

ТРАВМАТА В РЕЛИГИОЗЕН КОНТЕКСТ

Д-р Илия Савов

ВСУ „Черноризец Храбър“

Резюме: Настоящото изследване беше предизвикано от един фактор установен при дисертационния труд на Илия Савов, а именно: „Наличие на морална травма прикрита в негативната Аз-концепция, като чувство за вина, при клиенти с изразена морална концепция, резистиращи при терапия за депресия.“ Този въпрос също беше определен в дисертацията, като необходим за изследване. (1)

Ключови думи: психична травма, психология на религията, доказателствен терапевтичен подход.

TRAUMA IN A RELIGIOUS CONTEXT

Dr. Iliya Savov

VFU „Chernorizets Hrabar“

Abstract: The present study was prompted by a factor identified in Iliya Savov's dissertation work, namely: "Presence of moral trauma hidden in the negative Self-concept, such as a sense of guilt, in clients with a pronounced moral concept, resisting therapy for depression." This question was also identified in the dissertation as necessary for research. (1)

Keywords: psychological trauma, psychology of religion, evidence-based therapeutic approach.

Въведение

По време на психологичната работа упорито се появяват затруднения до резистентност при хора със силно изразена морална концепция, като основния травматичен фактор се очертава чувството за вина. Опитът да се редуцира травматичния фактор води до обратния ефект и състоянието на клиента се влошава.

При внимателен анализ на това несъответствие се установи, че това се случва при хора с изразена религиозна интерпретация, като основния проблем е това, че религиозната концепция има свой механизъм за освобождаване от виновност и при несъобразяване с него резултатът придобива смисъл на религиозна злоупотреба в

интерпретацията на клиента, което добавяше допълнително чувство за вина, усещано като: „опит за измама спрямо „свещеното““. Според стандартната диагноза на ДСМ5 клиентите имаха симптоми на посттравматично стресово разстройство (ПТСР). Това предизвика проучване за налични изследвания на травмата при религиозен контекст.

В първата част на тази статия е предоставена кратка история на концепцията за психологичната травма от древността до днес. *Втората част* разглежда появата и развитието на изследвания и теории за психологичното въздействие на религията. *Третата част* разглежда развитие на терапевтичното направление, което се занимава с травми получени в религиозен контекст.

Психологична травма

Посттравматично стресово разстройство (ПТСР)

Доста късно посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) е признато официално, като това се случва чак в края на 20-ти век. Неговото проявление обаче е описано в цялата човешка история. Нараняващото въздействие на непреодолимо насилие и неговите ефекти са документирани в цялата история на човечеството, като някои от най-старите документирани случаи на посттравматично стресово разстройство датират от древногръцките поеми: Илиада и Одисея.

ПТСР в древността

В тези древни поеми Омир описва ефектите от бойната травма върху известните герои Ахил и Одисей. И двамата страдат от това, което сега би било класифицирано, като съвременен посттравматичен стрес, проявяващи се симптоми като гняв, натрапчиво и насилствено поведение и загуба на памет. Друго описание на същото е представено от Софокъл в образа на Аякс, войник с посттравматичен стрес, който има психична криза и е изправен пред избора или да живее с това, което е направил, или да се самоубие.

Еврипид описва проблем, който днес бихме определили като ПТСР. Той първоначално е описал синдрома, използвайки термина „миазма“, означаващ оскверняване или омърсяване, често в резултат на несправедливо убийство, но приложимо към всяко нарушение на моралните ценности, независимо дали се прилага към извършителя, жертвата или дори като наблюдател. Чрез думите на Херакъл автора описва чувството на травмата в трагедията на Еврипид по следния начин: „Какво мога да направя? Къде мога да се скрия от всичко това и да не ме намерят? Какви крила биха

ме отнесли достатъчно високо? Колко дълбока дупка трябва да копая? Срамът ми за злото, което съм сторил, ме поглъща... Пропит съм от кръвна вина, замърсен, заразен... Аз съм замърсител, оскърбление за боговете отгоре.” (Еврипид, 416 пр.н.е.) В своя разказ за битката при Маратон през 490 г. пр. н. е. гръцкият историк Херодот също споменава как Епизелус, атински войник, ослепял напълно от шока и ужаса да стане свидетел на смъртта на своя приятел в битка. (2)

Джонтан Шей 1994 г, ни посочва може би най-точното описание на посттравматично стресово разстройство, в монолога на лейди Пърси в Хенри IV, част 1, действие 2. Написано около 1597 г., то представлява необичайно точно описание на синдрома на ПТСР. [3].

Описания на ПТСР по-близо до съвременето

Данни за посттравматичното стресово разстройство намираме в наблюденията на швейцарският лекар Йоханес Хофер през 1688 г, като той го нарича „войнишко сърце“. Около същия период в повечето западно европейски страни лекари, също регистрират подобни симптоми при пациенти, участващи във военни действия. В книгата „Inventum Novum” на австрийският лекар Йозеф Леополд Ауенбругер през 1761 г във Виена, пише за войници, при които са налице състояние на вцепенение, след като са били подложени на травмите от войната. Тези войници, пише той, станаха апатични и затворени и нищо не изглеждаше да им помогне да се възстановят. (3), (4).

