи говорячим це?", "Як реагує дитина?", "Що потребує маленький Олег у цей момент?"

Олег підтримуючи і заспокоюючи дитину, запевняв її, що залишиться поруч, що такого більше не повториться і що вона у повній безпеці. Цьому етапові була приділена особлива увага, оскільки сприятливі терапевтичні відносини дорослий-дитина є особливо цілющими для подолання негативних схем пацієнта, під впливом яких у останнього можуть виникати сильні негативні емоції відносно дитини.<sup>25</sup>

Після того як Олег забезпечив дитину достатньою опікою і впевненістю у безпеці, він повідомив, що готовий закінчити уявлення. Згідно протоколу, терапевт запитав Олега: "Чи є ще щось, що ви, як дорослий, хотіли б зробити чи сказати дитині до того як

---

<sup>24</sup> Пор. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 122-123.

<sup>25</sup> Пор. Smucker M. R., & Dancu, C. V., *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999, 161-218.



завершити уявлення?" Олег захотів ще сказати дитині пару слів про те, що вона не винувата у тому, що відбувалось між батьками, як також те, що вона ніяк не могла змінити цієї ситуації, що зрештою не є завданням маленької дитини. Також те, що батьки котрі не звертали уваги на дитину яка благала їх зупинитися, зовсім не означає, що дитина є безвартісною. Ця подія радше свідчить про незрілість батків та про сильну емоційну заангажованість батьків у конфлікт і перебування у стані афекту. Дитина зі слів Олега дуже чутливо відреагувала на ці слова. По щоках Олега потекли сльози і він усміхнувся. Після завершення уявлення Олег відкрив очі.

Після цього Олегу був даний час для звикання до результатів даної фази.

### **Фаза емоційно-лінгвістичного опрацювання.**

У цій фазі, шляхом активної конфронтації/модифікації травмотворчих переконань та схем, відбувалася трансформація стресогенних образів і пов'язаного з ними афекту у нарратив.

З Олегом була обговорена і опрацьована реакція на рескрипцію. Терапевт запитував відносно насиченості образів, а також емоції<sup>26</sup> які Олег відчував до батьків (це був: страх, провина, безсилля і гнів, котрі змінилися у жаль і співпереживання) і до дитини (співпереживання, прийняття, турбота, любов). Також Олегові були поставлені запитання: "Як це було для вас? ", "Як ви себе зараз почуваете?", "Якою є ваша реакція на сьогоднішню сесію рескрипції?". Олег сказав, що пережив дуже яскраву гаму емоцій пережиттів від гніву і обурення до співпереживання і відчуття любові. Розповів, що його тіло напружувалось, нагрівалось, вкривалось потом а потім по волі розслаблялось. Повідомив що відчуває себе досить дивно, оскільки відчуває суттєві зміни в самопочутті, як також у відношенні до травматичної події і всіх тих хто був у ній задіяний.

Наступним у цій фазі був етап, який полягав в оцінці здібностей клієнта до самозаспокоєння і турботи про себе. Разом з Олегом були розглянуті старі схеми емоційної регуляції і обмірковані нові. Спільно були обговорені різниці між тими стратегіями емоційної регуляції, котрі є неконструктивними (наприклад уникання, надмірна поступливість і делікатність у взаємодії з неасертивними людьми) і адаптивними стратегіями, котрі є конструктивними (наприклад техніки релаксації, асертивна поведінка,

---

<sup>26</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 228.

обговорення ситуації з близькими людьми, ведення щоденника, фізична праця, турбота про себе, тощо).<sup>27</sup>

### **Контракт безпеки.**

На даному етапі терапії, з Олегом був укладений контракт безпеки, згідно якого він зобов'язувався не чинити відносно себе жодних агресивних, самоушкоджуючих або суїцидальних дій в часі терапії. Він зобов'язувався зателефонувати терапевту в разі якщо б у нього, у між сесійний період, були сильні нахили до вчинення агресії відносно себе. Згідно протоколу, застосування імагінативної терапії, такий контракт укладається незалежно від того, були чи ні (як у випадку Олега) будь-які попередні історії самопошкодження або суїцидальної поведінки пацієнта.<sup>28</sup>

