

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка

Навчально-науковий інститут психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології ім М.А.Скока

Кваліфікаційна робота

освітнього ступеня «магістр»

на тему:

СОЦІАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ ПРО СУЧАСНІ ТЕХНІКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЛЯ РОБОТИ З ТРАВМОЮ

Виконала:

студентка 61 групи

Зентерекова Ольга Володимирівна

Науковий керівник:

Дерев'янка Світлана Петрівна канд.

психол. наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК: _____

Чернігів – 2025

Студент (ка)

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Науковий керівник

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Рецензент

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол № _____ від «_____» _____ 20__ року.

Студент (ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні основи психотерапевтичної роботи з психологічною травмою	
1.1. Поняття психологічної травми: класифікація, симптоматика, наслідки.....	7
1.2. Основні підходи до психотерапії травми в сучасній психології.....	14
1.3. Принципи ефективної психотерапевтичної підтримки при травмі.....	20
<i>Висновки до розділу 1</i>	25
Розділ 2. Сучасні психотерапевтичні техніки у роботі з травмою	
2.1. Техніки когнітивно-поведінкової терапії при роботі з травмою.....	26
2.2. Техніки EMDR-терапії (десенсибілізації та репроцесингу рухами очей).....	34
2.3. Тілесно-орієнтовані підходи до травмотерапії.....	43
2.4. Елементи арттерапії у подоланні травматичних переживань.....	48
<i>Висновки до розділу 2</i>	52
Розділ 3. Уявлення осіб різного віку про психологічну травму та психотерапевтичні техніки у роботі з травмою	
3.1. Методика проведення емпіричного дослідження.....	54
3.2. Отримані результати та їх аналіз.....	56
3.3. Практичні рекомендації для фахівців-психологів стосовно застосування технік, спрямованих на подолання психологічної травми.....	78
<i>Висновки до розділу 3</i>	90
Висновки.....	92
Список використаних джерел.....	97
Додатки.....	107

ВСТУП

Сучасні соціокультурні умови, зокрема тривала воєнна агресія проти України, зростання рівня стресогенних впливів, невизначеності та кількості потенційно травматичних подій, актуалізували проблему психологічної травми як однієї з ключових тем у сфері практичної психології. Травматичний досвід, що може охоплювати як одиничні шоківі події, так і хронічні, накопичувальні форми дистресу, суттєво впливає на емоційне, когнітивне та соціальне функціонування людини, змінюючи її світосприйняття, поведінкові реакції та уявлення про власні можливості. У цих умовах особливо важливим постає питання доступності та ефективності психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на підтримку осіб, які пережили травматичні події.

Психологічна практика сьогодні пропонує широкий спектр технік роботи з травмою, що ґрунтуються на різних теоретичних школах і методологічних підходах: когнітивно-поведінковій терапії, EMDR-терапії, тілесно-орієнтованих методах, арттерапевтичних техніках та інших напрямках. Їх застосування демонструє високу результативність у зниженні інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресивних переживань та емоційної дезорганізації. Однак не менш важливим чинником є те, як самі люди різного віку сприймають феномен травми та можливості психологічної допомоги. Соціальні уявлення впливають на готовність звертатися по підтримку, довіру до терапевта, вибір конкретних методів, а також на очікування щодо результатів терапії.

Вивчення соціальних уявлень осіб різного віку про психологічну травму та сучасні техніки її подолання дозволяє краще зрозуміти бар'єри на шляху до отримання психотерапевтичної допомоги, рівень інформованості населення, сформовані стереотипи й установки. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для підвищення ефективності психологічних інтервенцій, адаптації

психоосвітніх програм та формування більш здорового, підтримувального середовища для людей, які пережили травматичні події.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості осіб із травматичними переживаннями, необхідністю забезпечення доступної та ефективної психологічної допомоги, а також потребою у глибшому розумінні того, як люди різного віку сприймають травму і сучасні психотерапевтичні практики. Це визначило вибір теми дослідження: **«Соціальні уявлення осіб різного віку про сучасні техніки психотерапії для роботи з травмою».**

Об'єкт дослідження - феномен психологічної травми.

Предмет дослідження - соціальні уявлення осіб різного віку про психологічну травму та психотерапевтичні техніки у роботі з травмою.

Мета дослідження: проаналізувати уявлення осіб різного віку про сучасні техніки психотерапії для роботи з травмою.

Завдання дослідження:

1. Визначити природу та основні характеристики психологічної травми, а також охарактеризувати сучасні техніки психотерапії, які спрямовані на роботу з травмою.

2. Проаналізувати уявлення осіб різного віку про психологічну травму та техніки її подолання.

3. Розробити практичні рекомендації для фахівців-психологів стосовно застосування технік, спрямованих на подолання психологічної травми.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Проблематика психологічної травми та засобів її терапевтичного опрацювання є однією з ключових у сучасній практичній психології, про що свідчить широкий спектр досліджень як в Україні, так і за кордоном. У своїх роботах зарубіжні фахівці, зокрема Б. ван дер Колк, Д. Шапіро, Дж. Герман, підкреслюють багатовимірний характер травматичного досвіду та необхідність комплексних підходів до його подолання. Значний внесок у розвиток психотерапевтичних методів, спрямованих на роботу з травмою, зробили

розробники когнітивно-поведінкових технік (А. Бек, Е. Фoa), EMDR-терапії (Ф. Шапіро), тілесно-орієнтованих підходів (П. Левін) та арттерапевтичних інтервенцій (Е. Крамер).

Українські дослідники (Н. Тарабріна, О. Хухлаєва, Л. Бурлачук та ін.) акцентують увагу на специфіці проявів травматичного стресу в умовах воєнних дій, підкреслюючи потребу у розвитку фахових методів психологічної підтримки та підвищенні рівня психологічної грамотності населення. У контексті нашого дослідження особливу увагу становлять соціальні уявлення різних вікових груп щодо природи травми та доступних методів психотерапевтичної допомоги, оскільки саме вони впливають на готовність людини звертатися по підтримку, рівень довіри до фахівців та успішність терапевтичного процесу.

Методи дослідження:

1. Методи теоретичного дослідження - аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел з метою визначення сутності психологічної травми, її видів, наслідків, а також характеристик сучасних психотерапевтичних технік (КПТ, EMDR, тілесно-орієнтованих методів, арттерапії).

2. Організаційні та інтерпретаційні методи - порівняльний аналіз для виявлення вікових відмінностей у соціальних уявленнях про травму; структурний метод для інтерпретації емпіричних даних та визначення взаємозв'язків між уявленнями та факторами інформованості/досвіду.

3. Емпіричні методи - анкетування та опитування, укладені з урахуванням вікових особливостей респондентів; авторська анкета для вивчення знань та уявлень про травму; опитувальники щодо ставлення до психотерапії (допустимо - адаптовані шкали на вимір довіри до психотерапії, готовності до звернення, психологічної обізнаності).

4. Методи математичної обробки даних - використання пакету статистичних програм SPSS для проведення описової статистики, визначення відсоткових розподілів та застосування коефіцієнта рангової кореляції

Спірмана з метою встановлення взаємозв'язків між віком респондентів та їх уявленнями про психотерапевтичні техніки.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження та включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел та додатки. У першому розділі висвітлено теоретичні підходи до розуміння психологічної травми, її наслідків та принципів психотерапевтичної підтримки. У другому розділі систематизовано сучасні психотерапевтичні техніки, що застосовуються для роботи з травмою. У третьому розділі представлено організацію та результати емпіричного дослідження соціальних уявлень осіб різного віку про психологічну травму та методи її опрацювання, а також практичні рекомендації для фахівців-психологів.

Загальний обсяг роботи – 123 сторінки, з них основного тексту – 96.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ТРАВМОЮ

1.1. Поняття психологічної травми: класифікація, симптоматика, наслідки

Проблемі психологічних травм присвячені роботи багатьох як зарубіжних, так і вітчизняних психологів. Емпіричні дослідження даного феномену беруть початок із психоаналітичних досліджень таких вчених, як: З. Фрейд, А. Фрейд, К. Юнг, Р.Д. Лейнг, Ф. Рупперт, Х. Хартман, Б.-Д. Фурст та ін. Над проблемою психологічної травматизації та її наслідків, внаслідок збройного конфлікту на території нашої держави, працюють: О. Кокун., В. Осьодло, О. Хміляр, Н. Агаєв, В. Стасюк, О. Тімченко, Ю. Ширококов, О. Сиропятов та ін.

Аналіз публікацій свідчить, що психологічна травма є не менш небезпечною для людини й може впливати на її здоров'я значно сильніше та глибше, ніж будь-які інші захворювання. Єдиної думки з даної проблеми у науковій літературі не існує, але існує ряд суперечностей. Поняття «психологічна травма» дослідниками різних психологічних шкіл розглядається по-різному. Одні проводять розмежування понять «психічна травма» і «психологічна травма», інші, навпаки, об'єднують ці поняття [55, с. 18].

Наукове дослідження психологічної травми бере свій початок із другої половини XIX століття. На початку XX століття розвиваються та отримують наукове обґрунтування уявлення про її природу, досліджуються причинно-наслідкові зв'язки виникнення захворювань, викликаних психічною травматизацією.

У 1878 році німецький лікар та психіатр Альберт Ойленбург уперше ввів у психіатричну практику поняття «психічної травми». У 1880-х роках невролог Герман Оппенгейм сформулював одну з перших теорій

травматичного неврозу. Спираючись на спостереження, проведені у 1883–1888 роках, він зауважив, що люди, які пережили нещасні випадки, страждали на характерну нервово-психічну симптоматику. Згодом цю теорію продовжив розвивати французький невролог і психіатр Жан-Мартен Шарко [47].

Наприкінці XIX століття в Європі були теоретично обґрунтовані кілька підходів до розуміння психологічної травми та її впливу на психіку. Один із них представлений у працях З. Фрейда і Ж. Брейєра, де акцент зроблено на вивченні істерії та формуванні невротичної симптоматики. Згідно з психоаналітичною традицією, травматичний досвід стає тригером емоційного конфлікту, не завжди будучи суто негативним чи болючим спогадом.

Інша модель, розроблена французьким психіатром П'єром Жане, трактує наслідки емоційного шоку як результат дисоціативних процесів. Важливо зазначити, що між вченими існували суттєві розбіжності у поглядах на природу травмуючих переживань, їхню роль у психічному функціонуванні та способи терапевтичного втручання. У Фрейда центральним був афект і його вираження, у той час як Жане зосереджувався на поведінкових реакціях та функціональності дій.

Таким чином, друга половина XIX століття ознаменувала початок системного наукового аналізу феномена, що сприяв становленню психології як науки та народженню психотерапії. Поняття травматизації вивчалось в межах психоаналітичних теорій, концепції неврозу та самонавіювання, а також через категорію особистісного сенсу (З. Фрейд, К. Хорні, К. Юнг) [33].

За визначенням О. Литвиненка, психологічна травма - це шкода, завдана психічному здоров'ю людини внаслідок інтенсивного впливу несприятливих середовищних чинників або сильних стресових ситуацій, спричинених діями інших людей [28]. Н. Гоцуляк підкреслює, що це події або обставини, які торкаються життєво значущих сфер особистості та викликають глибокі внутрішні переживання [15].

Коли травматична стресова подія призводить до порушення у психічній сфері людини, подібних до змін у соматичних процесах варто говорити про психологічну травматизацію. Не можна стверджувати, що особистість обов'язково отримає психологічну травму в разі наявності тих чи інших подій, які для більшості людей можуть виявитися не травмуючими.

Л. Царенко вважає, що помітні порушення нормального функціонування психіки спостерігаються у випадку психічної травми. Таких порушень не буде, якщо ця травма психологічна, однак базові переконання і цінності людини суттєво змінюються. У разі психічної травми йдеться про ситуації, які ставлять під загрозу життя людини. У випадку ж психологічної травми події мають загрозливий характер для особистості чи сприймаються як такі, наприклад: втрата домівки, місця проживання, роботи, ув'язнення; подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильство в сім'ї) та ін. Такі події впливають на звичний спосіб життя особистісну та цілісність людини. Пережита психологічна травма може призводити до дистресу (виснаження), сильного емоційного стресу або навіть кризи. У таких ситуаціях зміни психічного стану відрізняються від змін, що виникають внаслідок психічної травми [69].

Узагальнюючи різні класифікації, наведені у психологічній літературі, можна виокремити наступні види травм:

1. Монотравма - це вид травми, який виникає внаслідок одноразової події чи подій, які сталися в конкретний момент проміжку часу (втрата близької людини, аварія на дорозі) та може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних проблем;

2. Мультитравма - це вид травми, коли людина протягом тривалого періоду переживає повторювані травмуючі події або стресові ситуації (участь у бойових діях) та може призводити до хронічних форм стресу та інших розладів;

2.1. Секвенційна травма (повторювана травма) характеризує травмівну життєву ситуацію, у якій часто повторюються схожі події (домашнє насильство, тривале жорстоке ставлення, постійна зрада, війна);

2.2. Шокова травма (екзистенційна) - це переживання подій, які несуть серйозну загрозу життю та фізичній цілісності людини, знижують здатність ефективно реагувати на неї, та переживати смертельну небезпеку й страх смерті (фізичне знущання, катування, сексуальне насильство, родова травма, клінічна смерть, нещасні випадки, ізоляція, смертельні захворювання, кома, присутність при вмиранні, насильстві, катуванні);

2.3. Бойова травма - це травматичні переживання подій пов'язані з веденням бойових дій;

2.4. Травма втрати - це і травма, викликана втратою близьких людей (фізична - смерть, психологічна - розлучення) коли травмуючі події майже завжди викликають цілу низку втрат, в той же час це й людський досвід, який пов'язаний зі смертю когось близького, звільненням з роботи, видаленням частини тіла, розривом родинних зв'язків, відходом з рідного дому, колективу та ін.

2.5. Травма розвитку - це вид травми, що виникає внаслідок переживання травмуючих подій у ранньому віці, особливо в дитинстві (коли батьки не задовольняють базових потреб дитини в емоційній прив'язаності, любові, опорі, підтримці, захищеності, а також через недосяжність близького зв'язку з ними, відторгнення, нехтування чи зловживання стосовно дитини);

2.6. Травми взаємин – це травми, які виникають внаслідок негативного досвіду в стосунках з іншими людьми, завдають шкоди емоційному та психологічному стану людини та є формами психологічного насильства (булінг, мобінг, харасмент, газлайтинг);

2.7. Трансгенераційна травма – «це травма, яка передається з першого покоління тих, хто пережив травмування, до другого та наступних поколінь нащадків через складні механізми посттравматичного стресового розладу» [46; 69].

З точки зору психології, психологічною травмою є порушення цілісності функціонування психіки, яке виникло внаслідок ситуації, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів та яка викликає в подальшому глибокі емоційні переживання (Р. Кадиров, І. Погодіна, Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе та ін.). Варто зазначити, що важливим критерієм виникнення травми є не сама подія, а її суб'єктивна інтерпретація (Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук). Отже, в залежності від суб'єктивної значущості ситуації для індивіда та системи механізмів психологічного захисту, потенційно травмуюча подія може викликати, або, навпаки, не викликати психологічну травму в особистості.

Згідно розробки ідей про структурні компоненти цілісності в процесі розвитку психічної травми в особистості (наукові ідеї та дослідження: Л. Гребінь, М. Кузанського, М. Мамардашвілі та ін.), людину можна розглядати як складний чотиривимірний об'єкт структурного розвитку. До цих вимірів належать: тіло (тілесність), емоційний, когнітивний та духовний виміри її буття, які розвиваються поступово впродовж онтогенезу та є визначальними, взаємопов'язаними і такими, що утворюють цілісну систему – особистість [55, с. 121].

А тому порушення цілісності цих вимірів буття особистості спричиняє виникнення визначеного феномену та, як наслідок, зумовлює перебіг симптомів саме на цих рівнях. Схематично це представлено на рисунку 1.1.

Особливості перебігу та переживання травми, згідно представленої моделі, слід розглядати через взаємозв'язок певних симптомів у всіх виділених вимірах буття особистості.

На тілесному рівні проявляються такі симптоми, як: підвищена чутливість до шуму, головний біль, порожнеча в шлунку, слабкість у м'язах, сухість у роті, відчуття стиснення в грудях, горлі, задишка, нестача енергії та ін.

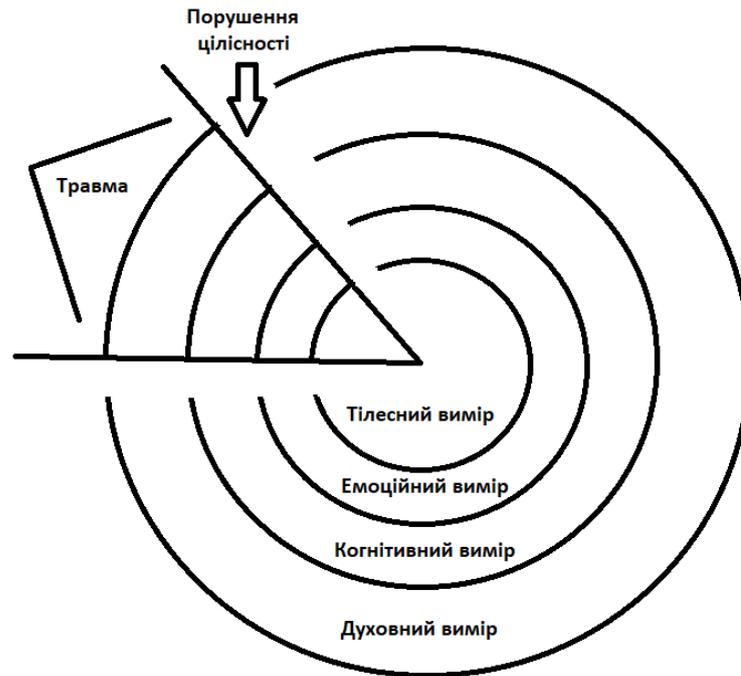


Рис. 1.1. Психологічний механізм психологічної травми

В результаті впливу травмуючого чинника в емоційному вимірі можуть виникати такі прояви, як: страх або паніка, гнів, самотність, почуття провини, втома, потрясіння, безпорадність, туга, відчай, заціпеніння, почуття втрати, почуття власної нікчемності, приниження, розгубленість та ін.

У когнітивному вимірі під час та після травмуючої події відбуваються суттєві зміни (видозмінення, руйнація) базових переконань (ілюзій), які тривалий час визначали та організовували поведінку особистості. У майбутньому це може спровокувати аутодеструктивну поведінку та неусвідомлене бажання повторити психотравмуючу ситуацію, щоб знов її пережити та повернути собі відчуття контролю, базові ілюзії та відчуття безперервності свого існування в світі [14].

Духовність у психології розуміється як складне утворення, вершина розвитку особистості. На духовному рівні реалізуються творчі здібності та відбувається самоактуалізація особистості, що є характеристикою розвиненої духовної людини.