Гражданската война в Америка

Проучването на Ерик Т. Дийн младши „Разтърсване над ада“, установи, че над половината от обитателите на дом на ветерани от Гражданската война в Индиана са направили опит или са извършили самоубийство или са склонни към самоубийство [5]. Даден е пример с Албинус Снелсън, роден в Джорджия, служил в кавалерията на Конфедерацията, илюстрира цикъл на възстановяване и рецидив, изпъстрен с множество опити за самоубийство. Подобно на Нийл Стори, Снелсън беше тийнейджър, когато се записа. Той се бореше, докато беше войник и всъщност беше освободен рано и влезе в убежището в Джорджия, където се опита да се изгори и да се хвърли през прозорците в опит да се самоубие. Най-накрая успя през 1871 г., когато погълна стрихнин. [6].

Ужасния проблем от терапевтична гледна точка при гражданската война в Америка е че вината за ПТСР по онова време, е насочен към войниците, те се определя

главно като страхливи или слабохарактерни. По тази причина много войници, страдащи от симптоми на посттравматично стресово разстройство, вместо емоционална подкрепа бяха подложени на присмех и подигравки. Обаче лекарите след Гражданската война продължават да забелязват необичайни симптоми сред ветераните, като затруднено дишане и сърцебиене, които не са свързани с физически наранявания. Това води до нови заключения относно причината, лекарите смятат, че симптомите са причинени от свръхстимулацията на нервите, контролиращи сърцето, поради стреса от войната.

Световните войни

През световните войни е употребен термина Shell shock, използван за описване на ефектите от бойна травма върху войниците. Смята се, че симптомите, които включват безпокойство, тремор, амнезия и загуба на зрение и слух, са последиците от експлозията на снаряди в полето. Докато много войници успяха да се възстановят от контузията с течение на времето, някои никога не се възстановиха напълно и носеха белезите от войната до края на живота си. ПТСР стана още по-разпространено по време на Втората световна война, този път под името „бойна умора“. Статистиката показва, че около половината от военните уволнения по време на Втората световна война се дължат на умора от битка. [7]

Джонатан Шей 1994 г

Джонатан Шей се ангажира с проблема на ветераните от Виетнам и пише „Ахил във Виетнам“ (Джонатан Шей от 1994 г), разкрива връзки между поведението на Ахил и тези на вече съвременните войници след завръщането от война. Сравняващи преживяванията на ветерани от Виетнам с описанията на войната и завръщането у дома в Илиада и Одисея на Омир. Той е написал две книги, Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character (1994) [3] и Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming (2002), [4], които обсъждат посттравматичното стресово разстройство чрез препратка към опита на американските ветерани от войната във Виетнам и преживяванията, описани в Илиада и Одисея.

Развитие на диагнозата за ПТСР.

Признаването на ПТСР започва през 1968 г., когато беше включено в Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства (DSM-II) под

името „реакция на груб стрес“, то стана признато психично заболяване. В сегашния си вид беше прието в изданието от 1980 г. терминът „посттравматично стресово разстройство“ на Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства (DSM-III), за да отразява точно естеството на състоянието. Оттогава разбирането за посттравматичното стресово разстройство се разви много бързо, както и полето на лечението на посттравматично стресово разстройство. Въвеждане на диагнозата ПТСР е добавяне на важна необходимост в психиатричната теория и практика. От терапевтична гледна точка е промяна в традиционната концепция за посттравматично стресово разстройство и приемане на ясното разбиране, че причинителя на проблема е извън индивида, а не е присъща индивидуална слабост. Ключът към разбирането на научната основа и клиничното изражение на посттравматичното стресово разстройство е понятието „травма“. Днес ПТСР вече не се разглежда като признак на слабост, а като сериозно психично заболяване. С лечение повечето хора с посттравматично стресово разстройство също могат да живеят щастлив и пълноценен живот. (10),(11).

Комплексно посттравматично стресово разстройство, К-ПТСР

Терминът К-ПТСР е създаден от Джудит Херман, която очертава историята на травмата като концепция в психологическия свят [12]. Херман също описва К-ПТСР с травматичните усложнения от оцеляването в плен. Симптомите на К-ПТСР включват тези на ПТСР плюс 1) проблеми в регулирането на афекта [примерите включват повишена емоционална реакция към незначителни стресори, изблици на насилие, безразсъдно или самоунищожително поведение, дисоциативни симптоми при стрес и емоционално вцепенение, особено неспособността да изпитате удоволствие или положително емоции]; 2) вярвания за себе си като омаломощен, победен или безполезен, придружени от чувства на срам, вина или провал, свързани с травматичното събитие; и 3) трудности в поддържането на взаимоотношения и в усещането за близост с другите.

Травматологът Пийт Уокър вижда разстройството на привързаността като един от ключовите симптоми на комплексния посттравматичен стрес. Той го описва като резултат от израстването с основни попечители, които редовно са били преживявани като опасни. Той обяснява, че повтарящото се насилие и пренебрегване привиква децата към живот в страх и възбуда на симпатиковата нервна система. [13]

Комплексно посттравматично стресово разстройство, К-ПТСР се отнася до повтаряща се травма в продължение на месеци или години, а не еднократно събитие.

Всеки вид дългосрочна травма може да доведе до К-ПТСР. Индивидите със сложен посттравматичен стрес обикновено имат продължително или многократно излагане на травма, като насилие в детството, домашно или общностно насилие. К-ПТСР е подобен на ПТСР, но има различен ефект върху емоционалната регулация и основната идентичност на човека.[14],[15]. В 11-та версия на Международната класификация на болестите на СЗО сложното посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР) е новопризнато, като вариант на ПТСР, характеризиращ се с допълнителни и по-тежки симптоми и обикновено възникващ от продължителни или множество травматични преживявания от които човек вижда малък или никакъв шанс да избяга). [16], [17], [18], [19]. Комплексният посттравматичен стрес К-ПТСР се характеризира с три основни групи посттравматични симптоми: хронични и широко разпространени смущения в регулирането на емоциите, идентичността и взаимоотношенията.