### **Домашнє завдання.**

Після сесії Олегові був даний аудіозапис всієї сесії імагінативної рескрипції для щоденного прослуховування. Олег мав записувати початковий SUDS, піковий SUDS і кінцевий SUDS відразу після прослуховування фази імагінативної рескрипції.<sup>29</sup>

У рамках домашньої роботи, Олег також мав вести щоденник у якому записувати особисті, суб'єктивні реакції на аудіозапис. У щоденнику мали записувати усі можливі мимовільні флеш-беки, нічні кошмари, інтрузії пов'язані з травматичною подією, котрі виникали б у міжсесійний період. У щоденнику Олег також документував зусилля щодо емоційної регуляції і турботи про себе в період між сесіями.

### **Сесії 27-28**

На наступних сесіях разом з Олегом обговорювалися його реакції на аудіо запис. Загалом вони були поміркованими і позитивними. Олег говорив, що почував себе добре, лише деколи йому ставало не по собі, якимось прикро і образливо, що така подія мала місце в його житті. Ці питання обговорювалися з Олегом і як він сам зазначав - це було суттєвою допомогою у їх проживанні.

---

<sup>27</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 228.

<sup>28</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 228.

<sup>29</sup> Поп. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, Springer Science Business Media, New York, 2005, 228.

У міжсесійному періоді у Олега мав місце також нічний кошмар пов'язаний з травматичною подією. Олег розповів, що у сні він знову опинився у кімнаті з батьками, котрі сварилися і він не міг знайти дідуся, котрий мав допомогти йому.

З огляду на цей випадок з Олегом була проведена наступна робота. Він отримав завдання розмістити біля свого ліжка, чогось, що могло б пригадувати йому після прокинення, в разі повторення кошмарного сну, що травматична подія більше не відбувається. Олег вирішив розмістити на видному місці надпис: «Будь спокійний ти в безпеці». Також Олег мав перевірити свою спальню на наявність будь-яких речей, котрі могли пригадувати про травматичну подію.

### **Сесії 29-31**

Протягом трьох наступних сесій разом к Олегом повторювалися: імагінативна рескрипція і фаза турботи. Також обговорювалися записи зроблені в щоденнику щодо нав'язливих спогадів. Нічні кошмари більше не повторювалися.

Також протягом цих сесій обговорювалися результати використання заходів щодо емоційної регуляції і турботи про себе в період між сесіями. Після цих сесій нав'язливі образи травматичної події більше не активувалися. Олег демонстрував здатність турботи про себе і навиків асертивної взаємодії з оточуючими.

### ***Б. Результат терапії.***

*За 8 місяців терапії досягнуто 88,6 % редукції симптомів ПТСР (за шкалою IES).*

Актуально по шкалах опитувальників маємо наступні покращення:

#### **Шкала IES**

##### **Показники щодо ПТСР:**

Субшкала уникнення – з 3,5 на 0,5 (85,8%)

Субшкала Інтрузії – з 2,9 на 0,25 (91,4%)

Субшкала гіперзбудження – 2,2 на 0,25 (88,7%)

#### **Шкала самооцінки Розенберга**

Показник – з 6 на 9 (50%)

#### **Шкала тривоги Бека**

Показник – з 32 (високий рівень тривоги) на 12 (середній рівень тривони) (62,5%)

#### **Шкала оцінки соціальної фобії SPIN**

Показник – з 44 (рівень соціальної фобії – важкий) на 22 (легкий) (50%)

#### **Шкала IAPT**

**Показники:**

PHQ-9 (Депресія) – з 8 на 3 (62,5%)

GAD-7, (ГТР) – з 14 на 4 (71,5%)

IART (Фобії) – з 16 на 6 (62,5%)

На даний час терапія триває. В планах моніторинг і обговорення того, як зроблена праця впливає на актуальне життя Олега. Також планується зміна життєвих стереотипів і патернів, котрі стали наслідком травми і які Олег застосовував впродовж майже двадцяти років. Олег мав би розпізнати, що ще зі своєї актуальної поведінки він хотів би залишити без змін, а що хотів би радикально змінити, розуміючи, що це є наслідком травми і обмежує його повноцінне життя. Розуміючи, що дані зміни не відбудуться в короткий час планується почергово пропрацювати наступні сфери: коло сім'ї, соціальні контакти, дозвілля.