Зазначені симптоми є умовними, адже кожна людина в залежності від індивідуально-психологічних особливостей по-різному переживає події. Коли вплив психотравми здійснюється на мозок, люди можуть втрачати здатність адаптуватися до стресу, розвиваючи підвищену тривожність. Можуть з'являтися на особистісному рівні тимчасові відчуття дискомфорту, стійкі стани, які послаблюють працездатність, імунітет і адаптивні здібності мислення.

Недостатньо вивченими до цього часу залишаються особливості психічного здоров'я учасників бойових дій.

Травма має подвійну природу: по-перше спочатку виявляється руйнівна сила, яка забирає здатність людини жити і радіти життю; по-друге, парадокс травми – це її здатність зцілювати і трансформувати людину. Скільки людина має травм (те, що викликає нестерпні душевні страждання і тривоги.), стільки й ресурсів, за допомогою яких вона бореться з ними. Психіка влаштована досить гармонійно і має свої механізми, які дозволяють людині зберегти свою цілісність і вижити в цих умовах.

Наслідком психологічної травми для психіки людини може стати розвиток ПТСР (тривожного розладу особистості) як синдрому, тобто реакції на травматичні події.

Психологічна травма може призводити як до тимчасових, так і до довготривалих стресових розладів, таких як:

- гостра стресова реакція (від хвилини до 3-х діб після травматичної події): події сприймаються як такі, що загрожують життю та здоров'ю людини;

- гострий стресовий розлад (від години до 4-6 тижнів після травматичної події): порушення, що розвивається у деяких людей після травматичної події;

- хронічний посттравматичний стресовий розлад (після 1-го року і більше після травматичної події): психічний розлад, спричинений переживанням однієї або кількох подій, що травмують психіку [13].

Таким чином, психологічна травма є важливим і складним феноменом. Травматичний досвід залишає глибокий відбиток на психіці людини, і наслідки можуть бути як короткостроковими, так і довготривалими. Симптоми психологічної травми можуть проявлятися у фізичних, когнітивних, поведінкових та емоційних аспектах. Важливо враховувати, що ступінь впливу та наслідки психологічної травми залежать від індивідуальних особливостей людини, її стійкості до негативного досвіду та особистого сприйняття конкретної події.

1.2. Основні підходи до психотерапії травми в сучасній психології

Психологічна наука і практика розвиваються настільки швидко, що чинні класифікації не встигають адаптуватися до цього прогресу. Тому наразі не існує єдиної загальноприйнятої системи класифікації підходів психотерапії.

Підхід може належати до певного напрямку, наприклад: психодинамічного, поведінкового (який іноді називають когнітивно-поведінковим), гуманістичного, або ж може поєднувати в собі ознаки декількох напрямів і вважатися полімодальним.

До психодинамічного (психоаналітичного) напрямку відносяться види психотерапії, орієнтовані на психоаналітичну теорію: класичний психоаналіз (З. Фрейд), індивідуальна психологія А. Адлера, аналітична психологія К. Юнга, вольова терапія О. Ранка, активна аналітична терапія В. Штекеля та ін. [6].

Когнітивно-поведінковий складається з двох основних напрямків: поведінкової терапії, яку розробив Вольпе та ін. у 1950–1960-х роках, та когнітивного підходу у терапії, що розробив Аарон Бек у 1960-х роках.

Напрямок когнітивно-поведінкової психотерапії поділяється на різні варіанти допомоги: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, раціонально-емоційна поведінкова терапія, когнітивна терапія, діалектична

поведінкова терапія, терапія прийняття й відповідальності, східна когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія, схематерапія, поведінкова активація, інтерперсональна терапія та ін.

Гуманістична психотерапія бере початок в гуманістичній психології та роботах її засновників - К. Роджерса, Р. Мея, А. Маслоу та ін.

З гуманістичним напрямком пов'язано багато методів: недирективна клієнтцетрована психотерапія (К. Роджерс), психологічне консультування (Р. Мей), сенсорне усвідомлення (Ш. Сильвер, Ч. Брукс), біоенергетика (В. Райх), структурна інтеграція (І. Рольф), психосинтез (Р. Ассаджіолі), логотерапія (В. Франкл), екзистенціальний аналіз Р. Мея і Дж. Бюдженталя та ін. Також сюди можна віднести арттерапію, поетичну терапію, терапію творчим самовираженням (М.Е. Бурно), музикотерапію (П. Нордофф та К. Роббінс) та ін., а також всі системи, що ґрунтуються на директивному або недирективному навіюванні.

Практика психотерапії травми залежить від теоретичного підходу, який обирає психолог та його професійної філософії. Водночас вибір стратегії психотерапевтичної роботи залежить від готовності клієнта описати свій досвід у рамках тієї чи іншої теорії. Основні сучасні підходи до психотерапії травми включають: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), EMDR-терапію (десенсибілізацію та репроцесинг рухами очей), а також тілесно-орієнтовані підходи. Серед поширених сучасних підходів у психотерапії можна виокремити: арттерапію, клієнт-цетровану терапію, екзистенціальна психотерапію, гештальт-терапію, логотерапію та оксфордський підхід до терапії ПТСР [17].

Одним із основних сучасних підходів у роботі з травмою є когнітивно-поведінковий підхід. Він дозволяє застосовувати техніки, спрямовані на виявлення та подальшу трансформацію внутрішніх та глибинних конфліктів особистості, які стають доступними для усвідомлення. Найважливішим завданням у рамках такого підходу є навчання людини навичкам контролю над власним мисленням, поведінкою та емоціями.

Розвиток КПТ розпочався у 60-х роках ХХ століття завдяки працям Аарона Бека та Альберта Елліса.

Найбільш ефективними та рекомендованими сучасними протоколами є такі терапевтичні підходи, як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR).

Метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) розроблений у 1987 році Френсіс Шапіро (США). В основі методу лежить уявлення про існування особливого психофізіологічного механізму – адаптивної інформаційно-переробної системи. Коли дана система активується - відбувається спонтанне переопрацювання та нейтралізація травматичної інформації, що сприяє позитивним змінам в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Даний метод полягає у швидкому зменшенні інтенсивності негативних спогадів і неприємних емоцій та розроблений для лікування травматичних переживань [71].

Тілесно-орієнтована терапія являє собою психотерапевтичний підхід, який для роботи з психологічними труднощами та психічними розладами використовує тілесний контакт та спеціальні техніки, які спрямовані на зняття блоків у тілі. Процес зцілення передбачає усвідомлення свого тіла та звільнення від накопичених емоцій. Роботу з тілом потрібно поєднувати з аналітичною терапією для глибшого розуміння психологічних змін та забезпечення закріплення результатів [29].

Основи тілесно-орієнтованої терапії були закладені на початку ХХ століття В. Райхом. Головною метою даної терапії є створення безпечних умов, де пригнічені негативні почуття та травматичні спогади можуть піднятися на рівень свідомості для повторного проживання та вираження. Такий процес сприяє розрядці емоційної напруги, зняттю психологічних блоків та досягненню внутрішнього зцілення [64].

Арттерапія - це метод психологічної допомоги, який для самовираження та подолання психологічних труднощів використовує різноманітні ви

мистецтва. Вона пов'язана як з історією психотерапії, так і з мистецькими практиками, які допомагають людині символічно виражати свої почуття, страхи та переживання [65].

Основи арттерапії в США заклала Маргарет Наумбург, а підходи до арттерапії в Європі розробляли Едвард Адамсон та Едит Крамер, підкреслюючи важливість мистецтва як мови для розуміння і опрацювання несвідомих переживань.

Арттерапія дає можливість опрацювати складні емоції та несвідомі конфлікти за допомогою символічної мови творчості, що робить її універсальним методом психологічної допомоги.

Клієнт-центрована терапія (особистісно-орієнтована терапія) - це гуманістичний підхід у психотерапії, який зосереджується на здатності людини до саморозвитку та самореалізації та створенні сприятливого терапевтичного середовища. Автором даного підходу є психолог Карл-Ренсом Роджерс. Терапія ґрунтується на переконанні, що кожна людина має внутрішній потенціал для зростання, за умови отримання підтримки та розуміння [39].

Даний підхід зосереджується не на минулих подіях або майбутніх страхах, а на теперішніх переживаннях людини. Під час терапії людина має змогу глибше зрозуміти себе, усвідомити власні почуття та потреби, що сприяє прийняттю рішень, які відповідають його справжньому "Я".

Екзистенціальна психотерапія спрямована на роботу з різними видами тривоги: нормальною, невротичною та екзистенціальною, а також на взаємодію з провинною: нормальною, невротичною та екзистенціальною. Психіатр Л. Бісвангер та психолог і психотерапевт Р. Мей виділяють три основні рівні взаємодії із світом: перший - зовнішній світ, який включає інстинкти, біологічні потреби та прагнення; другий - соціальний світ, який визначається відносинами та взаємодією з іншими; третій - внутрішній світ, який являє собою суб'єктивний світ конкретної людини.

В екзистенціальній терапії особливий акцент приділяється тривалій практиці, яка часто проводиться у формі групових сесій.

Гештальт-терапія - це психологічний напрям, який ґрунтується на принципі цілісності особистості та саморегуляції, усвідомленні власних думок, почуттів та поведінки в моменті «тут і зараз». Даний підхід був розроблений на початку ХХ століття Фредеріком Перлзом. Ідеєю гештальт-терапії є сприйняття людини як цілісної системи («гештальт»), а не набору окремих складових. Головною метою гештальт-терапії є допомога людині знайти власну сутність, індивідуальність та відчуття цілісності [48].

Логотерапія, розроблена Віктором Франклом являє собою модель психотерапії, в якій центральною мотивацією людини є пошук сенсу, а головним механізмом ціннісного самовизначення розглядається совість. Завдяки міждисциплінарному підходу вона поєднує філософські, психологічні, психіатричні та духовні компоненти, допомагаючи людині відновити внутрішню опору, знайти смислову орієнтацію та гідність, незважаючи на травмівний досвід.

Логотерапія базується на ключових концепціях, таких як: «зміст життя», «свобода волі», «воля до змісту», поняття страху, екзистенціальної порожнечі, самотрансценденції, совісті, девіації та методу парадоксальної інтенції.

Найефективнішою у когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вважається, запропонована А. Ехлерсом і Д. Кларком, так звана когнітивна терапія ПТСР (cognitive therapy for PTSD), неофіційна назва якої – оксфордський підхід до терапії ПТСР, оскільки ця назва пов'язана з місцем роботи авторів – Оксфордським центром тривожних розладів і травми [21].

Оксфордський підхід когнітивно-поведінкової психотерапії ставить такі основні цілі: ідентифікувати та змінити негативні особистісні значення, які надані травматичній події та її наслідкам; послабити симптоми повторного

переживання та дискримінувати тригери; усунути дисфункційну поведінку та когнітивні стратегії.

Провівши аналіз різноманітних методів роботи з психотравмою, можна дійти висновку, що універсального підходу не існує, а вибір конкретного методу залежить від індивідуальних особливостей людини та характеру її психотравми. Психотерапевту важливо враховувати індивідуальні особливості та специфіку травмованої людини, щоб визначити найбільш оптимальний напрямок роботи для ефективного подолання наслідки психічної травми.

Наразі не існує єдиного універсального або найбільш ефективного методу для роботи з психотравмами. Кожна теоретична парадигма пропонує власне уявлення про сутність травми та можливі стратегії для подолання її наслідків. Враховуючи це кожен психотерапевт має обирати конкретний напрямок роботи. Тому, дуже важливо чітко розуміти особливості та психологічну сутність постраждалої особи, враховуючи її індивідуальні особливості, які необхідно брати до уваги під час діагностики травматичного досвіду та побудови психотерапевтичних відносин.

На основі цього психотерапевт може визначити найбільш оптимальний напрямок роботи та сприяти клієнту в подоланні наслідків психічної травми.

Таким чином, в сучасній психології не існує єдиної загальноприйнятої системи класифікації підходів психотерапії. Обраний підхід до психотерапії травми може належати до психодинамічного, поведінкового (який іноді називають когнітивно-поведінковим), гуманістичного, або ж може поєднувати в собі ознаки декількох напрямів і вважатися полімодальним. Серед поширених сучасних підходів у психотерапії можна виокремити: когнітивно-поведінкову психотерапію, EMDR-терапію (десенсибілізацію та репроцесинг рухами очей), тілесно-орієнтовану психотерапію, арттерапію, клієнт-центровану терапію, екзистенціальну психотерапію, гештальт-терапію, логотерапію та оксфордський підхід до терапії ПТСР.

1.3. Принципи ефективної психотерапевтичної підтримки при травмі

Психотерапія – це комплексний, усвідомлений і цілеспрямований процес лікування психосоматичних або психосоціально викликаних розладів поведінки, станів страждання, який проводиться за допомогою науково-психотерапевтичних методів, у взаємодії між одним або кількома клієнтами та одним або кількома психотерапевтами, метою яких є пом'якшення або усунення наявних симптомів, корекція порушених моделей поведінки й поглядів, а також сприяння особистісному розвитку, зрілості та підтримці його здоров'я.

Психотерапевтична робота з клієнтами, які пережили травмуючі ситуації, має свої специфічні особливості і має спрямовуватися на підтримці адаптивних властивостей особистості, опрацюванні емоційних станів, актуалізації життєвих сенсів, формуванні стратегій для побудови «нового життя» без наслідків травми, а також опрацюванні та спробі реалізувати плани на майбутнє [48].

Надання психологічної допомоги характеризується певними особливостями. Головним її аспектом є необхідність повної довіри клієнта до психотерапевта. Для забезпечення відкритих і водночас захищених відносин між ними була розроблена система організації психотерапевтичної взаємодії, що базується на таких шести основних принципах:

Одним із основних принципів ефективної психотерапевтичної взаємодії при травмі є конфіденційність.

Дотримання інтересів клієнта передбачає дотримання конфіденційності всього, що відбувається під час психотерапевтичного сеансу. Психотерапевт не має права розголошувати інформацію та прізвища своїх клієнтів жодним посадовим особам. У власних записах він має застосовувати скорочення або псевдоніми, які виключають можливість ідентифікації особи. При використанні прикладів у навчальних матеріалах або публікаціях цей

принцип також залишається обов'язковим. Професійні асоціації суворо контролюють дотримання етичних норм і виключають зі своїх членів тих психотерапевтів, які порушили дане правило.

Конфіденційність у психотерапевтичній роботі має свої межі, і про них важливо попереджувати клієнта на початку роботи. У разі, якщо клієнт ділиться інформацією про можливу загрозу своєму життю, здоров'ю, благополуччю чи життю інших людей, психотерапевт зобов'язаний вжити відповідних заходів для запобігання цієї небезпеки. Це може призвести залучення сторонніх осіб або розкриття певної інформації, наприклад, повідомлення про намір скоїти самогубство чи втечу дитини. При роботі в групі психотерапевт відповідає за встановлення таких групових норм, які забезпечать атмосферу довіри та гарантують, що все, що відбувається всередині групи, залишається в її межах [34].

Наступним принципом ефективної психотерапевтичної взаємодії є безоцінність.

Людину, яка звертається за допомогою, не слід сприймати інтелектуально обмеженою, неповноцінною чи хворою, а також ставитися до неї упереджено. Оскільки психотерапевтична допомога – це послуга, яку спеціаліст надає за оплату, а клієнт є особою, котра потребує підтримки через недостатність певних навичок психічної саморегуляції. Більшість клієнтів побоюються, що відвертість на сеансі призведе до знецінювання їх особистості чи засвідчить їх слабкість. Тривога та почуття провини, котрі супроводжують звернення до психотерапевта, хоч і є ірраціональними, але зазвичай не зменшуються від цього. Саме тому на першій зустрічі терапевту важливо запевнити клієнта у своїй цілковитій безоцінності. Серед клієнтів можуть траплятися злі, жорстокі чи розбещені люди, які також потребують допомоги, адже їх негативні якості часто є відображенням особистісних проблем і неблагополуччя. Завдання психотерапевта: не звинувачувати, не засуджувати і не давати оцінок, а допомагати: сприяти подоланню проблем та покращенню якості життя [22].

Тобто, безоцінне ставлення до клієнта має базуватися на прийнятті клієнта таким, яким він є. Лише в таких умовах клієнт здатний прийняти самого себе. Парадоксальність даної ситуації полягає в тому, що саме самоприйняття відкриває шлях до змін.

Найголовнішим принципом ефективної психотерапевтичної підтримки при травмі є емпатія.

Дану здатність можна розглядати як основну установку, а також як одну з професійно необхідних якостей терапевта. Емпатія - це здатність відчувати та переживати почуття, емоції та стани іншої людини, емоційне розуміння, когнітивна децентрованість (здатність враховувати точку зору, інтереси та думки інших людей). Вона належить до найважливіших вмінь в психотерапії. Без емпатійного розуміння важко реалізувати багато психотерапевтичних підходів, зокрема: екзистенціально-гуманістичний, гештальт-терапію, роджеріанство; воно відіграє важливу роль у дазайн-аналізі (аналізі існування) [8].

Також до основних принципів психотерапевтичної підтримки при травмі слід віднести увагу, доброзичливість та терпіння.

Дані принципи визначають загальне ставлення терапевта до клієнта та загальний емоційний стан під час психотерапевтичної роботи.

Також досягнути ефективної психотерапевтичної підтримки при травмі можливо психологом, при дотриманні ним принципу компетентності .

Основним змістом принципу компетентності є постійне підвищення практикуючим психологом рівня своєї професійної компетентності та поповнення своїх знань про нові наукові досягнення в галузі його діяльності.

Психолог повинен братися лише за ті завдання, для виконання яких має належну освіту та володіє необхідними методами їх виконання. Якщо завдання виявляється занадто складним, він зобов'язаний попередити про це клієнта, запропонувати передати його вирішення компетентному спеціалісту або допомогти встановити контакт із фахівцями, які можуть надати відповідну допомогу.

Психолог не має права використовувати методи та процедури, які не пройшли достатньої апробації або не повністю відповідають встановленим науковим стандартам. У протилежному випадку він зобов'язаний повідомити про це зацікавлених осіб та проявляти максимальну обережність при формулюванні висновків і рекомендацій. Інтерпретуючи дані психологічного обстеження, психолог повинен уникати детальних пояснень про структуру чи специфіку тесту. Психолог не має права передавати психодіагностичні, психотерапевтичні чи психокорекційні методики для користування особам, які не мають відповідної компетентності і зобов'язаний запобігати використанню таких методів психодіагностики людьми без професійної підготовки [38].

Під час працевлаштування психолог має повідомити адміністрацію про те, що в межах своєї професійної компетенції буде діяти незалежно, а будь-яке втручання в його діяльність може здійснювати лише орган психологічної служби, якому методично підпорядковується психолог. Крім того важливо звернути увагу зацікавлених осіб на необхідність зберігання таємниці психологічних досліджень і дотримання правил Етичного кодексу Товариства психологів України.