Морална травма

Терминът морална вреда се появява поради недостига на адекватност във разработките за посттравматично стресово разстройство (ПТСР) и тяхната ефективност към психичното здраве, по конкретно пропускане на лечението на подтиснатите моралните страдания, които служещите изпитват след завръщането си у дома след войната (20). За разлика от фокуса на ПТСР върху симптомите, свързани със страха, моралното увреждане се фокусира върху симптоми, свързани с *вина, срам, гняв и отвращение* (Litz et al.). Моралните наранявания (МН), първоначално са обсъждани във връзка с нарушаването на моралните убеждения и ценности по време на война сред военния персонал, се разшириха отвъд този контекст, за да включват подобни емоции, изпитвани от здравни специалисти, лица участващи в даване на първа помощ, изпитващи морални емоции в резултат на предприети действия или наблюдения направени по време на травматични събития или обстоятелства. За разлика от фокуса на ПТСР върху симптомите, свързани със страха, моралното увреждане се фокусира върху симптоми, свързани с *вина, срам, гняв и отвращение* (Litz et al.). Моралните наранявания (МН), първоначално обсъждани във връзка с нарушаването на моралните убеждения и ценности по време на война сред военния персонал, се разшириха отвъд този контекст, за да включват подобни емоции, изпитвани от здравни специалисти, лица участващи в даване на първа помощ, изпитващи морални емоции в резултат на предприети действия или наблюдения направени по време на травматични събития или обстоятелства (Marlene Winell, 2021).

Морално нараняващо събитие и морално нараняване. При разглеждане на проблема с МТ е важно е да се разграничи преживяването на потенциално морално нараняващо събитие от развитието на морално нараняване (21). Това е подобно на ситуативна депресия и развитието на депресивно разстройство, както и развитието на проблематиката при ПТСР. Преживяването на травма не води неизбежно до развитие на психично разстройство. Дали се развива морална вреда се определя от това как индивидът интерпретира потенциално вредното събитие и неговите лични предразположености. Процесът на оценка определя дали събитието генерира значителен дисонанс със системата от вярвания на индивида (22), (23).

Вторична травма

Вторичният травматичен стрес (ВТС) е синдром, включващ натрапване, избягване и възбуда поради непряка експозиция на травмата (напр. чрез грижа за травмирани пациенти в професионален контекст или трансгенерационно предаване на травма в семейни или културни системи. Симптомите на ВТС са същите като тези на посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) в четвъртото издание на Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства DSM-IV. Но за разлика от посттравматичното стресово разстройство, ВТС се дължи на непряка експозиция на травматичното преживяване. (Validity, Reliability, and Factor Structure of the Secondary Traumatic Stress Scale-French Version, Front. Psychiatry, 12 April 2019)

Психология и религия

Начален етап и антирелигиозно отношение на полето

В началото отношението на психологията към религията се характеризира със силно антирелигиозно отношение на полето и старание да не се споменава думата религиозност, но в същото време в този период се наблюдават също много сериозни и авторитетни разработки в областта на психологията и религията, но те не успяват да променят антирелигиозната нагласа.

Като изявени имена със своите антирелигиозни възгледи са Фройд (1927/1961), който е ясен в убеждението си, че религията е заблуда, която е измислена за да защити индивида срещу ужасите на живота. По подобен начин Б. Ф. Скинър (1971), основателят на бихевиоризма, вижда Бог като „обяснителна фикция“, Уолдън Ту (1948) пише, че „Религиозната вяра става неуместна, когато страховете, които я подхранват, са разсеяни и надеждите са изпълнени – тук, на земята“. (24).

Като основополагащите фигури в областта на психологията на религията в края на 19-ти и началото на 20 -ти векове, са такива личности като Уилям Джеймс с неговия труд „Разновидностите на религиозния опит“ (1902). Смятан от някои за бащата на американската психология, Уилям Джеймс (1842-1910) е американски психолог и философ, той играе ключова роля в развитието както на прагматизма, така и на радикалния емпиризъм. „Разновидностите на религиозния опит“ от Уилям Джеймс изследва разнообразието от религиозни преживявания и тяхното въздействие върху хората. Той подчертава важността на личния религиозен опит над догматичните вярвания. Около същото време Г. Стенли Хол и Джеймс Люба (1912), бяха изследователи на религиозните феномени и техните последици за човешкото поведение. (25)

Следва период на пренебрегване на въпроса от академичната психология (Belzen, 2000; Paloutzian & Park, 2005). В същото време се наблюдават прояви на запазен интерес към разглеждания предмет, като дейността на Ерих Фром (1950) който се отличава с хуманистична форма на религиозната интерпретация и много плодотворна работа.

Движението за позитивно психично здраве и психология на религията

Движението появило се през 50-те години на миналия век, предлага поглед към човешките годности, като алтернатива на мрачните концепции за човешката природа, приети от психодинамичните и поведенческите перспективи (Jahoda, 1958), (Maslow, 1954), (Mahoney, 1984). В книгата на Абрахам Маслоу от 1954 г. „Мотивация и личност“, срещаме за първи път термина „позитивна психология“. Той отчита необходимостта от разбиране и използване на личностния потенциал при психологичната работа, при занимаването на психологията с разстройството и дисфункцията липсва необходимото разбиране на човешкия потенциал (Maslow, 1954).