Разом з Олегом планується також праця над подальшим підвищенням самооцінки. В планах також праця над можливими сценаріями рецидиву патернів охороної поведінки і ментальних спотворень. У цій перспективі будуть переглянуті стратегії запобігання, як також техніки емоційної регуляції які можуть стати корисними у цьому випадку.

---

## **V. Рефлексії та коментарі терапевта до даного випадку**

Випадок Олега був доволі специфічним. Хлопець звернувся на терапію зі скаргами на емоційну негнучкість, нездатність опановувати сильні емоції та надмірну тривогу. Першою гіпотезою щодо діагнозу був ГТР. Також були підозри соціальної фобії з огляду на стратегію уникання багатьох ситуацій соціального характеру. В часі обстеження виявились ще й інші проблеми. Серед них: тривожні розлади, депресія, проблеми емоційної регуляції, занижена самооцінка, труднощі у взаємовідносинах з підлеглими, тілесні проблеми, зокрема оніміння всього тіла в певних ситуаціях. Уся гама проблем, а особливо над-збудливість, дратівливість, поведінка уникання і тілесні симптоми наптовхнули мене на припущення, що це були наслідки пережитої травматичної події. Використовуючи одну з технік Схема-терапії вже на перших сесіях Олегові вдалося пригадати травматичний досвід ситуації яку він прожив ще в шестилітньому віці. Мова йшла про те, що він став свідком суїцидальної спроби свого батька. Використана шкала IES підтвердила діагноз ПТСР з відповідними рівнями шкал: уникнення – 3,5; інтрузії – 2,9; гіперзбудження – 2,2. Саме діагноз ПТСР давав можливість логічного пояснення і наявності депресії, соціальної фобії та тривожних розладів. Цей стан Олега суттєво

впливав також на його соціальну адаптацію, зокрема на сфери: роботи, дозвілля, сім'ї та стосунків.

Саме у контексті розуміння першопричини Олегової проблеми, стали зрозумілі проблеми з якими Олег звернувся на терапію. Ситуації конфліктів та непорозумінь на роботі уактивнювали в Олега симптоми ПТСР, оскільки саме в ситуації конфлікту батьків, двадцять років тому, і сталась травматична подія. Не розуміючи сильного збудження і оніміння які він відчував у своєму тілі, в тих ситуаціях, Олег трактував це як прояв якоїсь психічної хвороби. Своє бажання уникнути неприємних ситуацій і не вступати у жодні суперечки, з огляду на страх проявів симптомів, хлопець трактував як прояв свого боягузтва. Ці проблеми, в свою чергу, суттєво впливали на самооцінку Олега.

З огляду на несприятливу сімейну ситуацію, в якій Олег бачив, як матір зневажає батька за те, що той є "слабаком і невдахою", хлопець почав панічно боятися бути слабким чоловіком. Його дратували прояви слабкості як в ньому самому так і в інших людях. Намагання бути постійно на висоті, стало причиною розвитку в Олега схеми пошуку визнання. Це, з однієї сторони, стимулювало хлопця до постійних досягнень і розвитку, що останній вважав проявом сили а з іншої ставало причиною низки проблем соціального характеру. Зокрема, Олег почав ізольовуватися від оточення, оскільки уникав всіх ситуацій в яких міг видатися слабким. Критичним моментом в житті хлопця стало його підвищення по роботі. Він став менеджером і був вимушений виконувати керівну функцію, віддавати розпорядження, приймати рішення, вступати у конфронтацію зі своїми підвладними. Конфлікти, конфронтація з підлеглими і страх показати себе слабким уактивнювали в нього симптоми ПТСР.