Варто звернути увагу на важливий аспект, пов'язаний із принципом компетентності. Якщо психолог стикається з особистими проблемами, які заважають виконанню його професійних обов'язків і свідчать про професійну непридатність, він має звернутися за допомогою до інших спеціалістів, а також працювати над усуненням власних недоліків.

Психолог повинен уникати надання індивідуальних порад чи висловлення оцінок без належного розуміння обставин життя клієнта або ситуації, в якій той перебуває.

Ще одним із принципів слід виділити такий як - добровільність участі.

Ніхто не має права примушувати людину до проходження психологічного обстеження або брати участь у корекції її життєвого стилю, особистісних та індивідуальних рис та поведінки. Така робота може

здійснюватися виключно за добровільної згоди клієнта та за бажанням, клієнт має право в будь-який момент перервати діагностично-корекційну роботу.

Свідоме ставлення клієнта до діагностично-корекційної роботи, в якій він бере участь є необхідною умовою продуктивної взаємодії клієнта з психологом. Психолог повинен ознайомити клієнта про зміст і завдання його професійних дій, а також пояснити про можливі наслідки як для самого клієнта так і для його найближчого оточення.

Із зазначеного вище правила є два винятки. Перший стосується ситуацій, коли практична соціальна та психологічна робота надається без згоди людини. Це може відбуватися, якщо особа неспроможна свідомо брати участь у діагностично-корекційній роботі через хворобу або перебуває у стані зміненої чи неповної свідомості та потребує невідкладної допомоги. Другий виняток стосується судово-психологічної експертизи. У таких випадках психолог здійснює свої повноваження за рішенням судових інстанцій і не передбачає співробітництва клієнта у цьому процесі. Слід пам'ятати, що у даному випадку можуть застосовуватися специфічні методи діагностично-корекційної роботи.

Таким чином, дотримання принципів психотерапевтичної підтримки при травмі забезпечує якісну та ефективну допомогу, сприяє вирішенню проблем та відновленню психічного здоров'я клієнта. Базові терапевтичні установки складають етичний кодекс психотерапевта. До основних принципів ефективної психотерапевтичної взаємодії при травмі відносяться: конфіденційність, безоцінність, емпатія, увага, доброзичливість та терпіння, компетентність, добровільність участі. Дотримання цих принципів полегшує спілкування пацієнта з незнайомою людиною (психотерапевтом) у складній життєвій ситуації та слугує гарантією професійного ставлення до проблем особистості, яка звернулася за допомогою.

Висновки до розділу 1

Виходячи з усього вищезазначеного, можна зробити наступні висновки:

1. Психологічна травма є важливим і складним феноменом. Травматичний досвід залишає глибокий відбиток на психіці людини, і наслідки можуть бути як короткостроковими, так і довготривалими. Симптоми психічної травми можуть проявлятися у фізичних, когнітивних, поведінкових та емоційних аспектах. Важливо враховувати, що ступінь впливу та наслідки психічної травми залежать від індивідуальних особливостей людини, її стійкості до негативного досвіду та особистого сприйняття конкретної події.

2. В сучасній психології не існує єдиної загальноприйнятої системи класифікації підходів психотерапії. Обраний підхід до психотерапії травми може належати до психодинамічного, поведінкового (який іноді називають когнітивно-поведінковим), гуманістичного, або ж може поєднувати в собі ознаки декількох напрямів і вважатися полімодальним. Серед поширених сучасних підходів у психотерапії можна виокремити: гештальт-терапію, логотерапію, екзистенціальну психотерапію, клієнт-центровану терапію, тілесно-орієнтовану психотерапію, когнітивно-поведінкову психотерапію та оксфордський підхід до терапії ПТСР.

3. Дотримання принципів психотерапевтичної підтримки при травмі забезпечує якісну та ефективну допомогу, сприяє вирішенню проблем та відновленню психічного здоров'я клієнта. Базові терапевтичні установки складають етичний кодекс психотерапевта. До основних принципів ефективною психотерапевтичної взаємодії при травмі відносяться: конфіденційність, безоцінність, емпатія, увага, доброзичливість та терпіння, компетентність, добровільність участі. Дотримання цих принципів полегшує спілкування пацієнта з незнайомою людиною (психотерапевтом) у складній життєвій ситуації та слугує гарантією професійного ставлення до проблем особистості, яка звернулася за допомогою.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНІКИ У РОБОТІ З ТРАВМОЮ

2.1. Техніки когнітивно-поведінкової терапії при роботі з травмою

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) належить до найпоширеніших та найефективніших методів психотерапії, що базується на наукових доказах. Згідно з рекомендаціями професійних асоціацій психіатрів і психотерапевтів, Міністерства охорони здоров'я України та ВООЗ, цей метод є одним із «втручань першого вибору» [31].

Численні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії у лікуванні депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової), розладів харчової поведінки, розладів особистості та ін. КПТ у поєднанні з медикаментозною терапією демонструє ефективність при шизофренії, біполярному розладі та інших психічних захворюваннях [2].

Розвиток КПТ як окремого напрямку розпочався у 1960-х роках завдяки працям Аарона Бека, який розробив когнітивну терапію для лікування депресії, та Альберта Елліса, який створив раціонально-емотивну поведінкову терапію. Характерною рисою КПТ є інтеграція двох підходів: когнітивного, зосередженого на зміні мислення, та поведінкового, спрямованого на зміну поведінки. Головними принципами цього підходу є орієнтація на конкретні проблеми клієнта, акцент на роботі «тут і зараз», активна співпраця терапевта і клієнта та структурованість терапевтичного процесу. Основна мета КПТ полягає у виявленні автоматичних негативних думок, їх критичній оцінці та заміні на більш адаптивні. Також особлива увага приділяється зміні поведінки шляхом впровадження нових стратегій для подолання труднощів, навчання навичкам саморегуляції та покращення міжособистісної взаємодії [55].

Сучасна КПТ постала на перетині поведінкової терапії (яка наголошує на важливості змін у поведінці задля подолання проблем психічного здоров'я) та когнітивної терапії (яка акцентує увагу на розумінні та зміні значень, які людина надає життєвим подіям). Різним видам психологічних проблем притаманні характерні деструктивні когніції, що відрізняються за змістом і стилем мислення. Наприклад, при тривожних розладах у мисленні домінує постійне занепокоєння потенційною загрозою, що супроводжується спотвореним її перебільшенням та очікуванням найгіршого розвитку подій. Існує чимало доказів того, що КПТ є ефективним методом допомоги при різних розладах психічного здоров'я; водночас докази справедливості самої теорії КПТ, яка лежить в основі цього підходу, є менш чіткими, хоча також підтверджують її основні положення [8].

Історія розвитку КПТ часто описується в контексті трьох послідовних «хвиль». Перший етап, поведінковий, тривав приблизно з 1950-х по 1980-ті роки; другий етап, когнітивний, охоплював 1980–1990-ті роки; а третій етап, відомий як «третя» або «емоційна» хвиля, розпочався у 1990-х роках і продовжується дотепер. Техніки, сформовані в межах першої та другої хвилі, стали важливою базою для практики КПТ, яка згодом була доповнена методами третьої хвилі з їхнім фокусом на емоційному регулюванні. Знання теоретичних основ, принципів і технік усіх цих етапів значно розширює можливості терапевта, дозволяючи вибирати оптимальні стратегії, плани терапії, методи та прийоми для роботи з різними категоріями пацієнтів [2].

КПТ має низку суттєвих переваг, що робить її ефективним інструментом для подолання різноманітних психологічних проблем. Методи цієї терапії є практичними та орієнтованими на досягнення конкретних результатів, завдяки чому клієнти можуть доволі швидко помічати позитивні зміни у своєму стані. КПТ зазвичай є короткостроковою терапією, що робить її доступною для багатьох людей і дозволяє заощадити час, оскільки покращення настають у відносно стислі терміни. Більше того, ефективність КПТ підтверджена численними науковими дослідженнями, особливо щодо

лікування депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших станів. Важливою перевагою цього підходу є й те, що він активно залучає клієнта до терапевтичного процесу, підвищуючи його відповідальність за власне одужання, що часто прискорює досягнення позитивних результатів. Нарешті, в ході терапії клієнти опановують інструменти для самостійного вирішення проблем у майбутньому, що підвищує їхню стресостійкість та психологічну автономність [55][32].

Незважаючи на численні успіхи у застосуванні КПТ, існують і певні обмеження цього підходу. Ефективність терапії може варіюватися залежно від тяжкості розладу, індивідуально-психологічних особливостей пацієнта та рівня його мотивації до лікування. Деякі люди також стикаються з труднощами у доступі до КПТ через обмежену кількість кваліфікованих фахівців, високі фінансові витрати або недостатню обізнаність про цей метод терапії [20]. Крім того, хоча КПТ загалом вважається дієвим підходом, його не можна назвати універсальним рішенням: у певних випадках іншим пацієнтам більше допомагають альтернативні методи психотерапії, а інколи для повного розв'язання проблем доводиться поєднувати психотерапію з медикаментозним лікуванням чи іншими видами втручань. Також слід враховувати, що успішне застосування КПТ вимагає часу та зусиль від самого клієнта, адже нові навички, набуті під час терапії, потребують наполегливого тренування і практики [32]. Нарешті, механізми терапевтичної дії КПТ досі залишаються не до кінця з'ясованими і потребують подальшого наукового вивчення [20].

На практиці ж когнітивно-поведінкова терапія реалізується через застосування широкого спектра методів і технік. Відповідно до когнітивної моделі, яка описує взаємозв'язок думок, емоцій та поведінки, у межах КПТ інтегровано багато різноманітних прийомів, у тому числі запозичених з інших психотерапевтичних напрямів [1]. Загалом ці втручання можна умовно поділити на чотири групи: когнітивні, поведінкові, експеріментальні та тілесно-орієнтовані.

Когнітивні техніки спрямовані на зміну негативних моделей мислення. До них належать психоедукація (надання клієнту знань про зв'язок між думками, емоціями та поведінкою); виявлення і нейтралізація негативних автоматичних думок (розпізнавання і спростування хибних висновків, що спричиняють дистрес); когнітивна реструктуризація (заміна ірраціональних переконань більш раціональними та адаптивними); відволікання уваги (свідоме переключення уваги з негативних думок на інші об'єкти чи діяльність); використання уяви та рольових ігор (опрацювання різних сценаріїв у безпечному уявному середовищі з метою зміни сприйняття ситуацій); техніка вирішення проблем (розробка конкретних планів для подолання життєвих труднощів) і вербальне тестування думок (перевірка обґрунтованості власних думок шляхом обговорення їх з терапевтом або самостійно). Наприклад, застосовуючи прийоми відволікання уваги, клієнт може свідомо перенаправити фокус із допущеної на роботі помилки на свої досягнення чи інші нейтральні аспекти ситуації, щоб уникнути надмірного зациклення на негативних думках [55].

Однією з основних когнітивних технік у КПТ є виявлення та модифікація негативних автоматичних думок (НАД). Цей термін ввів у психологію Аарон Бек, описавши НАД як швидкі, спонтанні думки або образи, що виникають у відповідь на певні події чи ситуації. Їх називають «негативними» через здатність провокувати такі емоційні стани, як тривога, пригнічення, роздратування або гнів, які часто призводять до дисфункціональної поведінки. Вони є «автоматичними», оскільки з'являються без свідомого контролю чи наміру людини. Робота з НАДами є надзвичайно важливим елементом терапії, адже вважається, що такі думки безпосередньо впливають на емоційний стан і поведінку клієнта [18]. Практика показує, що техніка виявлення і оскарження НАДів ефективно допомагає при депресії, фобіях, тривожних розладах, нав'язливих станах, панічних атаках, а також при проблемах із самооцінкою та у стосунках,

оскільки дозволяє замінити викривлені негативні думки на більш реалістичні та збалансовані [55].

Когнітивна реструктуризація є ще однією важливою технікою, що застосовується при депресії, тривожних розладах, панічних атаках, посттравматичному стресовому розладі, obsесивно-компульсивному розладі та розладах харчової поведінки. Ця методика спрямована на аналіз і зміну базових переконань, які лежать в основі емоцій та поведінки людини. Основою реструктуризації є виявлення так званих когнітивних викривлень (наприклад, катастрофізація, чорно-біле мислення чи надмірне узагальнення) та їх заміна на більш збалансовані й обґрунтовані судження. Наприклад, клієнт, схильний до катастрофічного мислення, вчиться більш реалістично оцінювати можливі наслідки ситуації, що допомагає знизити рівень тривоги та емоційного напруження [55].

По суті, під час когнітивної реструктуризації терапевт спонукає клієнта спочатку усвідомити автоматичні думки, які виникають у стресових ситуаціях, а потім проаналізувати їх правдивість і логічність, щоб поступово виробити звичку замінювати деструктивні переконання більш адекватними інтерпретаціями [20].

Окрім того, ефективним інструментом у подоланні негативного мислення є ведення когнітивного щоденника. Записуючи свої думки, емоції та реакції на різні ситуації, клієнти починають краще усвідомлювати зв'язок між подіями, думками і пережитими почуттями, а також можуть більш об'єктивно проаналізувати ці переживання. Регулярне ведення такого щоденника розвиває навички самоспостереження і стає важливим кроком на шляху до зміни негативних шаблонів мислення [55].

Поведінкові експерименти – цікавий метод, що поєднує в собі когнітивний і поведінковий підходи. Вони допомагають розвивати критичне ставлення клієнта до власних негативних переконань шляхом їхньої емпіричної перевірки: по суті, припущення або думки клієнта розглядаються

як гіпотези, які можна протестувати за допомогою конкретних дій у реальних життєвих ситуаціях [7; 47].

Ще одним ключовим методом КПТ, особливо ефективним при депресії, є поведінкова активація. Цей підхід полягає у поступовому виведенні людини зі стану пасивності та уникання шляхом планування і залучення до приємних або значущих для неї видів діяльності. Сутність поведінкової активації – у підвищенні загальної активності клієнта: він вчиться планувати свій день, відстежувати та поступово збільшувати рівень корисної діяльності, розбиваючи складні завдання на дрібніші та здійсненні кроки. Подібна стратегія допомагає відновити відчуття контролю над власним життям, зменшує час, проведений у болісних роздумах, і послаблює відчуття безпорадності. У практиці КПТ техніки поведінкової активації часто пропонуються як домашні завдання: терапевт пояснює, що навіть якщо клієнту не вдасться повністю виконати заплановане, це стане темою для аналізу на наступній сесії, аби виявити думки чи переконання, які завадили реалізації завдання. Однією з головних цілей такого підходу є збільшення кількості позитивних переживань у житті клієнта, що своєю чергою сприяє покращенню настрою та слугує джерелом ресурсів для подальшого одужання [47].

Для роботи з сильними емоційними реакціями в КПТ застосовуються також експерієнтальні (досвідні) методи. Один із них – експозиційна терапія, яка ґрунтується на принципі, що поступове та контрольоване наближення до травматичних спогадів або ситуацій, які викликають страх і тривогу, поступово послаблює інтенсивність емоційних реакцій. Основна ідея експозиції полягає в тому, щоб розірвати асоціативний зв'язок між конкретними стимулами (наприклад, видом об'єкта фобії або спогадом про травматичну подію) та екстремальним почуттям страху чи тривоги. Такий підхід ефективно використовується для подолання фобій, генералізованого тривожного і панічного розладів, а також посттравматичного стресового розладу [19]. Інші експерієнтальні техніки включають так звану «техніку

порожнього стільця», що передбачає ведення діалогу між різними аспектами особистості клієнта (наприклад, уявна розмова зі своїм страхом або образою), а також написання листів самому собі, яке використовується для безпечного вираження почуттів та змістовної рефлексії над пережитим досвідом. Подібні методи, як і техніка уявного переписування травматичних спогадів у безпечному уявному просторі, надають клієнту можливість пропрацювати травматичний досвід або внутрішній конфлікт у контрольованих умовах, що сприяє емоційному опрацюванню і поступовому зниженню дистресу.

Окрему групу методів КПТ становлять тілесно-орієнтовані техніки, спрямовані на зниження фізичного напруження та регуляцію фізіологічних реакцій, пов'язаних із емоціями. До них належать різні види релаксації (способи розслаблення м'язів і зняття психічного напруження, зокрема за допомогою спокійної музики, візуалізації або медитації), дихальні вправи (глибоке контрольоване дихання, яке допомагає заспокоїтися та впоратися з панічними симптомами) і регулярна фізична активність (що сприяє зниженню рівня стресу та покращує настрій). Окремо можна відзначити спеціальну техніку напруження м'язів, яка передбачає почергове сильне напруження та розслаблення різних груп м'язів задля досягнення стану глибокої релаксації. За умови грамотного використання такі втручання можуть бути ефективними при багатьох розладах – важливо лише планувати їх з урахуванням індивідуальних особливостей клієнта і чітко пояснювати мету кожної вправи.

Наприклад, релаксацію застосовують для зниження загального рівня фізіологічного збудження або для полегшення входження в тривожну ситуацію в межах експозиційної терапії. Водночас важливо стежити, щоб релаксаційні вправи не перетворилися на форму «захисної поведінки» (коли клієнт намагається уникнути зустрічі з тривожними емоціями), а сам клієнт не почав надмірно прислухатися до незначних змін у своєму тілі чи сприймати розслаблення як втрату контролю. Контрольоване дихання відіграє значну роль у подоланні панічних атак, хоча і тут існує ризик

надмірної залежності від цієї техніки як від заспокійливого маневру. Регулярна фізична активність може прямо перервати «порочні кола» підтримання деяких розладів, оскільки вправи підвищують рівень енергії та поліпшують самопочуття. Техніка напруження м'язів, зі свого боку, успішно використовується для запобігання непритомності при фобіях, пов'язаних із кров'ю та травмами (цей прийом дозволяє уникнути різкого падіння тиску і втрати свідомості при вигляді крові), хоча при інших видах фобій вона застосовується рідше. Насамкінець, певні тілесні техніки у поєднанні з когнітивними методами виявили потенціал у покращенні якості сну пацієнтів із безсонням чи іншими порушеннями сну [8].

Одним із сучасних напрямів третьої хвилі КПТ є впровадження технік усвідомленості (майндфулнес). Цей підхід, що походить від східних медитативних практик, спочатку був розроблений як метод запобігання рецидивам депресії і поєднав у собі класичну когнітивно-поведінкову терапію з елементами буддійської медитації [47]. Замість детального аналізу думок про минуле чи майбутнє майндфулнес-терапія вчить фокусуватися на поточному моменті, спостерігати за своїми думками як за минулими ментальними подіями і не ототожнюватися з ними. Така практика допомагає знизити тенденцію до уникання неприємних переживань. Наукові дослідження показують, що майндфулнес-орієнтований підхід сприяє формуванню некритичного, приймаючого ставлення до власного досвіду «тут і тепер», завдяки чому зменшуються прояви депресії та тривожності, підвищується стійкість до болю і загальна протидія стресу, поліпшується емоційна регуляція та якість життя [59]. Загалом практики усвідомленості розвивають здатність людини бути присутнім у поточному моменті, знижують рівень психічного напруження і поліпшують управління емоціями, тому їх розглядають як цінне доповнення до традиційних методів КПТ [32].