През 1998 година Американското психологическо общество подкрепя новото направление, наречено вече позитивната психология, като голямата заслуга е на неговия председател по това време Мартин Селигман. Заявената цел на този акт е голямата необходимост от оценяване и използване на човешкия потенциал и неговото използване за човешкото развитие, като търсене на баланс с доминацията на психопатологията (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). (26)

Селигман и Петерсън в книгата „Силни страни и добродетели на характера” (Seligman & Peterson, 2004), предлагат класификационна система, която формира основата на тяхната теория и включва следните шест категории: мъдрост/знание, смелост, трансцендентност, справедливост, човечност, умереност . Това води до търсене на нови източници на подкрепа в психологичната работа. Имаме обръщане на поглед към религията, което предизвиква началото на нова вълна от проучвания. Кенет Пергамент го описва, като първа вълна на психология на религията. *„изследователите се опитаха да демонстрират взаимосвързаността на религията с различни аспекти на човешкото функциониране. Въпреки това, това изследване беше до голяма степен корелационно, разчиташе на глобални мерки за религиозност и не успя да идентифицира какво е това в религиозния живот, което може да повлияе на поведението.”* . (27)

Заклучението е че този период въпреки засилената активност на изследователите няма какво да даде на практикуващите на полето. (Pargament, Steele, & Тайлър, 1979)

Задълбочаване на работата през следващия период

Следва период на по-задълбочена работа, в който въпреки недостатъците на предходния, намирането на заглавия под думата религия в PsychInfo започнаха да се увеличават (Weaver et al., 2006), като резултат наблюдаваме влизане по-детайлно в религиозните преживявания. Зпочват да се наблюдават категории като: ценности, вярвания, справяне, (Emmons, 1999 г.; Къркпатрик, 2005 г.; Паргамент, 1997).

Някои автори посветени на направлението:

Алън Бергин е известен със своята статия от 1980 г., в „Списание за консултиране и клинична психология”, оспорва антирелигиозните пристрастия в тази област, като запознава много читатели с емпиричната литература, която показва как религията често има положителни последици за психичното здраве (Bergin, 1980), „Психотерапия и религиозни ценности“, която е известна като забележителност в научното приемане, че религиозните ценности на практика влияят върху психотерапията. [28] [29]. Той получава наградата за изключителен принос към науката от Американската психологическа асоциация през 1989 г. и е цитиран като предизвикателство за „психологическата ортодоксия да подчертае важността на ценностите и религията в терапията“. [30]

Робърт А. Емънс предлага теория за "духовните стремежи" в книгата си от 1999 г. "Психологията на крайните грижи", [31]. С подкрепата на емпирични проучвания, Емънс твърди, че духовните стремежи насърчават интеграцията на личността, защото съществуват на по-високо личностно ниво.

Ралф У. Худ младши е професор по психология в Университета на Тенеси в Чатануга . Той е бивш редактор на Journal for the Scientific Study of Religion и бивш съредактор на Archive for the Psychology of Religion и The International Journal for the Psychology of Religion. Той е бивш президент на отдел 36, на Американската психологическа асоциация и носител на нейната награда Уилям Джеймс. Той е публикувал няколкостотин статии и глави от книги за психологията на религията и е автор, съавтор или редактор на тринадесет тома, всички занимаващи се с психологията на религията. (32).

Кенет Паргамент е професор по психология в Държавния университет Боулинг Грийн, Охайо, САЩ, Известен със своята книга „Психология на религията и справяне“ (1997), както и с книга от 2007 г. за религията и психотерапията и продължителна изследователска програма за религиозното справяне. Публикувал повече от 100 статии по темата за религията и духовността в психологията.

Pargament е в основата на въпросника, наречен "RCOPE", за измерване на религиозните стратегии за справяне. [32] Pargament прави разлика между три вид стилове религиозно справяне със стреса : [33]

- *Сътрудничество* с Бог, за да се справят със стресови събития;
- *Отлагане*, при което хората оставят всичко на Бог
- *Самонасочени*, при които хората не разчитат на Бог

Определя отношението на психотерапевтите спрямо религиозни клиенти:

1. Религиозно отхвърлящи ,2. Ексклузивни ,3. Конструктивни и
4. Плуралистични позиции. [34] [35].

Автор е още на:

„Духовно интегрирана психотерапия, Разбиране и обръщение към свещеното’’ (2007) The Guilford Press.

Десетилетие изследвания върху психология на религията и справянето: Неща, които предположихме и уроци, които научихме. Кенет I. Паргамент и Хишам Абу Райя (2007).

От изследване към практика: Три вълни в еволюцията на психологията на религията и духовността, Кенет I. Паргамент, Държавен университет Боулинг Грийн.

Джеймс Хилман , в края на своята книга *Re-Visioning Psychology* , преобръща позицията на Джеймс да гледа на религията през психологията, като вместо това настоява да разглеждаме психологията като разнообразие от религиозни преживявания. Той заключава: „Психологията като религия предполага да си представяме всички психологически събития като ефекти на Боговете в душата. [36] “

Джеймс У. Фулър, разглежда „Модел на духовно или религиозно развитие в неговите етапи на вярата.“ [37] [38] Тези етапи на развитие на вярата са в съответствие с теорията на Пиаже за когнитивното развитие и етапите на Колберг за морално развитие [39]. Той следва Пиаже и Колберг и предлага холистично поетапно духовно развитие през целия живот.

Американски Психологически Асоциация АРА, в началото на този век се обръща към Кенет Паргамент и неговите колеги Джули Екслейн, Анет Махони, Шафранске и Джеймс Джоунс да се направи наръчник по психология на религията и духовността, който да се прибави към техните по-големи серии от наръчници в психология. Като и двете страни се съгласяват, че това изисква два тома от материала.