Після діагностики і побудови формулювання переді мною повстало питання з чого починати терапію. З однієї сторони наявність симптомів ПТСР наштовхувало мене на логічний висновок починати з ТФ КПП. Однак беручи до уваги факт, що саме труднощі соціального характеру – взаємовідносини з підлеглими, були основною скаргою і проблемою яка турбувала Олега на даний момент, було прийняте рішення почати саме з вирішення даних проблем. Цей вибір був також продиктований необхідністю стабілізувати емоційний стан Олега.

Перше покращення самопочуття Олега можна було відмітити на стадії психоедукаційної роботи і нормалізації симптоми ПТСР. Зрозумівши природу ПТСР і динаміку його розвитку, Олег престав трактувати свою психосоматичну симптоматику як прояв психічної хвороби і ненормальності. Дуже обнадійливою для Олега була інформація про те, що існують емпіричні дослідження ефективності терапії при ПТСР, а

також про те, що пропрацювання травми з великою ймовірністю потягне за собою зникнення симптомів ПТСР.

Після цього праця була сфокусована на вирішенні проблем соціального характеру і паралельно на подоланні депресії. З'ясувавши, що осердям депресії Олега були ментальні помилки і когнітивні спотворення, котрі розвинулися на фоні помилкових інтерпретацій симптомів ПТСР, охоронної поведінки і постійної румінації, Олег був соціалізований у *модель депресії КПТ*. Разом з поведінковою активацією почалась робота над когнітивною реструктуризацією. Мотивуючим і вселяючим віру в успішність терапії було зрозуміння Олегом принципу підтримуючих циклів і шляхів їх розірвання. Олег почав самоспосередження і в скорому часі були виявлені основні НАДи і когнітивні спотворення. Наступно робота велася по корекції ментальних фільтрів і когнітивних спотворень, що дало суттєві позитивні результати. Покращення стану після когнітивної реструктуризації також дуже мотивувало хлопця до подальшої праці. Вона полягала на вирішенні конкретних проблем в праці з підлеглими. Для цього Олег був ознайомлений з асертивними техніками і стратегією вирішення проблем. Набуті навички Олег почав по волі впроваджувати в життя і на сесіях ми обговорювали результати, корегуючи проблематичні моменти. Досвід успіху у міжособистісній взаємодії суттєво вплинув на підвищення самооцінки Олега.

Після когнітивної реструктуризації та вирішення проблем соціального характеру, котрі суттєво знизили рівень тривоги і депресії Олега, було вирішено розпочати працю над опрацюванням ПТСР.

У праці з ПТСР використовувалась ТФ КПТ. Ключовим був метод імагінативної рескрипції.

Після соціалізації і обґрунтування терапії була проведена стабілізаційна робота. Олег оволодів техніками емоційної регуляції при ПТСР і набув доступ до своїх ресурсних станів. Саме стабілізаційна робота була дуже ресурсна для хлопця, оскільки дізнавшись про необхідність свідомого пережиття травми Олег переживав чи зможе це перенести без шкоди для психіки. Страх Олега був доволі сильним. Хлопець, намагаючись уникнути даної фази, висунув припущення про те, що травма вже не є для нього настільки актуальною і можливо не вартує ворухити минулого. На цьому етапі переді мною повстала серйозна проблема. З однієї сторони я розумів, що не можу змушувати клієнта до опрацювання травматичної події. З іншої я був свідомий, що саме травма стала основною причиною більшості з його проблем. Також заміри по шкалі IES чітко свідчили про ПТСР. Покликаючись на свідомість і відповідальність хлопця, я ще раз пояснив Олегові специфіку ПТСР. Обговоривши з ним наслідки ПТСР для його життя я

запропонував йому зважити всі «за» і «проти» пропрацювання травми і прийняти рішення. Ця праця, як також розуміння охоронної поведінки ПТСР, котра не тільки не давала можливості його пропрацювання, але ускладнювала наслідки, стала вирішальним моментом у прийнятті Олегом рішення опрацювати ПТСР. Заспокоюючою для Олега була інформація про те, що спогади котрі він проживатиме в часі сесії будуть доволі сильно відрізнятися від їх переживання у реальному життєвому досвіді, оскільки травматична подія не відбувається насправді.