Отже, когнітивно-поведінкова терапія поєднує науково обґрунтовані теоретичні підходи та широкий набір практичних технік, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями. Вибір і застосування

конкретних методів КПТ завжди залежить від індивідуальних особливостей клієнта та характеру його проблем. На нашу думку, перелічені переваги – наукова доказовість, структурованість, відносно швидка дія та фокус на вирішенні актуальних труднощів – роблять КПТ одним із найцінніших інструментів сучасної психотерапії. Водночас важливо враховувати існуючі обмеження цього підходу і продовжувати дослідження його механізмів, аби вдосконалювати терапевтичні інтервенції та підвищувати їхню ефективність у майбутньому.

2.2. Техніки EMDR-терапії (десенсибілізації та репроцесингу рухами очей)

EMDR (десенсибілізація та репроцесинг рухами очей) – сучасний метод психотерапії, спеціально створений для роботи з травматичними переживаннями. Він інтегрує ефективні елементи різних терапевтичних підходів та поєднує їх з ритмічною двосторонньою стимуляцією (рухи очей чи інші подразники), щоб активувати природний механізм обробки травматичної інформації мозком [35].

Метод EMDR був розроблений американською психологинею Френсін Шапіро у 1987 році на основі її власного досвіду спонтанного послаблення травматичних спогадів. EMDR є інтегративним підходом у психотерапії: його процедурні елементи добре поєднуються з більшістю інших видів терапії та можуть доповнювати їх. Попри назву методу, десенсибілізація може досягатися не лише через рухи очей – застосовуються також інші види білатеральної стимуляції (візуальні, слухові, тактильні сигнали). Як зазначала авторка методу, рухи очей є лише одним із компонентів цього підходу [10]. Важливою характеристикою EMDR є його відносна короткостроковість та стійкість ефектів: часто достатньо кількох сесій, щоб досягти значущого полегшення, а результати терапії зберігаються тривалий час.

В основі EMDR лежить модель Adaptive Information Processing (AIP) – концепція адаптивної переробки інформації. Метод ґрунтується на уявленні про існування особливого психофізіологічного механізму – адаптивної системи переробки інформації [15]. При активації цього внутрішнього механізму відбувається спонтанне переопрацювання і нейтралізація травмуючої інформації, що супроводжується позитивними змінами у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах [47]. Поєднання цілеспрямованого фокусування на травматичному спогаді зі стимуляцією (наприклад, рухами очей або тактильним постукуванням) запускає процес переробки пам'яті, дозволяючи інтегрувати дисфункціональні травматичні спогади в адаптивні пам'яткові мережі та відновити нормальне психологічне функціонування [51].

Практичному впровадженню EMDR завжди передує ретельна діагностика та підготовка клієнта. На цьому етапі встановлюється атмосфера довіри, а клієнта навчають навичкам саморегуляції, щоб забезпечити його стабільність під час подальшої роботи з травмою. Стандартний протокол EMDR складається з восьми фаз (етапів), що включають збір історії (анамнезу), підготовку, десенсибілізацію травматичних спогадів, інсталяцію позитивних переконань та інші кроки до повної інтеграції пережитого досвіду. Метод може застосовуватися як індивідуально, так і в груповому форматі. Наприклад, описано успішне використання EMDR у групах людей, що пережили стихійні лиха чи бойові дії: учасники одночасно подумки зосереджуються на своїй травматичній події і виконують двосторонню стимуляцію (перехресне дотикання руками до плечей), імітуючи “крила метелика”. Це сприяє переключенню нейронної активності між півкулями мозку та полегшує переробку травматичних спогадів [9].

Було доведено, що EMDR-терапія є ефективною при наступних станах [33]:

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та гострі травматичні реакції;

- затяжні депресивні стани;
- різні порушення сну;
- нав'язливі, дистресові спогади та негативні думки, пов'язані з травмою;
- комплексні розлади, що виникають унаслідок тривалої (хронічної) травматизації;
- дисоціативні розлади;
- патологічне горювання та гострі реакції горя;
- психосоматичні порушення (хронічний біль, функціональні розлади), що підтримуються стресом;
- інші стани, пов'язані з пережитою психотравмою (наприклад, фобії чи тривожні розлади).

До основних переваг EMDR можна віднести такі характеристики [39]:

- Швидкий терапевтичний ефект. Полегшення симптомів часто настає вже після перших сесій – спостерігається зменшення проявів ПТСР та супутніх розладів.
- Комплексний вплив. Опрацювання травми відбувається одночасно на емоційному, когнітивному, поведінковому та фізіологічному рівнях, що забезпечує більш повне одужання.
- Індивідуалізація підходу. Терапевтичний процес гнучко адаптується під потреби конкретного клієнта, що робить роботу більш екологічною (безпечною і комфортною) для його психіки.
- Науково доведена ефективність. Метод має широку доказову базу: результати EMDR підтверджені багатьма науковими дослідженнями, і він рекомендований провідними організаціями у сфері психічного здоров'я.

Крім того, важливою перевагою EMDR є те, що для досягнення терапевтичного ефекту пацієнту не обов'язково детально переказувати або заново переживати травматичну подію. Це мінімізує емоційне навантаження на клієнта і терапевта в процесі лікування, створюючи більш комфортні та безпечні умови роботи з важкими спогадами.

Як і будь-який метод, EMDR-терапія має певні обмеження. По-перше, спостерігається брак сертифікованих EMDR-терапевтів (особливо в окремих регіонах), що обмежує доступність цього методу для широкого кола людей, які потребують допомоги. По-друге, при роботі з клієнтами, які страждають на комплексний ПТСР або тяжкі дисоціативні розлади, існує ризик тимчасового загострення симптомів. Інтенсивна активація травматичних спогадів у таких випадках може призводити до дисрегуляції нейронних мереж та появи сильних флешбеків, нічних кошмарів, панічних атак, посилення хронічного болю й інших психосоматичних реакцій [23]. Таким чином, застосування EMDR у складних випадках потребує особливої обережності та високої кваліфікації терапевта.

Інструментарій EMDR включає стандартизовані протоколи (алгоритми проведення терапії, наприклад, класичний 8-фазний протокол), спеціальні процедури для окремих ситуацій та різноманітні техніки стабілізації і переробки матеріалу. Перед безпосереднім опрацюванням травматичних спогадів за методом EMDR обов'язково проводиться етап підготовки клієнта, ключовим компонентом якого є психоедукація. Терапевт зрозумілою мовою пояснює клієнту, як саме працює метод, що відбуватиметься під час сесій, і як двостороння стимуляція допомагає мозку переробляти травматичний досвід. Така попередня робота зменшує тривожність клієнта і створює у нього відчуття безпеки та довіри. Психоедукація фактично є формою психологічного навчання, яка поглиблює розуміння людиною власних реакцій і поведінки та допомагає опанувати способи подолання різних проблемних або дезадаптивних станів [46].

На етапі підготовки та протягом всієї терапії EMDR застосовуються різні стабілізаційні техніки, запозичені з кризової інтервенції та терапії травми. Одна з базових технік – вправа «Безпечне місце», яка допомагає клієнту сформувати уявний образ простору, де він відчуває себе захищено і спокійно. У будь-який момент, коли емоційна напруга зростає, клієнт може подумки «перенестися» у своє Безпечне місце, щоб заспокоїтися і відновити

внутрішню рівновагу. Кожна людина обирає свій унікальний безпечний простір – наприклад, затишна кімната, мальовничий куточок природи або інший приємний спогад. Регулярне тренування цієї візуалізації зміцнює відчуття контролю над власним емоційним станом.

У випадках надання невідкладної психологічної допомоги після травматичних подій в рамках EMDR розроблена спеціальна процедура «Чотири елементи», котру можна застосовувати повністю або частково, залежно від стану людини. Ця процедура спрямована на швидку стабілізацію і складається з чотирьох груп методів:

1. Техніки заземлення. Їхнє завдання – “повернути” людину до реальності у випадку емоційного перенавантаження або ступору. Клієнту пропонують сконцентрувати увагу на своїх стопах і відчуті міцний контакт ніг із підлогою, а також усвідомити, як його тіло торкається сидіння та спинки стільця. Така проста дія допомагає переключити тіло і розум на теперішній момент, дати людині відчуті себе тут-і-зараз у безпечному місці, що зменшує інтенсивність дистресу. Техніки заземлення можна застосовувати не лише на початку сесії, а й у будь-який момент, коли помітно, що постраждалий “відключається” або втрачає контакт із реальністю. У таких випадках терапевт може м’яко звернутися до нього, називаючи ім’я, уточнюючи місце і час (наприклад: «Ви мене чуєте? Зараз 2025 рік, ми з вами в кабінеті психолога, ви в безпеці»). Додатково можна залучити фізичну активність: запропонувати пройтися по кімнаті, виконати нескладні вправи. Ефективним є також сенсорний вплив – наприклад, вмити обличчя або занурити руки в холодну воду. Швидка стимуляція відчуттів тіла часто повертає людину з полону важких спогадів до реальності.

2. Дихальні техніки. Контрольоване дихання – один із найпростіших і водночас дієвих способів знизити внутрішню напругу. Психолог навчає постраждалого простій заспокійливій дихальній вправі: зробити повільний глибокий вдих через ніс, а потім тривалий плавний видих ротом із протяжним звуком «Хууу...». Акцент робиться саме на повільному

видиху, оскільки він активує парасимпатичну нервову систему, що відповідає за розслаблення. Терапевт може дихати разом із клієнтом у цьому ритмі, щоб допомогти синхронізувати його дихання і тим самим швидше стабілізувати фізіологічний стан. За декілька хвилин такого усвідомленого дихання тривожні симптоми зазвичай слабшають.

3. Техніки швидкого розслаблення. У гострому стресовому стані організм перебуває в підвищеному тонусі, тому варто застосувати методи, що допомагають оперативно зняти м'язове напруження. Ефективним прийомом є, наприклад, «контрольоване ковтання». Постраждалому пропонують узяти склянку води і зробити близько 20–25 маленьких ковтків поспіль. Після кожного ковтка потрібно повільно видихнути із звуком «Хуу...», відчуючи, як напруга поступово виходить із тіла разом із видихом. Уже через декілька хвилин такої вправи настає відчутне фізичне і психічне полегшення. У подальшому клієнту радять за потреби пити воду маленькими ковтками з паузами на спокійні видихи, щоби самостійно регулювати свій стан.

4. Активація ресурсного стану. Завершальний блок методик спрямований на переключення психіки із переживання стресу на позитивні спогади та відчуття. Перша техніка – вже знайоме «Безпечне місце», яке можна швидко використати для врівноваження емоцій. Друга вправа – «Метелик» (самостійна двостороння стимуляція): клієнт схрещує руки на грудях, торкаючись долонями протилежних плечей, а потім ритмічно постукує по плечах по черзі правою та лівою руками, імітуючи рух крил метелика. Ця проста дія забезпечує заспокійливий білатеральний вплив і може виконуватися будь-де, коли людина відчуває тривогу чи сильне напруження. Щоб підсилити позитивний ефект, терапевт може під час вправи «Метелик» запропонувати клієнту подумати або розповісти уголос про щось, що приносить йому радість і підтримку. Наприклад, пригадати приємний відпочинок, красиві пейзажі природи, улюблених домашніх тварин, теплі моменти з близькими, захоплення чи хобі. Психолог ставить уточнювальні

запитання, заохочуючи клієнта детальніше зануритися в цей позитивний спогад, і синхронно з його розповіддю м'яко постукує по плечах (або координує самого клієнта робити це). Таким чином двостороння стимуляція закріплює ресурсний спокійний стан [62].

Окрім наведених технік швидкої допомоги, важливо навчати постраждалих більш загальним навичкам саморегуляції для подолання стресу. Зокрема, широко застосовується прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона, суть якої полягає у почерговому сильному напруженні та розслабленні різних груп м'язів. Вона вчить відчувати контраст між станом напруги й глибокого розслаблення, завдяки чому знижується м'язовий тонус, тривожність і загальний рівень стресу. Також клієнтів ознайомлюють із різними варіантами заспокійливого дихання та візуалізацій, наприклад із технікою «Місце хорошого самопочуття» (аналог «Безпечного місця» – створення уявного образу чи спомину, який навіює відчуття комфорту та психологічної безпеки).

Для контролю над нав'язливими спогадами (інтрузіями) в домашніх умовах рекомендується вправа «Сейф». Її суть у тому, що людина уявляє собі міцну скриньку або сейф і подумки «замикає» в ньому всі тривожні думки чи образи, які раптово виникають між сесіями. Такий умовний сейф допомагає відкласти важкі переживання убік до часу, поки їх можна буде безпечно пропрацювати з терапевтом. А щоб швидко повернути свою увагу із внутрішніх переживань на зовнішній світ, застосовують вправу «5-4-3-2-1». Необхідно назвати п'ять предметів, які людина бачить довкола себе, чотири звуки, які чує в даний момент, три тактильні відчуття (до чого торкається), два запахи і один смак. Задіюючи всі органи чуття, ця техніка «якорить» свідомість у реальності, відволікаючи від травматичних спогадів. Схожий за дією метод – «техніка десяти пальців», запозичена з навичок сліпого друку на клавіатурі: людина заплющує очі і починає перебирати всіма десятима пальцями, ніби набирає текст, не дивлячись на клавіші. Така дрібна моторика

вимагає концентрації і швидко заспокоює, переключаючи мозок на нейтральне завдання [29].

Людям, які регулярно стикаються з екстремальними ситуаціями або переживають гострий стрес, важливо опанувати принаймні декілька із наведених технік самопомоги. Зазвичай однієї-двох ефективних навичок достатньо, щоб істотно покращити самопочуття у критичний момент. Бажано також попрацювати з найближчим оточенням постраждалого – пояснити рідним і друзям, як розпізнавати ознаки психологічного дистресу та які прості дії можуть допомогти людині в такому стані (просто побути поряд, спокійно розмовляти, нагадати про дихання чи іншу вправу тощо) [63].

EMDR-терапія є комплексним психотерапевтичним втручанням, що охоплює емоційні, когнітивні та соматичні аспекти травматичної реакції. При застосуванні EMDR інтенсивність болісних спогадів і пов'язаних з ними негативних емоцій зменшується відносно швидко, причому пацієнту не потрібно детально переказувати або повторно переживати травматичні події. Така особливість робить роботу з психотравмою більш екологічною та прийнятною для клієнта, уникаючи ризику повторної травматизації через надмірне занурення у важкі спогади.

В результаті терапії за методом EMDR відбуваються позитивні зміни у мисленні, емоціях і поведінці людини. Опрацьовуючи травму, клієнт поступово замінює деструктивні переконання («Я безпорадний», «Світ небезпечний» тощо) на більш адаптивні й здорові установки («Я впорався, я сильний», «Зі мною все гаразд, зараз я у безпеці»). Глибше усвідомлення своїх емоцій та тілесних відчуттів допомагає відновити цілісність сприйняття пережитого досвіду. Крім того, EMDR сприяє постановці нових життєвих цілей і формуванню ефективніших стратегій поведінки. Важливим результатом є розвиток у клієнта навичок самостереження за власними думками й реакціями – підвищення рівня метапізнання, що в майбутньому забезпечує стійкість до повсякденного стресу.

На сьогодні існує значний масив наукових доказів ефективності EMDR при психологічних травмах різного походження. Цей метод офіційно рекомендований до використання багатьма міжнародними організаціями; зокрема, Всесвітня організація охорони здоров'я включила EMDR до своїх клінічних настанов з лікування ПТСР. В Україні EMDR-терапія також визнана на державному рівні: наказами та протоколами Міністерства охорони здоров'я її внесено до переліку рекомендованих підходів для роботи з посттравматичними розладами [40]. Таким чином, надзвичайно актуальним є подальше впровадження EMDR у практику – розширення програм підготовки фахівців (практичних і клінічних психологів, психотерапевтів, психіатрів) та створення спеціалізованих травмотерапевтичних центрів. Широке застосування EMDR здатне прискорити відновлення психічного здоров'я населення у воєнний та повоєнний періоди, зменшуючи навантаження на систему охорони здоров'я і підсилюючи людський потенціал країни.

Отже, EMDR – це інноваційний та ефективний метод психотерапії, призначений для подолання наслідків психологічних травм. Він поєднує елементи різних терапевтичних підходів із двосторонньою стимуляцією, що активує внутрішні механізми мозку для переробки травматичних спогадів [35]. Такий підхід дає змогу швидко знизити емоційне навантаження, пов'язане з травмою, і досягти стійкого терапевтичного ефекту без необхідності детального повторного переживання події.

Завдяки EMDR пацієнти переосмислюють свій травматичний досвід, позбавляються нав'язливих спогадів і деструктивних переконань, набуваючи більшого відчуття контролю над власними реакціями. Метод зарекомендував себе як високоефективний у всьому світі та має підтримку наукової спільноти. Беручи до уваги актуальні потреби суспільства (зокрема, зростання кількості психологічних травм унаслідок воєнних дій) та наявні рекомендації МОЗ України [40], розширення застосування EMDR є вкрай важливим. Розбудова системи підготовки EMDR-фахівців і створення

мережі спеціалізованих центрів дозволить надавати своєчасну і якісну допомогу постраждалим, сприяючи відновленню психічного здоров'я населення та підвищенню його психологічної стійкості.

2.3. Тілесно-орієнтовані підходи до травмотерапії

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ), також відома як соматична психотерапія, є сучасним напрямом психотерапії, що наголошує на важливості тілесного досвіду та єдності між психікою і фізіологією людини. Цей підхід ґрунтується на принципі відновлення психічного здоров'я через взаємодію з тілом пацієнта. У процесі терапії клієнт разом із психотерапевтом досліджує свої тілесні відчуття, рухи, дихання та інші фізичні прояви, виявляючи зони напруження і пов'язані з ними емоційні реакції. Така робота дозволяє усвідомити зв'язок між емоціями, думками і тілом, що допомагає виробити стратегії для врегулювання емоційних переживань і подолання психологічних труднощів. Важливо зазначити, що тіло людини зберігає всі враження, емоції та події від самого народження; відповідно, через роботу з тілом можна отримати доступ до глибинних рівнів психіки, виявити приховані причини психологічних (і навіть деяких фізичних) проблем та опрацювати наслідки негативного досвіду.

Основними завданнями ТОТ є встановлення гармонійного зв'язку між думками, почуттями і тілесними відчуттями, навчання навичкам саморегуляції та активація внутрішніх ресурсів особистості. Такий підхід особливо корисний для людей, яким важко вербалізувати або зрозуміти свої емоції. Зокрема, практика показує ефективність тілесно-орієнтованих технік при широкому спектрі станів: депресії, тривожних і невротичних розладах, синдромі хронічної втоми, сексуальних дисфункціях або незадоволеності, наслідках психологічних травм (у тому числі травм розвитку, шоккових травм, посттравматичного стресового розладу), психосоматичних захворюваннях, а

також проблемах із надмірною вагою. Крім того, така терапія сприяє глибшому самопізнанню і оволодінню способами емоційної саморегуляції.