Първият том, фокусиран върху емпирични изследвания с поглед към практическите последици на тези проучвания (паргамент, Exline, и Джоунс, 2013)

Вторият том фокусиран относно базирани на доказателства и приложения в областта (Pargament, Mahoney, & Shafranske, 2013 г.), (40).

Наръчник по религия и здраве (1-во издание), Oxford University Press. Harold G. Koenig, Michael E. Mckalu, David B. Larson, 11 януари 2001 г.

Наръчник по религия и здраве (2-ро издание). Oxford University Press. Koenig, HG, King, DE, & Carson, VB (2012).

Появява се значителна литература за връзката между религията и здравето, и повече от 2000 допълнителни проучвания между 2000 и 2009 г.[41] [42].

Травмата в религиозен контекст

Развитие на терминологията

Натрупването на научни разработки позволява да се разшири психологичната работа с религиозните въпроси при което се формира и увеличаващата се група специалисти, които работят с травмата в религиозен контекст, това води до нуждата от специфична терминология.

Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства на Американската психиатрична асоциация (АРА), трето издание (DSM-III), през 1980 г. бележи въвеждането на посттравматично стресово разстройство като диагноза (Benedek & Урсано, 2009 г.). Диагнозата в тази нова позиция изисква идентифицирането на специфичен стресор – катастрофален стресор, който е извън обхвата на обичайния човешки опит (АРА, 1980).

Предизвикано от религия посттравматично стресово разстройство

Обикновено разглежданата от позиция на наличната диагностика, травмата се диагностицира от психолози и психиатри, като предизвикано от религия посттравматично стресово разстройство (ПТСР) или предизвикано от религията комплексно посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР), но психотерапевтите работещи често с пациенти, които са претърпели психическа травма от религиозните си убеждения започват да го наричат религиозна травма. [43, 44].

Религиозна травма (РТ).

От 1991 г. се появява понятието Религиозна травма (РТ) ползвано от психолозите работещи с такива клиенти, започна да се появява и в литературата, но нашето разбиране за това как точно то въздействие върху индивиди и как да се лекуват тези индивиди все още е недостатъчно (Ward, 2011). Малко по-късно Foxman (1996) вече не го концептуализира само от гледна точка на външни събития, защото с развитието на научната база сега включва вътрешните преживявания на индивида, като произтичащото от това забавено духовно развитие и лошо самочувствие (Slade et. al., 2023).

Синдром на религиозна травма.(CPT)

Най-ранният опит за ясно разграничаване на този тип травматично преживяване от другите беше направено от Марлийн Уайнел през 2011, когато тя предлага терминът "синдром на религиозна травма" CPT, в статия за Британската асоциация за поведенчески и когнитивни психотерапии, въпреки че феноменът е признат много

преди това. Терминът се разпространява бързо сред психотерапевтите, и възстановяващи се от нараняване в религиозен контекст. [45] [46]. Уайнел обяснява необходимостта от ясно определение и ползите от назоваването на симптомите, обхванати от СРТ, ясната диагноза може да намали срама и изолацията на травмираните, като същевременно насърчава диагностиката, лечението и обучението за професионалисти, които работят с хора, страдащи от това състояние. [47]

Религиозната травма като подвид на ПТСР.

Все повече в практикуващите среди се усеща необходимостта от идентифициране на религиозната травма, като отделен подвид. Един от водещите в тази насока е Елис (2023 г.), който инициира проучване, посветено на идентифицирането на религиозната травма, като индивидуален подтип травма. Събрана е извадка от хора, които потвърдиха преживяването на религиозно нараняване. Последващите изследвания показаха положителна корелация с преживяването на религиозно нараняване и посттравматични симптоми (Ellis et al., 2023).

Както беше цитирано по-рано, други проучвания показват положителни корелации с религиозно нараняване и проблеми с психичното здраве като цяло, като някои посочват своя опит с преживяване на религиозно нараняване, което е довело до диагноза ПТСР (Crocker, 2021). Института за религиозна травма (RTI, 2023) съобщава, че РТ може засягат нервната система на индивида по същия начин, както преживяване на всяка друга травма-стимул (Slade и др. (2023), кто установяват, че РТ корелира със симптоми на тревожност, депресия, страх, срам и кошмари, всички от които попадат в критерия, необходим за диагностициране на ПТСР.

Всички тези и други източници представят доказателства, които подкрепят РТ като реално съществуващ, легитимен подтип на травма, която се нуждае от допълнително проучване (Oakley et. al., 2018; RTI, 2023; Slade et. al., 2023; Ellis et al., 2023 г.; Уорд, 2011; Панчук, 2018; Стоун, 2023).

Терапия

Развитието на психологията и психотерапията при религиозна травма РТ, води до увеличаване възможностите за терапевтичната практика и много специалисти се опитват да използват различни видове психотерапевтични теории като: личностно-центрираната терапия, (48), гещалт терапията,(49), психоаналитичната,(50), поведенческата терапия,(51), екзистенциално-хуманистичната терапия(52),

адлерианската терапия(53), рационално-емоционалната терапия (54) и когнитивна терапия (55).

Спецификата на РТ, я прави теоретично по-близка до комплексното посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР), тъй като тя е сложна и не еднократна по произход, а това насочва вниманието към когнитивно-поведенческата терапия фокусирана върху травмата, ефективна в това направление.

Когнитивно-поведенческата терапия фокусирана върху травмата

Този вид терапия се е доказал като ефективен при лечение на комплексно посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР), което го прави подходящ за религиозната травма, която е сложна травма, формирана за дълъг период от време, както е и сложното посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР). [56].