Застосовуючи метод імагінативної рескрипції, в хронологічному порядку були опрацьовані передбачені протоколом фази.

Важливим на цьому етапі терапії була експозиція травматичних спогадів, переосмислення проблемних інтерпретацій які Олег надав травмі і рескрипція сюжету у ключі коупінг-стратегії. Певна трудність виникла в момент, коли в часі рескрипції Олег не міг впоратися з образами і змінити в уяві перебіг травматичної події. Допомогою у цій ситуації була *техніка вплетення*, в рамках якої у проблематичну ситуацію Олег уявно запросив свого дідуся. Для мене потужність даної техніки була дивовижною. Вираз лиця Олега, його жести, і все тіло свідчили про глибокі зміни які відбуваються у свідомості. Кожна нова процесуалізація помітно віддзеркалювалась на самопочутті Олега. З однієї сторони це були засмучуючі спогади, а з іншої вони були цілющими. Хоча Олег багато плакав, ці сльози свідчили про глибоку трансформаційну роботу, котра велася у його мозку. Знаком цього було те, що Олег щораз то легше згадував про травматичні події і описував їх критично і спокійно.

Обговорення вражень Олега від застосування методу і конфронтування старих переконань давали помітні результати. Олег усвідомив що не є відповідальним за те, що сталося, а також зрозумів, що прийшов час змінити певні, свої, стратегії життя, котрі були нічим іншим як охоронною поведінкою. Рескрипція і проговорювання досвіду були дуже терапевтичними. Олег надав нового значення прожитим подіям, поставив під сумнів глибині переконання і усвідомив марність дисфункційних павил охоронної поведінки.

Терапія триває...

## VI. Бібліографія

---

1. Шапиро Ф., *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры*, Москва, “Класс”, 1998.
2. Baldini, F. *Tecniche di intervento per la ristrutturazione cognitiva*//*Psicoterapia* (4) 1998: n.13.
3. Kirchlechner B., *Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche*//*Psicoterapeuti in formazione*, (2) 2008, 1-34.
4. Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol I. Bollati Boringhieri, Torino, 1968.
5. Dancu, C. V., Foa, E. B., & Smucker, M. R., *Treatment of chronic posttraumatic stress disorder in adult survivors of incest: Cognitive/behavioral interventions*. (Документ, представлений на щорічному засіданні Асоціації вдосконалення поведінкової терапії, Атланта, Джорджія (1993, листопад)).
6. Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M., & Rusch, M. D. *When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD*//*Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (2003), 333–346.
7. Panksepp J., *Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press, 1998.
8. Resick A. Schnicke K., *Cognitive processing therapy for sexual assault victims*//*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), Oct 1992, 748-756.
9. Smucker M. R., & Dancu, C. V., *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999.
10. Smucker M. R., *Imagery rescripting and reprocessing therapy*//*Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, Springer Science Business Media, New York, 2005, 226.
11. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., *Schema Therapy. A practitioner's guide*, The Guilford Press, New York-London, 2003.
12. Романчук О., *Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії*//<http://neuronews.com.ua/page/psihotravma-ta-sprichineni-neu-rozladi-proyavi-naslidki-j-suchasni-pidhodi-do-terapiyi>, № 1 (36).



13. Pileci A., *Trauma psicologico: che cosa accade nella mente di chi ha subito un trauma:*  
[\(http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia/1210/Trauma-psicologico-che-cosa-accade-nella-mente-di-chi-ha-subito-un-trauma\(20.11.13\)](http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia/1210/Trauma-psicologico-che-cosa-accade-nella-mente-di-chi-ha-subito-un-trauma(20.11.13))

**Опитувальники і шкали:**

Шкала тривоги Бека

Опитувальник PHQ-9

Опитувальник GAD-7

Опитувальник IART

Шкала оцінки соціальної фобії SPIN

Шкала самооцінки Розенберга

Шкала IES

Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)