Попри зростання популярності цього напрямку, наукових досліджень його ефективності наразі небагато. Хоча окремі результати підтверджують доцільність застосування ТОТ у певних випадках, загалом ця тенденція не є переважаючою. Зокрема, більшість шкіл тілесно-орієнтованої психотерапії офіційно не визнані у доказовій медицині (наприклад, їх не покривають страхові компанії США як науково обґрунтований метод) [1].

Засновником тілесно-орієнтованої терапії вважається австрійський психоаналітик В. Райх – учень З. Фрейда, який відійшов від класичного психоаналізу та зосередив увагу на роботі з тілом пацієнта. Його ідеї та методи надалі розвивали такі спеціалісти, як І. Рольф (засновниця методики рольфінгу), Г. Бойсен (засновниця біодинамічної терапії), Ф. Матіас Александер (розробник методу Александера), Ф. Александер (співзасновник психосоматичної медицини), М. Розен (засновниця розен-методу) та О. Лоуен (співзасновник напряму біоенергетичного аналізу). До речі, одним із перших підходів ТОТ, що отримав офіційне визнання на міжнародному рівні, став метод біосинтезу Д. Боделли – цей метод пройшов акредитацію Європейської Асоціації Психотерапії.

Одним із ключових теоретичних положень Райха стало вчення про так званий «м'язовий панцир» характеру. Він вважав, що хронічні м'язові напруження («блоки» або «затиски» в тілі) виконують захисну функцію, аналогічну психологічним механізмам захисту. Такі м'язові затиски формуються з дитинства як реакція на внутрішні конфлікти (наприклад, між природними сексуальними потягами і страхом покарання за них) і поступово організуються в стійкі поведінкові патерни – своєрідний панцир характеру, що стає невід'ємною частиною особистості. При цьому сам по собі м'язовий панцир не є безпосередньо невротичним симптомом [2], а радше загальним способом психофізіологічного захисту. Райх виділив сім основних сегментів такого панцира, розташованих послідовно від голови до таза [2]. Кожен

сегмент відповідає за утримання певних емоцій і має характерні прояви; розблокування цих зон досягається через спеціальні фізичні вправи [25].

Наприклад, очний сегмент (ділянка очей і лоба) утримує страх і сльози. Послабити цей «панцир» можна, широко розплющуючи очі та активно рухаючи очними яблуками. Оральний сегмент (м'язи щелепи, горла і потилиці) стримує плач, крик, гнів, а також рефлeksi кусання чи смоктання – розслабити цю зону допомагає імітація плачу і крику, гримасування, кусання або викликання блювотного руху. Шийний сегмент (глибокі м'язи шиї та язик) пов'язаний із придушенням гніву і плачу; прямий вплив на ці м'язи утруднений, тож для зняття блоків застосовують гучний крик або штучну стимуляцію блювотного рефлехсу. Грудний сегмент (м'язи грудної клітки, плечей, лопаток і рук) утримує сміх, гнів і печаль. Хронічна затримка дихання відіграє ключову роль у формуванні грудного «панцира», тому його розслабленню сприяють дихальні вправи (особливо з акцентом на повний видих) та динамічні рухи руками (удари, поштовхи).

Діафрагмальний сегмент (діафрагма, область сонячного сплетіння і верхні внутрішні органи черевної порожнини) переважно блокує сильний гнів. Ознакою напруження на цьому рівні є надмірний прогин попереку: коли людина лежить, між її поясницею і поверхнею залишається помітний проміжок, а видих здійснюється значно важче, ніж вдих. Вважається, що переходити до розблокування діафрагмального сегмента можна лише після опрацювання верхніх рівнів панцира; для цього використовують глибоке дихання і провокування блювотного рефлехсу (імітацію блювання), хоча при дуже сильних блоках викликати блювоту буває складно [2].

Черевний сегмент (м'язи живота і попереку) пов'язаний зі страхом нападу; напруження бічних м'язів тулуба зумовлює надчутливість до лоскоту і асоціюється з придушенням злості. Блоки цієї зони зазвичай нескладно зняти після відкриття верхніх сегментів. Для цього застосовують дихання, при якому відбувається попеременно втягування і випинання живота.

Тазовий сегмент охоплює м'язи тазу і нижніх кінцівок. Сильний затиск у цій області призводить до того, що таз відведений назад, сідничні м'язи напружені й болючі, а рухливість стегон різко обмежена. Тазовий «панцир» утримує пригнічені сексуальне збудження, гнів і відчуття задоволення. Вважається, що тривожність у таких випадках виникає внаслідок хронічного стримування сексуальних імпульсів і неможливості повністю переживати насолоду. Для розрядки тазового сегмента Райх рекомендував інтенсивну мобілізацію тазу – наприклад, бити ногами і тазом об підлогу чи мат, аби звільнити заблоковану енергію [2].

Таким чином, Райх вбачав у м'язовому панцирі фізичний аналог психологічних проблем. На його думку, хронічне м'язове напруження «ховає» пригнічені емоції, і якщо поступово зняти ці затиски (розслабити відповідні ділянки тіла), стримувані емоції виходять назовні та інтенсивно переживаються. Коли людина повністю «виплескує» придушені почуття, відбувається позбавлення від відповідних нервових симптомів чи розладів. Водночас усунення психологічної проблеми призводить до зникнення й пов'язаного з нею тілесного «панцира» – тобто, фізичні та психічні зміни відбуваються паралельно.

Ідеї Райха отримали подальший розвиток у працях його послідовника Олександра Лоуена, чий підхід – біоенергетична психотерапія – нині є одним із найбільш популярних напрямів ТОТ. Лоуен запозичив багато концепцій учителя, зокрема теж досліджував взаємозв'язок між характером особистості та його тілесними проявами, проте дещо змістив акценти. Він увів поняття «біоенергія» замість рейхівського «оргона» (маючи на увазі ту саму «життєву енергію»), тож розроблений ним метод отримав назву «біоенергетичний аналіз». На відміну від Райха, який головний наголос робив на фізичних впливах, Лоуен підкреслював важливість паралельної аналітичної (вербальної) роботи з пацієнтом. На його думку, зняття м'язового напруження хоча й усуває або послаблює багато симптомів психічних розладів, однак для повноцінного зцілення необхідно одночасно

опрацьовувати психологічні причини проблеми. Лоуен також запропонував власну класифікацію типів характеру [3], яка поєднала психоаналітичні концепції з даними про тілесні особливості та внутрішньопсихічні конфлікти. Врахування характерологічних особливостей, вважав він, допомагає з'ясувати, яка саме «базова травма» лежить в основі проблеми, і правильно спланувати терапевтичну роботу; втім, робота безпосередньо з характером не є самоціллю, а слугує засобом для розуміння і подолання глибинних труднощів.

У сучасній практиці тілесно-орієнтованої терапії застосовується широкий арсенал технік: різні види масажу, дихальні вправи, рухові й голосові практики, позиційні та м'язові розтяжки тощо. Головне, що всі вони спрямовані не тільки на фізичне розслаблення м'язових блоків, а й на підвищення усвідомленості власного тіла та безпечне проживання емоційного досвіду. Саме таке глибинне емоційне «відреагування» і забезпечує лікувальний ефект. Важливо розуміти, що тілесна робота матиме лише тимчасовий результат, якщо не поєднується з психотерапевтичним опрацюванням переживань. Тому більшість фахівців наголошує на необхідності чергування або інтеграції тілесних методів із традиційними вербальними техніками – такий комплексний підхід гарантує більш стійкі результати у вирішенні психологічних проблем [32].

Отже, тілесно-орієнтована терапія ґрунтується на усвідомленні нерозривного зв'язку між тілом і психікою, тому її широко застосовують для подолання психосоматичних розладів. Механізм формування багатьох психосоматичних симптомів психологи пояснюють явищем ретрофлексії – захисного механізму, при якому енергія емоції, що виникла, спрямовується не назовні (на ситуацію чи іншу людину), а назад на самого себе. В результаті невивільнені почуття «застрагають» у тілі, впливаючи на фізіологічні процеси – провокують хронічні м'язові спазми, порушують роботу внутрішніх органів, змінюють ритм дихання тощо. Тілесно-орієнтовані

методи дозволяють поступово звільнити цю заблоковану енергію через різноманітні фізичні дії, повертаючи організму стан рівноваги.

Однак слід зазначити, що робота з тілом підходить не всім і має протипоказання. Зокрема, тілесно-орієнтовані техніки не рекомендуються при тяжких психічних захворюваннях – таких, як шизофренія, біполярний афективний розлад або серйозні розлади особистості (наприклад, прикордонного типу). У таких випадках необхідні інші методи психологічної допомоги, що вже належать до компетенції психіатрії.

2.4. Елементи арттерапії у подоланні травматичних переживань

Арттерапія визначається як форма психологічної допомоги, що залучає творчий процес і використання художніх матеріалів для вираження емоцій, почуттів та думок клієнта. Важливо зазначити, що цей підхід може бути корисним людям з різноманітними психологічними проблемами – від пережитого травматичного досвіду до депресії, тривожних розладів чи навіть хронічних соматичних захворювань. Історично терапевтичне застосування мистецтва виникло наприкінці XIX століття, коли лікарі почали використовувати малювання та інші творчі практики для підтримки пацієнтів із психічними розладами. Згодом, у 1940-х роках, була заснована Британська асоціація арттерапії, що ознаменувало оформлення арттерапії як окремого напрямку; відтоді цей метод набув популярності й широко застосовується в медичних закладах, освітніх установах та приватній практиці психологів. Таким чином, на сьогодні арттерапія розглядається як дієвий і гнучкий інструмент психологічної допомоги, який особливо привертає увагу в контексті травматичних переживань, де потрібні м'які й чутливі методи роботи з психікою.

Арттерапія охоплює цілу низку творчих форм і технік, що дозволяє підібрати оптимальний спосіб вираження для кожної конкретної людини. Існують різні різновиди арттерапевтичної роботи – від класичних

образотворчих методів (малювання, живопис, ліплення скульптур) до танцювально-рухових та музичних практик. Також можуть застосовуватися фотографія і відеотворчість, письмові техніки (бібліотерапія, поезіотерапія) чи драматична імпровізація – фактично будь-який вид творчості, що резонує з внутрішнім світом клієнта, може стати каналом для терапевтичної роботи. Процес арттерапії відбувається як у індивідуальному форматі, так і в групах. Терапевт створює безпечний простір і пропонує клієнтові творчі завдання або матеріали для самовираження, іноді задаючи тему (наприклад, намалювати певний образ чи сцену), а інколи даючи повну свободу творчості. Після творення художнього продукту відбувається рефлексія: арттерапевт разом із клієнтом обговорює зміст і символіку створеної роботи, допомагаючи усвідомити, які почуття та смисли були виражені через творчість. Такий підхід сприяє глибшому розумінню власних переживань і поступовому знаходженню шляхів до психологічного відновлення [41, с. 55].

Однією з ключових переваг арттерапії у роботі з травмою є можливість опрацювання досвіду на невербальному рівні. Травматичні спогади нерідко буває важко або неможливо описати словами; натомість творчий процес дозволяє транслювати їх у образи, символи і дії, оминаючи цензуру свідомого контролю. Дослідники підкреслюють, що травма по суті має невербальну природу, тож саме образотворчі та інші несловесні методи часто виявляються найбільш дієвими для її опрацювання. Створюючи малюнок чи інший витвір, людина переносить свої внутрішні болючі переживання назовні – матеріалізує їх у кольорах, формах чи рухах. Це зовнішнє втілення нелегких емоцій та спогадів, по-перше, надає відчуття полегшення, а по-друге, робить травматичний досвід більш «керованим» – з ним вже можна взаємодіяти, обговорювати і поступово інтегрувати у свою особисту історію. Іншими словами, креативна експресія слугує мостом між внутрішнім хаотичним переживанням і впорядкованим осмисленням: людина починає бачити травму як пережитий досвід, а не як неконтрольований фрагмент, що захоплює психіку. Зрештою, пережите перестає повністю домінувати над

життям і переходить у розряд досвіду, з якого можна зробити висновки – відбувається поступова інтеграція травми в особистість.

Крім невербального опрацювання спогадів, арттерапія забезпечує й інші важливі терапевтичні ефекти для травмованих пацієнтів.

По-перше, творчість часто приносить позитивні емоції та відчуття задоволення від процесу і результату. Сам акт творення може підвищити самооцінку і викликати почуття гордості, особливо у людей, що втратили впевненість у собі. Повернення здатності радіти, нехай і дрібним творчим успіхам, допомагає частково нейтралізувати домінування негативних емоцій, спричинених травмою. Більш того, замість деструктивних копінг-механізмів (алкоголь, самоушкодження тощо) арттерапія пропонує здорову альтернативу для вивільнення напруження – художню діяльність, яка одночасно заспокоює і приносить відчуття смислу.

По-друге, арттерапевтичні сесії створюють атмосферу безпеки та підтримки. Клієнт відчуває, що може виразити найболючіші переживання без страху осуду і без необхідності одразу їх вербалізувати. Це особливо цінно у перших етапах роботи з травмою, коли прямі розмови про подію можуть ретравматизувати або викликати опір. Художній образ слугує посередником між травмою і терапевтом, дозволяючи опосередковано торкатися болючих тем настільки, наскільки клієнт готовий тут і тепер.

По-третє, арттерапія має виражений соціальний і комунікативний аспект, що теж сприяє відновленню після травми. У рамках групових занять спільна творчість формує почуття єдності та довіри: люди, які пережили подібні події, отримують можливість безпечно ділитися своїми почуттями через мистецтво і символи. Така групова взаємодія поступово зменшує ізольованість та відчуженість, характерні для посттравматичного стресового розладу, і допомагає налагоджувати здорові стосунки з іншими. Навіть в індивідуальній роботі творчий процес опосередковує взаємодію клієнта з терапевтом, роблячи її більш невимушеною. Врешті, відбувається відновлення базового почуття контролю і безпеки: людина через творчість

ніби «перепише» свій досвід, знаходячи нові сенси та ресурси. Результати практичного застосування гештальт-підходу в поєднанні з арттерапією демонструють, що клієнти після опрацювання травматичних переживань починають краще розпізнавати і контролювати власні емоційні реакції, перестають сприймати травму як всепоглинаючий центр життя, відчують відновлення внутрішньої рівноваги та набувають стійкості перед майбутніми труднощами [59]. Таким чином, креативна терапія не лише зменшує інтенсивність травматичних симптомів (тривоги, страху, нав'язливих спогадів тощо), але й поступово відновлює порушені травмою емоційні та соціальні зв'язки особистості, повертаючи їй здатність жити повноцінним життям.

Наукові дослідження все більше підтверджують ефективність арттерапії як методу психологічної допомоги при травмі. Зокрема, у рандомізованому дослідженні за участі ветеранів війни з ПТСР було показано, що додавання арттерапії до стандартної когнітивно-процесуальної терапії сприяє кращому опрацюванню травматичних спогадів і емоцій, ніж одна лише вербальна терапія. Інший аналіз декількох клінічних випробувань арттерапії для травмованих пацієнтів виявив істотне полегшення симптомів депресії та загального посттравматичного стресу у тих, хто брав участь у творчих інтервенціях. Ці дослідження поки що мали відносно невеликі вибірки, проте результати узгоджуються між собою. Наприклад, у роботі з дітьми і підлітками, які пережили травматичні події, було встановлено, що учасники програми експресивної арттерапії демонструють значно більше зниження симптоматики ПТСР, ніж ті, хто відвідував звичайні заняття декоративно-прикладним мистецтвом, вже після 16 тижнів лікування. Так само, досвід застосування арттерапії з «важкими» пацієнтами, які відмовляються або не здатні активно взаємодіяти у традиційній розмовній психотерапії, показав обнадійливі результати: більшість із них погоджувалися брати участь у арттерапевтичних сесіях, краще виражали свої емоції і поступово змогли пропрацювати травматичні спогади, що врешті призвело до зменшення

нав'язливих думок і стресу. Важливо зазначити, що хоча методи арттерапії розвиваються як науково обґрунтований напрям, вони часто застосовуються у комплексі з іншими доказовими підходами і не розглядаються як панацея. Наприклад, Всесвітня організація охорони здоров'я і міжнародні протоколи (NICE) офіційно визнають ефективність когнітивно-поведінкових методів та EMDR для лікування травматичних розладів, тоді як арттерапія поки не має такого ж рівня підтвердженої доказовості. Проте накопичений клінічний досвід і поодинокі дослідження свідчать про значний терапевтичний потенціал цього творчого підходу, особливо як доповнення до основної терапії травми.

Таким чином, арттерапія є цінним методом психологічної допомоги при травмі, який має специфічні переваги (невербальне опрацювання, активація позитивних ресурсів, творчий «простір безпеки» тощо) і може суттєво покращувати стан пацієнтів.

Висновки до розділу 2

Отже, у підсумку можна сказати, що всі чотири розглянуті напрями психотерапії – когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), EMDR-терапія, тілесно-орієнтована терапія та власне арттерапія – демонструють ефективність у подоланні наслідків психологічної травми, кожен завдяки своїм унікальним механізмам впливу.

КПТ фокусується на усвідомленні та зміні дезадаптивних думок і поведінкових реакцій, які підтримують патологічні переживання травми, тоді як EMDR-напрямок застосовує білатеральну стимуляцію мозку для десенсибілізації та реінтеграції травматичних спогадів.

Тілесно-орієнтована психотерапія приділяє основну увагу фізичним відчуттям і напруженням у тілі, допомагаючи вивільнити «застрягли» на тілесному рівні емоції та відновити відчуття внутрішньої безпеки і цілісності особистості.

Арттерапія, своєю чергою, забезпечує креативний, невербальний канал для вираження й опрацювання травматичного досвіду, що особливо цінно для клієнтів, яким важко говорити про свої переживання.

Важливо зазначити, що ці методи не є взаємовиключними: на нашу думку, комплексне й індивідуально підібране застосування когнітивно-поведінкових, нейропсихологічних (EMDR), тілесних та творчих інтервенцій здатне забезпечити найбільш повну і дієву психологічну допомогу при травмі, враховуючи унікальні потреби кожної постраждалої людини.

РОЗДІЛ 3. УЯВЛЕННЯ ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ ПРО ПСИХОЛОГІЧНУ ТРАВМУ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНІКИ У РОБОТІ З ТРАВМОЮ

3.1. Методика проведення емпіричного дослідження

Відповідно до загальної мети дослідження нами були сформульовані завдання емпіричного етапу:

- вивчити розуміння поняття «психологічна травма» різними віковими групами;
- визначити події, які респонденти вважають травматичними;
- з'ясувати уявлення про наслідки травми та її вплив на фізичне самопочуття;
- дослідити обізнаність про способи подолання травми та ефективність психотерапії;
- проаналізувати, які психотерапевтичні техніки (КПТ, EMDR, тілесно-орієнтовані методи тощо) вважають найдієвішими;
- проаналізувати всі ці компоненти у віковому розрізі.