Фокусираната върху травмата когнитивно-поведенческа терапия е основана на *доказателствен терапевтичен подход*, който има за цел да отговори на нуждите на лица с посттравматично стресово разстройство (ПТСР) и други трудности, свързани с травматични житейски събития [57]. Това лечение е разработено и предложено от Антъни Манарино, Джудит Коен и Естер Деблингер през 90-те години. [58] [59]. Целта на този вид терапия е да осигури психологично разбиране на индивида, след което да се помогне да идентифицира и да регулират отново неадаптивните емоции, мисли и поведение [60]. Изследванията показват, че то е ефективно при лечение на посттравматично стресово разстройство в детска възраст и при деца, които са преживели или са били свидетели на травматични събития, включително, но не само физическа или сексуална виктимизация, малтретиране на деца, домашно насилие, насилие в общността, злополуки, природни бедствия и война, [61] [62] [63]. Въпреки че първоначално е проучван като лечение за деца и юноши, по-късно употребата му се разшири, за да включи и възрастни пациенти. [64] Но особено важно е, че религиозната травма, която е сложна травма формирана за дълъг период от време, както е комплексно посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР), то фокусираната върху травмата когнитивно-поведенческа терапия, която е ефективна при лечение на комплексно посттравматично стресово разстройство (К-ПТСР) [65]. което я прави подходяща за религиозната травма.

Едно от заключенията на водещи специалисти е, че психолозите стават все по-загрижени за лечението на религиозна травма и когнитивно-поведенческата терапия, фокусирана върху травмата, се очертава като водещо лечение за възстановяване [66].

Личен опит на автора с наративна психотерапия при РТ

Наративната терапия е разработена през 70-те и 80-те години на миналия век от Майкъл Уайт и Дейвид Епстън и подчертава важността на разказите, които изграждаме и култивираме през живота си. Тези разкази придават смисъл на нашите преживявания, житейски събития и социални взаимодействия, като същевременно влияят на нашата представа за себе си и светогледите ни (Brown and Augusta-Scott 2007).

Религията винаги е някаква форма на повествование, религиозните клиенти са свикнали да мислят през разказа, а това ги прави близки до *наративна психология* и ако терапията може да се провежда в малки групи това ще е най-близко до религиозното повествование, в което трябва да се търси психологичната корекция на проблема. Основни правила: *Уважение*: Хората, участващи в наративна терапия се третират с уважение и се подкрепят за смелостта, която е необходима, за да излезеш напред и да преодолееш личните предизвикателства; *Необвиняване*: Няма обвиняване върху клиента, докато те работят върху своите истории, и те също се насърчават да не прехвърлят вината върху другите. Вместо това фокусът е поставен върху разпознаването и промяната на нежеланите и безполезни истории за себе си и за другите; *Клиентът като експерт* : Наративните терапевти не се разглеждат като авторитет, който дава съвети, а по-скоро като партньор в сътрудничество, който помага на клиентите да растат и да се лекуват. Наративната терапия твърди, че това помага на клиентите да се опознават по-добре и изследването на тази информация ще позволи промяна в техните разкази.

Всеки личен проблем има сходна проекция в наратив на свещените писания и религиозните истории. В тези наративи често има религиозни герои които са попадали в сходно на клиента състояние. Така травмата се екстернализира и се сравнява с пострадали авторитетни герои от религиозната традиция. Това помага да се преработи интерпретацията особено при групова работа. [66], [67], [68].

Заклучение

Основния извод от направеното изследване е, че въздействие на религията и духовността може да бъде, както положително, така и отрицателно, засягайки емоционалния, когнитивния и поведенческия живот на човека. Положителното влияние е силно разработено, като теория и изследвания, докато негативното и съпътстващата го терапия е от скоро под вниманието на психологичната наука. И тъй като религията е

мощен фактор за много хора, то терапията може да бъде сериозно предизвикателство, както за терапевта и така и за клиента. За това най-успешния подход за лечение е този, който е подсказван от самия клиент, когато е професионално подкрепян от страна на терапевта. След успешно начало на индивидуалната работа, включването в групова терапия е добро продължение на лечението. Груповата терапия осигурява среда, в която човек може да възстанови критичното си мислене ограничено от догматичен легализъм и да преосмисли своята идентичност, като може да споделя забранени преди това аспекти на себе си, тъй като групата приема наличието на травматичен материал и се създава нова междуличностна реалност за членовете на групата, в която всеки човек приема нормално както своята, така и чуждата уникалност и несъвършенство. (Stone 2013).

Бъдещи изследвания

Личната предразположеност и негативния религиозен копинг

Главния акцент в разгледаните материали се оказва влиянието на религията върху психиката на индивида, и не е достатъчно засегнато личната предразположеност към религиозната травма. Онези изчакващи елементи в психиката на индивида, които очакват отключващо събитие за да повлияят върху интерпретацията му, определяща неговия краен избор в справянето. Копинга от своя страна позволява да се избегнат многобройните религиозни различия при участващите в изследването. Той също позволява да се уловят подпратовите нива на психичния проблем, което предхожда диагностичните нива на категориалната диагноза за травма в официалния диагностичен справочник ДСМ-5.

Резултатите от това изследване ще даде повече информираност за теоретична работа и терапевтичната дейност на терена. *(Нарушения на мисленето при депресивни разстройства, Илия Савов, 2024). (Spiritual struggles, Kenneth Pergament, 1997).*

Литература:

1. „Нарушения на мисленето при депресивни разстройства”, Илия Савов, 2024.

2. „Морална травма” Илия Савов (2024) ВСУ Варненски Свободен Университет „Черноризец Храбър”.
3. Shay, Jonathan. Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character. Simon and Schuster, 1994.
4. SAUL YARCHO, Bulletin of the History of Medicine, Vol. 33, No. 5 (SEPTEMBER-OCTOBER 1959), pp. 470-474 (5 pages) Published by: The Johns Hopkins University Press.
5. Eric T. Dean, Jr. Shook Over Hell: Post-Traumatic Stress, Vietnam, and the Civil War. Cambridge: Harvard University Press, 1997, 151.
6. Sommerville, Aberration of Mind, 156.
7. VA » Health Care » PTSD: National Center for PTSD » Understand » What is PTSD » History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5 , Last updated: January 10, 2025.
8. Shay, Jonathan. Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character. Simon and Schuster, 1994.
9. Shay, Jonathan. Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming. New York: Scribner, 2002.
10. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd ed.). Washington, DC: Author.
11. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5, PTSD: National Center for PTSD, Last updated: January 10, 2025.
12. Herman, Judith Lewis (1997). Trauma and recovery (Rev. ed.). New York: BasicBooks. ISBN 0-465-08730-2. OCLC 36543539.
13. Cook A, Blaustein M, Spinazzola J, Van Der Kolk B (2005). "Complex trauma in children and adolescents".
14. Brewin, Chris R. (May 2020). "Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11".
15. World Health Organization (2022). "6B41 Complex post traumatic stress disorder". International Classification of Diseases, eleventh revision – ICD-11.
16. Herman JL (30 May 1997). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books.
17. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. (December 2017). "A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD" (PDF). Clinical Psychology Review.

18. Zhai Y, Du X (30 May 2024). "Trends in Diagnosed Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder in US College Students, 2017-2022". *JAMA Network Open*. 7 (5): e2413874.
19. "Complex PTSD: Symptoms, Tests, Treatment, and Finding Support" (in en). 2018-01-26.
20. Litz, Brett T.; Stein, Nathan; Delaney, Eileen; Lebowitz, Leslie; Nash, William P.; Silva, Caroline; Maguen, Shira (December 2009). "Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy". *Clinical Psychology Review*. 29 (8): 695–706.
21. Litz BT, Stein N, Delaney E, et al.: Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev* 2009; 29:695–706Crossref, Medline, Google Scholar
22. Meador KG, Nieuwsma JA: Moral injury: contextualized care. *J Med Humanit* 2018; 39:93–99Crossref, Medline, Google Scholar
23. MORAL TRAUMA, Iliya Savov, Varna Free University "Chernorizets Hrabar", Issue 21 2024.
24. From Research to Practice: Three Waves in the Evolution of the Psychology of Religion and Spirituality, Kenneth I. Pargament, Bowling Green State University
25. From Research to Practice: Three Waves in the Evolution of the Psychology of Religion and Spirituality. Kenneth I. Pargament, Bowling Green State University
26. The 5 Founding Fathers and A History of Positive Psychology, 12 Feb 2015 by Jo Nash, Ph.D.
27. "From Research to Practice: Three Waves in the Evolution of the Psychology of Religion and Spirituality", Kenneth Pargament (2023).
28. Bergin A. E. (1980). "Psychotherapy and religious values". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48 (1): 95–105. doi:10.1037/0022-006x.48.1.95. PMID 7365049.
29. Slife, B.D. & Whoolery, M. (2003). "Understanding disciplinary significance: The story of Allen Bergin's 1980 article on values". In R. Sternberg (Ed.) *The anatomy of impact: What has made the great works of psychology great?* Washington, D.C.: American Psychological Association.
30. Bergin Allen E (1990). "Citation – Award for Distinguished Professional Contributions to Knowledge". *American Psychologist*. 45 (4): 474. doi:10.1037/h0091603. As cited in Swedin E. G. (2003). "Book Review: *Eternal Values and Personal Growth: A Guide on Your Journey to Spiritual, Emotional, and Social Wellness*, by Allen E Bergin". *AMCAP Journal*.

31. Emmons, Robert A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford. ISBN 978-1-57230-935-7. "Professor, Member of Graduate Faculty". www.utc.edu. Retrieved 2017-02-08.
32. Kenneth I. Pargament (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford. ISBN 978-1-57230-664-6
33. Pargament Kenneth I.; Koenig Harold G.; Perez Lisa M. (2000). "The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE". *Journal of Clinical Psychology*. 56 (4): 519–543. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1. PMID 10775045. S2CID 5100797.
34. Pargament Kenneth I.; Kennell Joseph; Hathaway William; Grevengoed Nancy; Newman Jon; Jones Wendy (1988). "Religion and the problem-solving process: Three styles of coping". *Journal for the Scientific Study of Religion*. 27 (1): 90–104. doi:10.2307/1387404. JSTOR 1387404.
35. Brian J. Zinnbauer & Kenneth I. Pargament (2000). *Working with the sacred: Four approaches*
36. Brian J. Zinnbauer & Kenneth I. Pargament (2000). *Working with the sacred: Four approaches to religious and spiritual issues in counseling*. *Journal of Counseling & Development*, v78 n2, pp. 162–171. ISSN 0748-9633.
37. Fowler, J. (1971), *Stages of Faith*, San Francisco: Harper and Row
38. Evans, Nancy; Forney, Deanna; Guido, Florence; Patton, Lori; Renn, Kristen (2010). *Student Development in College: Theory, Research, and Practice* (2nd ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass. ISBN 978-0-7879-7809-9.
39. Evans, Nancy; Forney, Deanna; Guido, Florence; Patton, Lori; Renn, Kristen (2010). *Student Development in College: Theory, Research, and Practice* (2nd ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass. ISBN 978-0-7879-7809-9.
40. "From Research to Practice: Three Waves in the Evolution of the Psychology of Religion and Spirituality" Kenneth Pargament (2023).
41. Koenig, Harold G.; McCullough, Michael E.; Larson, David B. (2001). *Handbook of Religion and Health* (1st ed.). New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-511866-7. OCLC 468554547.
42. APA PsycNet Direct. Religious/spiritual abuse and trauma: a systematic review of the empirical literature. By Ellis, Heidi M., Hook, Joshua N., Zuniga, Sabrina, Hodge, Adam S., Ford, Christy M., Davis, Don E., Van Tongeren, Daryl R. *Spirituality in Clinical Practice*, Vol. 9(4), December 2022, 213-231