Основні етапи дослідження:

1. Розробка інструментарію. Створення анкетних питань відповідно до дослідницьких завдань.
2. Пілотування анкети. Попереднє тестування опитувальника на незначній вибірці (5) для перевірки зрозумілості запитань та коректування формулювань.
3. Збір даних. Проведення онлайн-опитування через Google Forms. Анкета публікується за електронним посиланням, що розсилається респондентам. Планується охопити ~50 осіб віком 18–45 років. Збір відповідей займе приблизно 1–2 тижні. Участь – анонімна та добровільна, за умови попередньої інформованої згоди.

4. Обробка та аналіз даних. Введення та перевірка отриманих даних, статистичний і змістовний аналіз відповідей. Застосовується кількісний аналіз (частоти вибору для кожного запитання, порівняння результатів у двох вікових групах) і якісний аналіз відкритих відповідей. У висновках буде узагальнено отриману інформацію.

Як вже було зазначено, для збору емпіричних даних використовується метод анкетування – отримання письмових відповідей на заздалегідь підготовлені запитання. Анкетування дозволяє масово зібрати інформацію про уявлення великих груп людей, при цьому якість даних значною мірою залежить від змісту анкети і добору респондентів.

Анкета складається з 19 пунктів. Перші 6 питань – демографічні (стать, вік, освіта, професія, місце проживання) і загальні (наявний досвід травми). Інші питання спрямовані на основну тематику: визначення травми (запитання 1–2 відкритого типу), знання прикладів травматичних подій (пит. 4), питання про наявність власного досвіду (пит. 5). Далі подані твердження про природу та наслідки травми, де респонденти обирають варіанти відповіді (пит. 6–12). В окремих питаннях пропонуються списки можливих симптомів травми (пит. 7, 9), способів подолання (пит. 13) та психотерапевтичних технік (пит. 15). Наприкінці анкети є питання про хобі та його роль (16–18) та про теми, які респонденти хотіли б дізнатись (19). Таким чином, опитувальник поєднує кількісні (закриті вибір, рейтинг) і якісні (відкриті) дані про уявлення людей.

Анкета передбачає приблизний час заповнення до 10 хвилин, що зменшує втрату уваги респондентів. Зібрані відповіді формуватимуть підґрунтя для кількісного (статистичного) і якісного (тематичного) аналізу.

У дослідженні беруть участь 50 осіб (дорослих громадян України віком 18–45 років), залучених методом добору зручності (через соцмережі, знайомих). Вимоги до відбору: рівномірне представництво двох підгруп за віком (18–25 і 26–45 років), будь-яке місце проживання (місто, село), будь-яка стать і рівень освіти. Анкета дозволяє кожному респонденту одноразово

надіслати відповіді. Персональні дані не збираються, що гарантує етичність: учасники не ідентифікуються, а відповіді аналізуються узагальнено.

У межах дослідження соціальних уявлень осіб різного віку про сучасні психотерапевтичні техніки для роботи з травмою був застосований комбінований метод аналізу: кількісний (статистична обробка закритих питань) та якісний (контент-аналіз відкритих відповідей).

Таким чином, дослідження було ретельно сплановане і реалізоване за допомогою валідного інструментарію, що дозволяє отримати достовірні результати.

У наступному підрозділі буде представлено аналіз отриманих анкетних даних.

3.2. Отримані результати та їх аналіз

В опитуванні взяли участь 50 осіб. Серед них переважну більшість становлять жінки – близько 40 респондентів або ~80%, тоді як чоловіків було близько 10 осіб (~20%). Таким чином, вибірка значно жіноча за складом. Віковий склад учасників варіюється: були присутні як молоді люди, так і респонденти середнього та старшого віку – рис. 3.1.

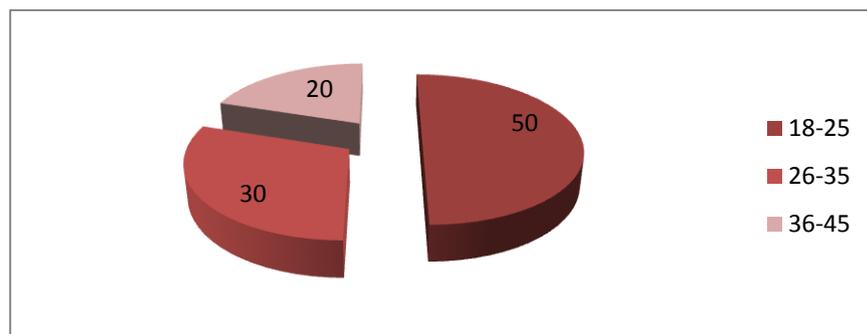


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за віком, у %

Більшість опитаних – це молоді люди у віці до 25 років (близько 50%). Приблизно третина (30%) належать до групи середнього віку 26–36 років, і

близько 20% респондентів були старше 36 років. Отже, вибірка дещо зміщена в бік молоді, що слід враховувати при інтерпретації результатів.

Респонденти представляють різні професії та сфери діяльності, що забезпечує різноманітність досвіду. Нижче наведено орієнтовний розподіл за найбільш представленими професійними групами – таблиця 3.1.

Таблиця 3.1.

Розподіл респондентів за професійною сферою діяльності

Професійна сфера	Кількість (n)	% вибірки
Студенти	10	20%
Освіта (вчителі, викладачі)	8	16%
Психологи / психотерапевти	6	12%
Медицина (лікарі, медсестри)	5	10%
Інші сфери	21	42%

Найбільшу частку серед респондентів складають студенти (близько 20%). Значна частина працює у сфері освіти (учителі та викладачі – ~16%). Також у вибірці були працівники психологічної сфери (психологи, ~12%) та медичні працівники (~10%). Решта 42% припадають на інші різноманітні професії (менеджери, ІТ-спеціалісти, службовці, підприємці тощо), кожна з яких окремо представлена невеликою кількістю учасників. Отже, вибірка є доволі різнопрофільною, що дозволяє охопити широку панораму соціальних уявлень.

Далі перейдемо до безпосередньої інтерпретації відповідей респондентів на питання анкети.

Питання 1. Респондентам було запропоновано визначити, що вони розуміють під терміном «психологічна травма». Це питання виявляє базове когнітивне уявлення про природу травми.

Більшість опитаних пов'язують психологічну травму передусім із сильним негативним переживанням внаслідок екстремальних подій. Менша частка розглядає травму як тривалий психічний розлад або «рана» психіки,

що потребує лікування. Деякі респонденти дали інші унікальні визначення, такі як сильний емоційний шок або довготривала психічна «рана».

Як бачимо, переважає уявлення про психологічну травму як про гострий психоемоційний шок чи стрес, пов'язаний з переживанням надзвичайно важких подій (близько 80% опитаних). Приблизно 15% респондентів акцентували увагу на довготривалому характері травми – вони вважають її своєрідним психічним розладом або раною, що може не гоїтися без допомоги. Лише небагато учасників (близько 5%) дали інші відповіді (наприклад, метафоричні описи або сумніви щодо визначення), тобто альтернативні уявлення про травму трапляються рідко.

У другому питанні респондентів просили вказати, які події чи ситуації, на їхню думку, можуть призвести до психологічної травми. Практично всі учасники зійшлися на тому, що важкі втрати та насильницькі дії є травматичними. Нижче наведено частки респондентів, які віднесли ті чи інші події до психологічно травматичних (відсоток тих, хто вибрав подію):

- Втрата близької людини (смерть рідних) – ~90% респондентів.
- Фізичне або сексуальне насильство – ~85%.
- Війна, бойові дії, терористичні акти – ~80%.
- Серйозна аварія, катастрофа (ДТП, стихійне лихо) – ~76%.
- Жорстоке поводження в дитинстві (абуз, булінг) – ~70%.
- Тяжка хвороба або травма здоров'я – ~60%.
- Розрив стосунків, розлучення – ~40%.

Бачимо, що найбільш травматичними подіями в очах людей є смерть близьких та насильство – ці варіанти фактично одностайно отримали визнання (понад 80% згадувань). Також дуже високий відсоток респондентів включив до травматичних подій воєнні дії та масштабні нещасні випадки (катастрофи, аварії). Дещо менше (але все одно більшість) відзначили дитячий травматичний досвід як потенційно травмуючий. Значна частина опитаних розглядає також важкі проблеми зі здоров'ям як джерело психотравми. Натомість психологічно значущі втрати іншого плану –

скажімо, розрив стосунків чи розлучення – вважаються травматичними меншою кількістю людей (близько 40%), тобто тут уявлення більш розпливчаті: не всі включають такі події до категорії «психологічна травма». Загалом, результати свідчать про те, що у масовій свідомості до психологічної травми відносять передусім екстримальні, життєвоzagрозливі або глибоко особистісно значущі події.

Наступним питанням було чи вважають респонденти, що психологічна травма може впливати на фізичне здоров'я (соматичні симптоми, психосоматичні проблеми).

Близько 60% опитаних погоджуються, що сильна психологічна травма здатна спричинити фізичні недуги або погіршення здоров'я (наприклад, хронічний стрес може дати ускладнення на організм). Решта ~40% скептично ставляться до цього або не впевнені – тобто не всі пов'язують психологічні травми з соматичними проявами.

Так, більшість респондентів визнають можливість психосоматичних наслідків травми – понад половина опитаних погоджується, що пережита психологічна травма може відбитися на тілі (наприклад, через психосоматичні розлади, погіршення імунітету, тощо). Водночас значна меншість (близько 4 з 10) не поділяє цю думку або вагається, що може свідчити про недостатню обізнаність щодо зв'язку психіки і тіла або про те, що для частини людей «психологічне» й «фізичне» уявляються окремими сферами.

Далі визначалося чи відносять респонденти проблеми зі сном (такі як безсоння або нічні кошмари) до можливих проявів психологічної травми.

Переважає більшість – приблизно 80% опитаних – відповіли, що так, розлади сну можуть бути наслідком травматичних переживань. Лише близько 20% не вважають це обов'язковою ознакою або сумніваються.

П'яте питання стосувалося того чи згодні респонденти, що підвищена тривожність, постійне відчуття страху є характерним наслідком психологічної травми.

Практично одностайно – приблизно 90% – респонденти визнали, що так, тривога і страх після пережитої травматичної події є нормальними проявами. Лише близько 10% опитаних не вважають це явище пов'язаним із травмою або не визначились.

Підвищена тривожність є, мабуть, найбільш загальновизнаним психологічним наслідком травми. Майже всі опитані очікують, що людина після психологічної травми відчуватиме страх, хвилювання, неспокій. Відповідно, уявлення про травму міцно пов'язане з тривожними розладами: для більшості респондентів це очевидний компонент посттравматичного стану.

Наступне питання стосувалося того чи може, на думку респондентів, пережита травма призводити до депресивних симптомів – стійкого смутку, апатії, втрати інтересу до життя.

Близько 85% учасників опитування погодилися, що так, депресія або пригнічений стан часто виникає після травми. Інші ~15% або не вважають це обов'язковим, або не визначились із відповіддю.

Бачимо, що переважна більшість респондентів асоціює психологічну травму з депресивними переживаннями. У масовому уявленні смуток, втрата радості, апатія – дуже ймовірні наслідки важкої травматичної події. Лише невелика частка опитаних не пов'язує травму з депресією; це може означати, що знання про посттравматичну депресію досить поширені. Таким чином, «пригнічений настрій» розглядається як типовий компонент картини психологічної травми.

Сьоме питання стосувалося того чи соціальна ізоляція та втрата інтересу (відчуженість) після травми може бути наслідками психологічної травми.

Приблизно 75% опитаних погодилися, що соціальна відстороненість і втрата інтересів є притаманними для травмованих осіб. Водночас ~25% не вважають це обов'язковим наслідком або не впевнені.

Тобто, більшість учасників вважає, що посттравматична відчуженість – досить часте явище. Для трьох чвертей респондентів зрозуміло, що

травмована людина може уникати спілкування, відсторонюватися від соціуму, перестати цікавитися тим, що раніше подобалося. Чверть опитаних або не пов'язує травму з такими поведінковими змінами, або допускає, що це залежить від людини. Отже, у соціальних уявленнях досить широко присутній образ травмованої особи як такої, що «йде в себе» після пережитого.

На питання чи вважають респонденти, що пережита психологічна травма може призводити до підвищеної агресивності, раптових спалахів гніву або надмірної дратівливості у потерпілої людини маємо такі результати: близько 65% опитаних відповіли «так», пов'язуючи травму з імовірністю агресивних або дратівливих реакцій. Інші ~35% не схильні вважати це типовим проявом (дехто з них відповів «ні», інші вагалися).

Підвищена дратівливість чи навіть агресивність не так однозначно асоціюється з травмою, як тривога чи депресія, але все ж більшість (близько двох третин) респондентів очікують і такого ефекту. У їхніх уявленнях травмована особа може реагувати гнівливо, «зриватися» в певні моменти. Решта третина або не пов'язує агресію з травмою, або вважає це рідкісним випадком. Це може відображати те, що агресивні прояви менш помітні для сторонніх або менш однозначно трактуються як наслідок травми (можуть приписуватися характеру людини, а не пережитому досвіду).

Дев'яте питання стосувалося того чи погоджуються респонденти, що люди, які пережили травму, можуть почати вживати алкоголь чи наркотики (або посилити таке вживання) як спосіб впоратися з переживаннями.

Приблизно 70% опитаних вважають, що так, травма часто веде до ризику алкоголізму чи інших згубних звичок. Решта ~30% або не згодні з цим, або не визначилися.

Так, значна більшість респондентів усвідомлює феномен «загоєння горя алкоголем» чи втечі від травматичних спогадів у вживання речовин – близько 70% вважають, що це типова поведінкова реакція на психологічну травму. Все ж третина опитаних не пов'язує прямо травму із залежностями.

Можливо, ці люди вірять у інші шляхи реакції або не стикались з таким явищем. В цілому, у соціальних уявленнях саморуйнівна поведінка (через алкоголь чи наркотики) займає помітне місце серед можливих наслідків травми, хоча й не так домінує, як емоційні прояви.

У наступному питанні визначали наявність переконання, що «травму неможливо повністю вилікувати». Більшість учасників не підтримують фаталізм щодо травми: лише ~20% цілком згодні з таким твердженням. Ще приблизно 50% обрали варіант «частково згоден», тобто вважають, що залежить від ситуації – травма може залишити слід, але певною мірою її можна подолати. І близько 30% респондентів не згодні (не вважають, що травма обов'язково лишається на все життя).

Бачимо, що більш ніж дві третини опитаних (близько 80% сумарно) не відкидають можливості одужання після травми, хоча половина з них обережні у відповідях («частково згодні» – тобто визнають, що слід може залишитися, але, можливо, не вирішальний). Лише п'ята частина дотримується песимістичного погляду, що «нічого вже не поробиш» і травма невиліковна. Це свідчить про відносно оптимістичне або нейтральне уявлення: більшість людей вірять, що психологічну травму можна принаймні частково подолати з часом чи зусиллями, і не вважають її довічним вироком.

Питання 11 «Стигма і слабкість – чи соромно звертатися по допомогу». Абсолютна більшість не погодилася з таким стигматизуючим твердженням. Лише близько 10% респондентів погодилися (повністю чи значною мірою), що звернення по психологічну допомогу – це слабкість або привід для сорому. Близько 20% обрали позицію «частково згоден», можливо, допускаючи певний суспільний осуд у окремих випадках. І приблизно 70% були не згодні з цією ідеєю (тобто не вважають ані слабкістю, ані чимось ганебним отримання допомоги при травмі).

У дванадцятому питанні йшлося про рівень згоди з висловом типу: «Людина повинна самостійно подолати свою травму, без сторонньої допомоги».

Близько 15% учасників погодилися з цією установкою, вважаючи, що кожен має сам подолати свої проблеми (тобто вони підтримують ідею самостійного подолання травми). Приблизно 30% відповіли, що частково згодні – можливо, припускаючи, що власні зусилля важливі, але й допомога не завадить. І найбільша частка – близько 55% – не погодилися з таким твердженням, відкидаючи ідею, що професійна чи інша допомога не потрібна.

У тринадцятому питанні респондентам було запропоновано перелік можливих способів подолання психологічної травми, з якого вони могли обрати всі, які вважають дієвими або доступними. Сюди входили різні стратегії – від звернення до спеціалістів до самостійних методів. Це питання показує поведінкові уявлення: що люди думають можна зробити, щоб побороти травму.

Учасники опитування відзначили кілька ключових способів подолання травматичних переживань. Найпоширеніші відповіді такі:

- Підтримка близьких і друзів: приблизно 70% респондентів вважають, що розмови та емоційна підтримка від родини або друзів – важливий спосіб допомогти людині з травмою.

- Звернення до психолога/психотерапевта: близько 60% відмітили професійну психотерапевтичну допомогу як дієвий метод подолання травми.

- Час і самоцілення: орієнтовно 50% вважають, що «час лікує», тобто поступово травма послабиться сама собою, особливо якщо відволікатися.

- Хобі та зайнятість (відволікання діяльністю): ~80% обрали активність (спорт, творчість, робота) як спосіб переключитися і полегшити стан після травми. Це один з найпопулярніших пунктів.

- Медикаментозне лікування: приблизно 30% вказали на ліки (транквілізатори, антидепресанти за призначенням лікаря) як засіб полегшити наслідки травми.

- Духовні практики: близько 20% респондентів вважають ефективними духовні або релігійні способи (молитва, медитація) для зцілення душевної травми.

- Інші способи: окремі респонденти згадували групову терапію, підтримку людей з подібним досвідом, освітні матеріали про травму тощо (кожен з таких варіантів набрав менше 10-15%).

Бачимо, що найбільш популярними уявляються дві лінії дій: соціальна підтримка (близькі люди) та активна зайнятість/хобі – ці способи назвала переважна більшість опитаних. Також високий відсоток людей розуміє важливість професійної психологічної допомоги – цей пункт на третьому місці (~60%). Цікаво, що половина респондентів покладається й на цілющу силу часу, сподіваючись, що травма послабне поступово. Водночас, медичне лікування (фармакотерапія) менш популярне в уявленнях – лише третина бачить його як шлях. Духовно-релігійні практики згадуються ще рідше, хоч і присутні у частини відповідаючих. Отже, люди схильні уявляти подолання травми скоріше через спілкування та активність, ніж через ліки чи суто духовні методи. Це свідчить про досить здорове розуміння: респонденти визнають вагомість як соціального оточення, так і професійної допомоги, а не покладаються виключно на пасивні очікування чи медикаменти.

У наступному питанні ми намагалися визначити рівень довіри до психотерапії. Більшість опитаних загалом висловили довіру до психотерапії, хоча ступінь довіри різниться:

- Повна або висока довіра: приблизно 60% респондентів. Ці люди впевнені, що сучасні методи психотерапії можуть ефективно допомогти при травмах.

- Часткова довіра: близько 30%. Ця група займає обережну позицію – вважають, що психотерапія може бути корисною, але, можливо, не завжди або потрібні додаткові умови (довіряють «частково»).

- Недовіра: близько 10% учасників. Вони або зовсім не вірять у ефективність психотерапії при травмах, або ставляться дуже скептично.

Визначено, що загалом, близько 90% опитаних не відкидають психотерапевтичну допомогу, з них більшість (близько 60%) – цілком довіряють їй. Кожен третій має певні сумніви чи обмежену довіру, але все ж визнає цінність терапії. Лише невелика меншість скептична. Отже, соціальні уявлення респондентів щодо психотерапії досить позитивні: психологічна допомога сприймається як вартісний та дієвий інструмент у подоланні травми. Це важливий показник, який свідчить про поступовий відхід від колишніх упереджень і зростання авторитету психологів у суспільстві.

Пятнадцяте питання уточнювало, які конкретні методи чи підходи (традиційні або альтернативні) респонденти вважають найефективнішими для лікування психологічної травми. Можливо, пропонувався перелік варіантів (психотерапія, ліки, групи підтримки, самопоміч тощо) для ранжування або вибору.

Судячи з відповідей, можна виділити наступну трійку лідерів серед методів, яким люди довіряють при лікуванні травми:

- Індивідуальна робота з психологом/психотерапевтом: ~70% респондентів відзначили це як один з найефективніших методів. Тобто особиста терапія (розмови зі спеціалістом) має найвищий кредит довіри.

- Підтримка рідних та близьких: ~60% також вважають, що тепле оточення і розуміння з боку сім'ї/друзів є надзвичайно ефективним фактором відновлення.

- Лікарські засоби (медикаменти): ~50% респондентів вказали фармакотерапію (наприклад, антистресові препарати, антидепресанти) як ефективний компонент лікування травми.

Інші методи отримали меншу підтримку, зокрема:

- Групова терапія / групи підтримки: приблизно 30% вважають ефективними сеанси в групі людей із подібним досвідом (можливість поділитися і почути інших).

- Самостійні практики саморегуляції: ~40% респондентів довіряють таким методам, як медитація, йога, глибоке дихання, ведення щоденника тощо.

- Альтернативні підходи: окремі респонденти згадували нетрадиційні методи (арттерапія, тілесно-орієнтована терапія, духовні практики). Кожен з таких підходів називали від 10% до 20% учасників, тобто вони відомі меншості.

У шістнадцятому питанні визначали залученість респондентів до хобі/активностей і чи допомагають такі заняття впоратися з пережитою травмою. Можливо, потрібно було зазначити, які саме хобі мають або вважають корисними.

Більшість опитаних повідомили, що мають певні захоплення, і багато хто вважає, що хобі реально допомагає пережити важкі часи. Зокрема:

- Приблизно 80% респондентів сказали, що мають якесь хобі чи регулярне заняття, яке «відволікає» або заспокоює (спорт, творчість, читання, подорожі тощо).

- З них більшість (біля 75% всіх опитаних) вірять в терапевтичний ефект свого хобі – тобто відзначили, що заняття улюбленою справою допомагає зменшити стрес, стабілізувати емоції.

- Лише ~20% респондентів не мають вираженого хобі або не вважають, що подібні заняття суттєво впливають на подолання травми.

Найчастіше згадувані типи хобі, які допомагають: спорт і фізична активність (біг, фітнес), творчість (малювання, музика), читання і подорожі/відпочинок на природі. Дехто згадав волонтерство чи соціальну діяльність як спосіб знайти сенс і впоратися зі своїми переживаннями.

Визначено, що респонденти широко усвідомлюють користь конструктивного зайняття у процесі відновлення. Хобі виступають як ресурс: переважна більшість має якісь зацікавлення і відчула їх позитивний вплив. Це відповідає уявленню, що «активне життя лікує» – люди вірять, що через спорт, творчість чи інші заняття можна відволіктися від болючих думок,

знизити рівень тривоги і поступово вийти з травматичного стану. Невелика частка тих, хто не покладається на хобі, може просто не мати часу/можливості для них або скептично ставитися до «недостатньо серйозних» методів. Але загальний висновок – активності та інтереси розглядаються як важлива складова одужання після травми.

Сімнадцяте питання стосувалося очікуваної поведінки респондентів у разі травми: чи вважають вони, що зможуть допомогти собі самостійно. Іншими словами, чи покладаються люди на власні сили у подоланні травми, чи радше одразу шукали б зовнішньої допомоги.

Розподіл відповідей вказує на те, що більшість респондентів все ж готові діяти самостійно, але не виключають і сторонньої допомоги:

- Близько 25% відповіли, що так, розраховують на себе повністю – у випадку травми спробували б самі собі зарадити в першу чергу.

- Найбільша частка – приблизно 60% – обрали варіант «частково»: вони і на власні сили покладаються, і не відкидають можливості звернутися по допомогу. Тобто ці люди вважають, що зробили б від себе все можливе, але за потреби залучили б фахівця чи підтримку.

- Решта ~15% зазначили, що не сподіваються лише на себе – ймовірно, одразу шукали б допомоги ззовні, відчуваючи що самотужки не впораються.

Бачимо, що більшість людей декларує досить збалансований підхід: активна особиста роль та готовність прийняти допомогу. Лише чверть опитаних мають установку повної самодостатності в подоланні травми. Це узгоджується з попередніми результатами – значна частина не вважає соромом звернення по допомогу, тож і не налаштована героїчно тягнути все самотужки. Лише приблизно кожен сьомий відповів, що не зміг би сам, і потребував би допомоги – цей показник невеликий, що може свідчити як про певну впевненість людей у своїх силах, так і про недооцінку складності травматичних переживань. У цілому ж, соціальне уявлення таке: «треба працювати над собою, але й допомога не зайва», тобто оптимальним вважається поєднання особистих зусиль та зовнішньої підтримки.

Вісімнадцяте, гіпотетичне питання про поведінковий намір: чи звернулися б респонденти до психолога/психотерапевта у разі, якби пережили серйозну травматичну подію. Питання фактично вимірює готовність шукати професійну допомогу.

Близько половини ($\approx 50\%$) респондентів відповіли «так, звернувся(-лася) б» до спеціаліста при травмі. Ще $\sim 30\%$ зазначили, що «можливо/не впевнені» – тобто вони вагаються, все залежатиме від обставин, але не виключають такої можливості. І близько 20% учасників вказали «ні», тобто не планували б звертатися до психолога навіть у разі травматичного досвіду.

Визначено, що намір скористатися професійною допомогою має більшість (половина твердо і ще третина – з певними умовами). Це досить високий показник готовності, що узгоджується з загальною довірою до психотерапії, зафіксованою раніше. Однак є і п'ята частина респондентів, які не налаштовані йти до психолога навіть за серйозної потреби – можливо, через особисті переконання, недовіру чи фінансові/організаційні бар'єри. В цілому, соціальні уявлення демонструють поступовий зсув у бік прийняття психологічної допомоги: для значної частини людей звернення до терапевта вже виглядає природним кроком при душевній кризі, хоча ще не для всіх.

Наостанок респондентів спитали, чи хотіли б вони дізнатися більше про психологічну травму та роботу з нею, і якщо так – що саме їх цікавить. Це питання характеризує когнітивний компонент соціальних уявлень: інформаційні потреби та прогалини в знаннях.

Більша частина учасників виявила інтерес до поглиблення своїх знань. Орієнтовно 80% відповіли, що хотіли б отримати додаткову інформацію про різні аспекти психологічної травми. Лише близько 20% не висловили особливого інтересу (можливо, вони й так почуваються обізнаними або тема їм не актуальна).

Серед тем, які цікавили респондентів (ті, хто відповів «так»), найчастіше згадувалися:

- Методи самопомоги і відновлення: багато хто хоче знати конкретні техніки, вправи, що можна робити самому для полегшення стану.

- Сучасні методи терапії травми: респондентів цікавить, як саме працюють психотерапевти з травмою, які новітні методики (наприклад, EMDR, когнітивно-поведінкова терапія тощо) існують і наскільки вони ефективні.

- Фізіологія і наслідки травми: деякі хочуть більше розуміти, що відбувається з мозком і психікою під час травми, які довгострокові наслідки для здоров'я.

- Досвід інших людей: кілька відповідей стосувалися бажання ознайомитися з реальними історіями одужання, порадами від тих, хто пройшов через травму і вилікувався.

Відповідно далі проаналізуємо відповіді респондентів трьох вікових категорій (18–25 років, 26–35 років, 36–45 років) на вибрані питання анкети, що стосуються соціальних уявлень про сучасні психотерапевтичні техніки та про травму.

Так, у таблиці 3.2 подано узагальнення відповідей респондентів трьох вікових груп щодо уявлень про психологічну травму, ситуацій, які можуть її спричинити, та знання реальних прикладів із життя.

У результатах першого запитання видно, що всі групи визначають психологічну травму переважно як сильне емоційне потрясіння або стрес, що перевищує можливості психіки. Проте молодь 18–25 років формулює це більш метафорично й емоційно («рана», «удар»), середня група 26–35 – у раціональніших термінах («порушення балансу», «тривалий біль»), а старші респонденти акцентують на незворотності («зміна психіки», «ураження»).

Таблиця 3.2.

Уявлення про психологічну травму, джерела травматичних подій і знання прикладів

Показник	18–25 років (n=17)	26–35 років (n=17)	36–45 років (n=16)
1. Визначення психологічної травми	Найчастіше: «сильний емоційний удар», «емоційна рана», «подія, що перевищує можливості психіки»	Варіативність: від «шоку» до «втрати внутрішньої рівноваги»	Переважно: «емоційна травма», «досвід, що змінює психіку», «психологічне ураження»
2. Події, що викликають травму	Війна, насильство, аварії, втрата близьких, хвороби	Подібно до молоді, але частіше згадуються втрати й розлучення	Найчастіше: війна, насильство, аварії, смерть, катастрофи
3. Знання прикладів із життя	12 (71%) зазначили, що знають приклади; описують тривогу, ізоляцію, дратівливість	13 (76%) вказали на знайомство з випадками – переважно симптоми депресії, емоційного відчуження	9 (56%) відповіли «так»; частіше обмежуються коротким описом: «так – бачив/ла», без деталей

У другому питанні всі вікові групи згадують переважно однакові категорії подій, що можуть викликати психологічну травму: війна, насильство, втрати, аварії, хвороби. Молодь частіше підкреслює агресивні події (насильство, бойові дії), у той час як старші респонденти звертають увагу на смерть, хвороби або втрати.

У третьому питанні найбільш поінформованими виявилися респонденти 18–35 років: понад 70% змогли назвати конкретні приклади з життя (особистого або чужого досвіду), що супроводжувалися психологічними наслідками – тривогою, замкненістю, порушеннями сну. У старшій групі лише трохи більше половини змогли пригадати подібні випадки. Це може свідчити як про меншу рефлексивність, так і про уникнення цієї теми або її стигматизацію.

У таблиці 3.3. подано узагальнення щодо того, чи були респонденти свідками або учасниками травматичних подій, чи вважають, що самі пережили психологічну травму, а також їхню емоційну оцінку цього досвіду.

Таблиця 3.3.

Досвід участі у травматичних подіях, самовизначення пережитої травми та емоційне ставлення

Показник	18–25 років (n=17)	26–35 років (n=17)	36–45 років (n=16)
4. Свідок або учасник подій	10 (59%) – безпосередній учасник (варіант А або Г)	11 (65%) – переважно учасники	9 (56%) – найчастіше як свідки або побічні учасники
5. Чи зазнали травми	9 (53%) – відповіли «так»	13 (76%) – вважають, що пережили травму	11 (69%) – також визнали власний досвід як травматичний
6. Емоційна оцінка досвіду	10 (59%) – вказали варіант «негативний» (В)	12 (71%) – негативна або змішана оцінка (В або Б)	11 (69%) – аналогічно, здебільшого негативна (Б або В)

У питанні 4 бачимо, що у всіх трьох вікових групах більшість респондентів мали досвід травматичних подій - або як безпосередні учасники (позначено кодами А або Г), або як свідки (В). Молодь частіше вказувала, що була саме учасником подій (59%), зокрема таких як війна чи насильство. У середній групі також переважають безпосередні учасники, а в старшій більше тих, хто був свідком подій, а не центральним їх учасником.

Питання 5 засвідчує, що більшість респондентів, незалежно від віку, вважають, що зазнали психологічної травми. Найвищий показник – у групі 26–35 років (76%). Це може свідчити про активнішу самоідентифікацію з поняттям «травма» серед людей середнього віку, які вже мають певний життєвий досвід, але водночас – більшу відкритість до визнання вразливості. Молодь менш впевнено говорить про пережиту травму, хоча показник також перевищує 50%. Старша група також демонструє високу частку визнання травми (69%).

Щодо емоційної оцінки (питання 6), у всіх трьох групах переважає негативне сприйняття власного досвіду. У групі 26–35 років понад 70% респондентів вказали, що оцінюють пережите негативно або частково негативно (варіанти В або Б), тоді як серед молоді й старших показники майже ідентичні (~59% і ~69% відповідно). Варто зазначити, що лише незначна частка опитаних надала позитивну оцінку досвіду (варіант А), що ще раз підкреслює травматичний характер подій, які вони пережили.

Продовжуємо аналіз відповідей респондентів за питаннями 7–9. Ці пункти анкети стосувалися наслідків травматичного досвіду, зокрема його впливу на психіку, фізичне самопочуття та появу симптомів тілесного характеру.

Таблиця 3.4.

Розподіл відповідей щодо психологічних і фізичних наслідків травми

Показник	18–25 років (n=17)	26–35 років (n=17)	36–45 років (n=16)
7. Указані наслідки травми	13 (76%) – вказали психоемоційні або поведінкові наслідки (А, Б, Г)	14 (82%) – переважно емоційні й поведінкові ефекти	11 (69%) – частіше – емоційні та когнітивні зміни
8. Вплив на фізичний стан	14 (82%) – відзначили вплив (А)	14 (82%) – аналогічний рівень	13 (81%) – майже такий самий показник
9. Наявність фізичних симптомів	12 (71%) – зазначили симптоми (А, В)	13 (76%) – зокрема порушення сну, втома	12 (75%) – частіше тривожність, болі, втома

За результатами питання 7, переважна більшість респондентів усіх вікових груп повідомляють про певні психологічні або поведінкові наслідки пережитої травми. У молодшій та середній групах ці показники навіть перевищують 75%, що свідчить про високу усвідомленість і готовність ідентифікувати зміни в емоційному або соціальному функціонуванні. Старша група дещо менш схильна до таких відповідей, проте також більшість визнає наявність негативних наслідків.

Питання 8 показало практично однаковий рівень визнання впливу травми на фізичний стан у всіх вікових категоріях – приблизно 80% респондентів погодилися, що психологічна травма позначається і на фізичному самопочутті. Це свідчить про поширене уявлення про взаємозв'язок між психікою та тілом, незалежно від віку.

У питанні 9 більшість респондентів також вказали на досвід фізичних симптомів – таких як головний біль, безсоння, втома, напруга, панічні стани. Частки в кожній групі подібні: 71% у молоді, 76% у середньому віці і 75% у старших респондентів. Це підтверджує, що тілесні прояви є типовими при переживанні психологічної травми і розпізнаються всіма віковими категоріями.

Наступні питання стосувалися сприйняття тривалості впливу травми, потреби в допомозі та факторів, що підвищують вразливість до психологічної травми – табл. 3.5.

Щодо питання 10, значна частина опитаних у всіх трьох вікових групах переконані, що психологічна травма може залишати довготривалий або навіть незворотний слід. У старшій групі таких відповідей дещо більше – 75%, що може свідчити про вищу обізнаність із довготривалими наслідками або більший власний досвід тривалого впливу травматичних подій.

На питання 11 переважна більшість респондентів відповіли ствердно: більшість переконані, що людині з травматичним досвідом обов'язково потрібна допомога – фахівців, близьких чи обох. Особливо високі ці показники в молодшій (76%) та середній (82%) вікових групах. Серед старших (69%) цей показник дещо нижчий, що може свідчити про більшу схильність до самостійного подолання або скептицизм щодо допомоги. Щодо факторів вразливості до травми (питання 12), в усіх трьох групах найчастіше вказували на психологічні характеристики (емоційна чутливість, тривожність) і соціальні чинники (відсутність підтримки, самотність). У групі 18–25 років частіше згадувались саме особистісні риси (А), у 26–35 – додатково підкреслювався контекст (життєві обставини, навантаження), а у

36–45 років – життєвий досвід або характер (Б) як чинники, що впливають на ступінь вразливості.

Таблиця 3.5.

Розподіл відповідей щодо тривалості впливу травми, потреби в допомозі та факторів вразливості

Показник	18–25 років (n=17)	26–35 років (n=17)	36–45 років (n=16)
10. Травма залишає незворотний слід	11 (65%) – відповіли «так» (В)	12 (71%) – «так» (В)	12 (75%) – «так»(В), іноді з конкретизацією (Г)
11. Потрібна допомога при травмі	13 (76%) – вказали потребу в допомозі (А/Б)	14 (82%) – аналогічна тенденція	11 (69%) – дещо нижчий показник
12. Фактори вразливості	Найчастіше згадували: психоемоційна чутливість, відсутність підтримки (А)	Подібно – особисті риси + контекст (А, Б)	Частіше вказували життєвий досвід, характер (Б)

У таблиці 3.6. подано розподіл варіантів відповідей респондентів щодо способів подолання травми.

З даних таблиці бачимо, що молодша група (18–25) найчастіше зазначала соціальну підтримку та самостійний пошук інформації як способи подолання травми; понад половина також вважає за потрібне звернутися до психолога.

Таблиця 3.6.

Розподіл варіантів відповідей респондентів щодо способів подолання травми

Спосіб подолання	18–25 років (n=17)	26–35 років (n=17)	36–45 років (n=16)
А. Звернутися до психолога	9 (53%)	8 (47%)	0 (0%)
В. Підтримка близьких	12 (71%)	8 (47%)	4 (25%)
С. Самостійно шукати інформацію	11 (65%)	6 (35%)	1 (6%)
Д. Фізична активність/спорт	8 (47%)	4 (24%)	2 (13%)
Е. Зосередитися на роботі/справах	2 (12%)	6 (35%)	12 (75%)

У середній групі (26–35 років) спостерігається збалансований вибір: приблизно по 1/2 опитаних відзначили професійну допомогу і підтримку близьких, водночас роль самостійного пошуку і активностей дещо менша.