43. Marlene Winell in an article for the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, 2011.
44. Stone, Alyson M. (2013). "Thou Shalt Not: Treating Religious Trauma and Spiritual Harm With Combined Therapy"
45. Winell, Marlene. "Understanding Religious Trauma Syndrome (part 1): It's Time to Recognize It" (PDF). British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. Retrieved 2020-10-26..
46. Herman, Judith. Trauma and Recovery, Basic Books, 1997, p. 157.
- 47.. West W. Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion. London: Sage; 2000.
48. Martin JE, Booth J, Miller WR. Behavioral approaches to enhance spirituality. Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: APA Press; 199
59. Shafranske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. Psychiatr Ann. 2000;30:525–532
50. Mahrer AR, Shafranske EP. Religions and the clinical practice of psychology. Washington, DC: APA Press; 1996. Existential humanistic psychotherapy and the religious person.
51. Harris ES. God, Buber and the practice of gestalt therapy. Gestalt Journal. 2000;23:39–62.
52. Watts RE. Biblically based christian spirituality and Adlerian psychotherapy. J Individ Psychol. 2000;56:316–328
53. Nielsen SL, Johnson WB, Ellis A. Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy. Mahway, NJ: Elbaum; 2001.
54. Propst LR, Shafranske EP. Religion and the Clinical Practice of Psychology. Washington, DC: APA Press; 1996. Cognitive- behavioral therapy and the religions person.
55. Cohen, Judith A. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents ([Online-Ausg.]. ed.). New York: The Guilford Press. ISBN 978-1593853082.
56. Cohen, Judith A.; Mannarino, Anthony P. (July 2015). "Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families". Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 24 (3): 557–570. doi:10.1016/j.chc.2015.02.005. PMC 4476061. PMID 26092739.
57. "About Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) - TF-CBT Certification Program". tfcbt.org. 2021-03-26. Retrieved 2024-12-01.

58. "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Primer for Child Welfare Professionals | Child Welfare Information Gateway". www.childwelfare.gov. Retrieved 2024-12-01.
59. Cohen, J. A.; Mannarino, A. P.; Perel, J. M.; Staron, V. (2007). "A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 46 (7): 811–819. doi:10.1097/chi.0b013e3180547105. PMID 17581445.
60. COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; BERLINER, L.; DEBLINGER, E. (1 November 2000). "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: An Empirical Update". *Journal of Interpersonal Violence*. 15 (11): 1202–1223. doi:10.1177/088626000015011007. S2CID 16067137.
61. Ford, J. D.; Russo, E. (2006). "Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET)". *American Journal of Psychotherapy*. 60 (4): 335–355. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.4.335. PMID 17340945.
62. de Arellano, Michael A. Ramirez; Lyman, D. Russell; Jobe-Shields, Lisa; George, Preethy; Dougherty, Richard H.; Daniels, Allen S.; Ghose, Sushmita Shoma; Huang, Larke; Delphin-Rittmon, Miriam E. (May 2014). "Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence". *Psychiatric Services*. 65 (5): 591–602. doi:10.1176/appi.ps.201300255. ISSN 1075-2730. PMC 4396183. PMID 24638076.
63. "Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)". www.medicalnewstoday.com. 2023-10-27. Retrieved 2024-11-30.
64. Jensen, Tine K.; Braathu, Nora; Birkeland, Marianne Skogbrott; Ormhaug, Silje Mørup; Skar, Ane-Marthe Solheim (2022-12-19). "Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study". *European Journal of Psychotraumatology*.
65. "Addressing Religious and Spiritual Issues in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents." By Walker, Donald F., Reese, Jennifer B., Hughes, John P., Trosky, Melissa J., *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 41 (2), April 2010, 174-180.
66. Berko, Rachel. "The Therapist's Approach to Narrative Therapy." Online article for the Jerusalem Institute for Narrative Therapy. Published 8/9/2011. Last accessed: 11/20/2016.

67. Bishop, William. "The Subtle Difference Between Narrative and Cognitive Psychotherapy." <http://www.thoughtsfromatherapist.com/2011/03/10/narrative-cognitive-therapy-theories-compared-contrasted-difference/>. Last accessed June 4, 2018.
68. Carr, Alan. "Michael White's Narrative Therapy." In Alan Carr, ed. *Clinical Psychology in Ireland, Volume 4, Family Therapy Theory, Practice and Research*. Wells: Edwin Mellon, 2000.
69. Cook, Richard and Irene Alexander, eds. *Intertwining: Conversations between Narrative Therapy and Christian Faith*. North Charleston, SC: CreateSpace, 2008.