Старша група (36–45) різко відрізняється: жоден респондент цієї категорії не обрав звернення до психолога, натомість три чверті вказали занурення в роботу або повсякденні справи як спосіб впоратися з травмою. Також половина старших респондентів шукає підтримки родини, але дуже небагато схиляються до отримання нової інформації чи активного дозвілля для подолання травматичних переживань.

Наступне питання стосувалося віри в ефективність психотерапії – розподіл відповідей – таблиця 3.7.

Таблиця 3.7.

Розподіл варіантів відповідей респондентів щодо віри в ефективність психотерапії

Рівень віри в ефективність психотерапії	18–25 (n=17)	26–35 (n=17)	36–45 (n=16)
A. Повна віра (так, ефективна)	10 (59%)	12 (71%)	5 (31%)
B. Часткова віра	5 (29%)	4 (24%)	6 (38%)
C. Не вірить (не ефективна)	2 (12%)	1 (6%)	5 (31%)

У молодшій групі більшість (близько 60%) повністю довіряють ефективності психотерапії. Схожий показник і у групі 26–35 років, де 71% висловили повну віру в дієвість психотерапії (найвищий показник серед усіх груп). Натомість у старшій групі значно менша частка переконана в ефективності терапії (лише ~31%), і натомість третина респондентів 36–45 років не вірить у психологічну допомогу як дієвий засіб при травмі. Отже, з віком помітне зниження довіри до психотерапії: старші респонденти частіше скептично налаштовані або невизначені, тоді як молодші переважно позитивно оцінюють її ефект.

Далі ми визначали вікову різницю у знанні технік подолання травм – таблиця 3.8.

Таблиця 3.8.

Розподіл варіантів відповідей респондентів щодо знань технік подолання травм

Відомі техніки	18–25 (n=17)	26–35 (n=17)	36–45 (n=16)
A. Не знає жодної	5 (29%)	6 (35%)	10 (63%)
B. КПТ (когнітивно-повед.)	8 (47%)	5 (29%)	2 (13%)
C. Психоаналіз	4 (24%)	5 (29%)	6 (38%)
D. Гештальт-терапія	4 (24%)	3 (18%)	1 (6%)
E. Гіпнотерапія	6 (35%)	4 (24%)	4 (25%)
F. Арт-терапія	7 (41%)	5 (29%)	1 (6%)

У молоді 18–25 років спостерігається ширша обізнаність із сучасними методами: майже половина знає про когнітивно-поведінкову терапію, 41% чули про арттерапію; також приблизно третина–чверть знайомі з гештальт-підходом чи психоаналізом. Лише 29% молодших респондентів не змогли назвати жодної техніки. Група 26–35 років має дещо нижчий рівень обізнаності: найвідомішими є КПТ, психоаналіз та арттерапія (близько 29% кожен), водночас понад третина опитаних цієї групи не знає жодного методу. Найменш обізнаною виявилася старша група: майже дві третини осіб 36–45 років не змогли назвати жодної відомої техніки роботи з травмою. З тих небагатьох, що знайомі з методами, найчастіше згадувався класичний психоаналіз та гіпноз (близько 25–38%), тоді як про сучасні підходи на кшталт КПТ, арттерапії чи гештальту знають одиниці. Отже, молодші респонденти демонструють значно вищу обізнаність у різних психологічних техніках, тоді як серед старших поширене незнання таких методів.

Далі ми визначали роль хобі у подоланні травми – таблиця 3.9.

Таблиця 3.9.

Розподіл варіантів відповідей респондентів щодо ролі хобі у подоланні травми

Оцінка ролі хобі	18–25 (n=17)	26–35 (n=17)	36–45 (n=16)
A. Хобі дуже допомагає	10 (59%)	9 (53%)	7 (44%)
B. Допомагає частково	5 (29%)	6 (35%)	6 (38%)
C. Не допомагає	2 (12%)	2 (12%)	3 (19%)

У всіх вікових групах переважає думка, що наявність хобі сприяє відновленню після травми. Більше половини молоді та людей середнього віку оцінюють роль хобі як дуже корисну, тоді як у старшій групі такий оптимізм трохи менший (44% відповіли «дуже допомагає»). В усіх трьох категоріях приблизно четвертина до третини респондентів вважають, що захоплення допомагають лише частково, і зовсім незначна частка (близько 10–20% у кожній групі) заперечує користь хобі. Загалом, ставлення до ролі хобі є подібно позитивним у різних вікових вибірках, суттєвих відмінностей між групами не спостерігається.

І останнє питання стосувалося визначення інформації про травму – табл. 3.6.

Таблиця 3.6.

Розподіл варіантів відповідей респондентів щодо способів подолання травми

Цікава інформація	18–25 (n=17)	26–35 (n=17)	36–45 (n=16)
A. Не цікава взагалі	2 (12%)	4 (24%)	7 (44%)
B. Природа та наслідки	8 (47%)	6 (35%)	4 (25%)
C. Способи самодопомоги	10 (59%)	7 (41%)	3 (19%)
D. Професійна допомога	9 (53%)	8 (47%)	3 (19%)
E. Допомога близьким	6 (35%)	5 (29%)	4 (25%)

Більшість молоді зацікавлена у різних аспектах знань про травму – особливо популярні запити щодо самодопомоги (59% групи 18–25) та можливостей психотерапії (53%). Також майже половина хоче розуміти природу і наслідки травмування; третина – як допомогти іншим. Лише 12% молодих людей зовсім не цікавляться цією темою. У групі 26–35 років картина подібна, хоча частки дещо нижчі: провідні інтереси – професійна допомога та самодопомога (~40–47%). Чверть цієї групи не виявляє інтересу до інформації про травму. Старша група вирізняється найменшою зацікавленістю: майже половина людей 36–45 років зазначили, що їх взагалі не цікавить інформація про психологічну травму. Лише по 19% старших

респондентів зацікавлені в інформації про способи самопомоги чи про можливості психотерапії – ці показники істотно нижчі, ніж у молодших груп.

Отже, порівняльний аналіз показав, що молодь (18–25 років) найвідкритіша до визнання психологічної травми, активно шукає підтримку, інформацію й обізнана з сучасними техніками подолання. Люди середнього віку (26–35 років) раціональніші у сприйнятті, найчастіше визнають власний травматичний досвід і високо оцінюють потребу в допомозі. Старша група (36–45 років) менш поінформована, менш довіряє психотерапії й частіше орієнтується на самостійне подолання через роботу чи ігнорування теми, що свідчить про потребу просвітницької роботи в цій віковій категорії.

2.3. Практичні рекомендації для фахівців-психологів стосовно застосування технік, спрямованих на подолання психологічної травми

Психологічна травма є наслідком подій, які виходять за межі звичного досвіду й загрожують фізичній чи психологічній цілісності людини. Такий досвід не лише залишає глибокий відбиток у пам'яті, але й провокує системні зміни у поведінці, емоціях, переконаннях та функціонуванні тіла. Згідно з сучасними клінічними рекомендаціями для дорослих, першою лінією допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) є психотерапія, а не медикаментозне лікування. Її успішність визначається поєднанням комбінації різних втручань, що ураховують особливості клієнта, тип травми та фазу відновлення [78].

Нами були узагальнені практичні рекомендації для психологів щодо застосування основних технік, спрямованих на подолання психологічної травми.

Працюючи з людиною, яка пережила травму, практики мають неухильно дотримуватися основних принципів роботи.

1. Безпека – створення фізично й емоційно безпечного простору, встановлення чітких меж і конфіденційності.
2. Довіра і прозорість – чесність та послідовність у комунікації, що зміцнює альянс і дозволяє клієнту відчувати контроль над процесом.
3. Повага до вибору та розширення прав – клієнт бере участь у виборі методів, темпу роботи та визначенні цілей.
4. Культурна чутливість – врахування культурних відмінностей і уникнення нав'язування своїх цінностей.
5. Уникнення ретравматизації – професіонал відстежує можливі тригери, підтримує рівень емоційної регуляції та дотримується етичних меж, аби не посилити страждання клієнта.
6. Співпраця між фахівцями – взаємодія з суміжними спеціалістами для забезпечення комплексної допомоги.
7. Самодопомога та самозахист психолога – спеціаліст повинен піклуватися про власний емоційний стан, уникати професійного вигорання й вторинної травматизації [80].

Крім принципів, сучасні клінічні рекомендації наголошують, що травмофокусована психотерапія повинна бути стандартизованою, базуватися на протоколах, а терапевти мають проходити підготовку й отримувати супервізію. Вибір методів (наприклад, включення експозиції) здійснюють спільно з клієнтом; самі втручання плануються у межах науково обґрунтованих протоколів.

Далі розглянемо безпосередньо кожний тип терапії та визначимо основні особливості їх застосування.

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із основних методів лікування ПТСР. Вона поєднує когнітивні та поведінкові техніки, спрямовані на обробку спогадів про травму, корекцію дезадаптивних переконань і розвиток навичок саморегуляції. Британський національний інститут охорони здоров'я

радить пропонувати дорослим із ПТСР саме КПТ; терапія має проводитися за валідованими протоколами, зазвичай упродовж 8–12 сесій, і може містити підтримуючі зустрічі [75]. Рекомендовані компоненти TF-КПТ:

- Психоедукація та нормалізація симптомів – пояснення природи травми, механізмів виникнення симптомів та процесу одужання. Це допомагає зменшити страх перед власними переживаннями й мотивує до роботи.

- Навички регуляції збудження – навчання диханню, прогресивній м'язовій релаксації, майндфулнес та іншим технікам, які допомагають контролювати тривогу. Наприклад, брати повільний вдих протягом 4 секунд, утримувати подих на 2 секунди та робити повільний видих протягом 6 секунд; практикувати вправу щодня. Прогресивна м'язова релаксація включає напруження певної групи м'язів на 5 секунд із подальшим розслабленням на 10 секунд і послідовне опрацювання рук, обличчя, шиї, плечей, грудей, живота, тазу та ніг.

- Обробка травматичних спогадів – поступове створення нарративу про подію, використання методів експозиції (під контролем керівництвом терапевта), візуалізації або письмових описів. Клінічні настанови наголошують, що експозиція може бути ефективною, однак вибір цього компоненту має бути спільним рішенням клієнта і терапевта; метод повинен проводитися за протоколом, із підготовкою та підтримкою [75].

- Когнітивна реструктуризація – ідентифікація автоматичних негативних думок, відомих у термінах когнітивної терапії як «застрягли переконання» або «stuck points», і їхнє перевіряння. У першій сесії клієнта просять написати «Заяву про вплив», яка описує переконання щодо причин травми та її наслідків для себе, інших та світу. Впродовж сесій клієнти навчаються використовувати робочі аркуші «Подія-Думка-Почуття» (ABC-worksheet) для відстеження зв'язку між подіями, переконаннями та емоціями. Завданням є щоденне заповнення одного такого аркуша, особливо щодо травмуючої події, та занесення нових застряглих переконань до журналу. На наступних етапах клієнт щодня обирає одне застрягле переконання і відповідає на низку

запитань у «Аркуші складних запитань»: чи є докази «за» і «проти» цього переконання, чи не використовуються крайні формулювання (наприклад, «завжди», «ніколи»), чи базується переконання на фактах чи емоціях тощо [74].

- Поведінкові експерименти та домашні завдання – практичні вправи, які перевіряють справедливість негативних переконань і допомагають формувати нові адаптивні стратегії. Вони можуть включати поступову експозицію до ситуацій, яких клієнт уникає, соціальні контакти, активності, що приносять задоволення, та застосування навичок для вирішення проблем.

- Бустер-сесії та підтримка – після завершення основного курсу TF-КПТ клієнту пропонують декілька підтримуючих зустрічей для закріплення навичок і профілактики рецидиву [75].

Когнітивна обробка (Cognitive Processing Therapy) є варіантом КПТ, спеціально розробленим для лікування ПТСР. Терапія передбачає 12 сесій і має чіткий протокол. Основні елементи:

- Заява про вплив – на початку лікування клієнт пише односторінковий текст про те, чому, на його думку, сталася найбільш травматична подія та який вплив вона мала на переконання щодо себе, інших та світу (без необхідності детально описувати подію). Це завдання готує клієнта до подальшої роботи.

- АВС-аналіз – клієнт щодня заповнює таблицю «Подія – Переконання – Почуття», щоб виявити зв'язок між подіями, думками й емоціями. Це підвищує усвідомленість і дозволяє відстежити застрягли переконання.

- Челендж застряглих переконань – на наступних сесіях клієнт обирає застрягли переконання, пов'язані з травмою (наприклад, «це моя провина»), та відповідає на запитання: які докази підтверджують або спростовують думку; чи це звичка; чи в переконанні немає перебільшень («завжди», «ніколи»); чи не базується воно на почуттях; чи враховані всі факти; звідки походить переконання тощо. Заповнення таких аркушів допомагає клієнту

зменшити «чорно-біле» мислення й сформувати більш реалістичні інтерпретації.

- Переоцінка особистої відповідальності – спеціальний аркуш (Levels of Responsibility) пропонує клієнту об'єктивно оцінити свою роль у травматичній події: розділяти непередбачувані обставини, ненавмисні дії та умисні дії інших осіб. Це дозволяє зменшити непотрібну провину й сором.

- Систематична робота з темами безпеки, довіри, контролю, самооцінки та інтимності – клієнти досліджують, як травма вплинула на ці сфери, та формують нові переконання. Наприклад, переконання «світ небезпечний» поступово замінюється на «я можу турбуватися про свою безпеку та водночас жити повноцінно». Терапевти рекомендують домашні завдання для закріплення змін у реальних ситуаціях [77].

Для клієнтів із депресивною симптоматикою або сильним униканням у рамках КПТ застосовують *поведінкову активацію* – поступове планування та виконання приємних чи значущих дій, щоб відновити позитивні переживання й підсилити відчуття контролю. Експозиційна терапія (продовжена або у формі травмофокусованого нарративу) залишається основою роботи з нав'язливими спогадами. Проте систематичний огляд і настанови за 2025 р. показали, що різниця у результативності між травмофокусованими підходами з експозицією та без неї не була клінічно значущою; отже, включення експозиції має бути спільним рішенням і залежить від потреб клієнта [75].

EMDR-терапія (десенсибілізація та репроцесинг рухами очей) – метод, що поєднує елементи когнітивної, поведінкової й тілесної терапії зі стимуляцією мозку через двосторонні рухи очей або інші форми білатеральної стимуляції. Метод рекомендований у міжнародних протоколах як втручання першої лінії для ПТСР.

EMDR має вісім фаз. У першій фазі терапевт збирає анамнез, пояснює модель адаптивної переробки інформації та формує план роботи.

Друга фаза орієнтована на підготовку й стабілізацію: клієнта навчають технік саморегуляції, включно з уявленням «безпечного місця» та дихальними вправами, щоб він міг контролювати емоційне збудження.

Далі йде оцінка (фаза 3) – визначення образу, негативної когніції (наприклад, «я безпорадний»), позитивної когніції («я можу впоратися») та пов'язаних фізичних відчуттів.

Фази 4–6 охоплюють власне репроцесинг: клієнт фокусується на травматичному образі й негативній установці, одночасно виконуючи серію швидких горизонтальних рухів очей або інших двосторонніх стимулів. Терапевт періодично запитує, що виникає в думках чи тілі, та сприяє поступовому згасанню дистресу й інтеграції позитивних переконань.

Фаза 7 (закриття) завершує сесію, повертаючи клієнта у збалансований стан; фаза 8 (повторна оцінка) на наступній зустрічі перевіряє, чи закріпився ефект і чи потрібно опрацювати інші спогади.

Клінічні настанови радять проводити 8–12 сесій EMDR за стандартизованим протоколом, акцентуючи увагу на виборі цільових спогадів, використанні білатеральної стимуляції та інсталяції позитивних переконань. Терапевт має навчитись технік самозаспокоєння й контролю флешбеків разом із клієнтом. При роботі з комплексним ПТСР або коморбідними розладами процес може потребувати більше часу; важливо проводити детальну діагностику, стабілізацію й забезпечувати подальшу підтримку. Для клієнтів із дисоціацією рекомендується «титрувати» історію – тобто вводити її поступово, щоб уникнути переповнення. Кожну сесію слід завершувати вправами на заземлення й уявне повернення в безпечне місце [75].

Наступний тип - соматична (тілесно-орієнтована) терапія базується на припущенні, що травма та сильні емоції зберігаються в тілі у вигляді м'язового напруження, болю, порушень дихання тощо. У науково-практичних джерелах описують соматичну терапію як тілоцентрований вид психотерапії, який допомагає людині усвідомити, як пережите минуле

проявляється у фізичних симптомах. На відміну від традиційної розмовної терапії, соматичний підхід починається з роботи з тілом і поєднує вербальне обговорення з уважним спостереженням за тілесними відчуттями та рухом [78].

Соматична терапія є багатогранним поняттям, що включає різні методи. Вони мають спільну мету – вивільнити напруження, завершити «цикл стресу» і відновити відчуття безпеки. У дослідження описують такі види:

- Соматичне переживання (SE) – зосереджується на відчуттях у тілі та допомагає завершити реакцію «бий або біжи», вивільняючи енергію, що залишилась після травми.

- Сенсомоторна психотерапія – поєднує роботу з тілом з розглядом мислення та емоцій; підходить для лікування травм та дисоціації.

- EMDR – хоча зазвичай відносять до когнітивних методів, у тексті вона згадується як соматичний варіант, бо обробка спогадів відбувається через тілесну стимуляцію.

- Хаккомі-терапія та біоенергетичний аналіз – орієнтовані на усвідомлення тілесних імпульсів та використання рухів, дихання і заземлення для вивільнення емоцій.

- Йога-терапія, дихальні практики та танцювально-рухова терапія – застосовуються як допоміжні методи, що працюють на принципах усвідомлення тіла й ритмічного руху [76].

Типова соматична сесія включає кілька етапів. Спочатку проводять заземлення – клієнт фокусується на відчуттях ніг на підлозі, ритмі дихання та безпечному контакті з теперішнім моментом. Далі слідує усвідомлення тіла, де клієнт вчиться помічати місця напруження або тепла і співвідносити їх із думками та емоціями. Потім застосовують пендулювання – плавне переміщення уваги між комфортом і дискомфортом, щоб поступово вивільнити заблоковані емоції; титрацію – роботу з невеликими частинами травматичної пам'яті, паралельно регулюючи фізіологічні реакції; ресурсування – відтворення образів, спогадів або людей, що приносять

спокій, до й після опрацювання важких тем. За потреби терапевт може використовувати легкий дотик або направляти клієнта до *gentle movement* (розтягування, тремтіння), а також дихальні вправи (наприклад, повільне черевне дихання або техніка «коробкового дихання»), щоб врівноважити систему. Завершується сесія обговоренням переживань та інтеграцією відчуттів.

Доказовість соматичної терапії поки обмежена: зарубіжні дослідження показують, що соматичне переживання може зменшити симптоми ПТСР у межах 1–15 сесій, однак потрібні додаткові дослідження. Існують також дані, що поєднання майндфулнес із роботою з тілом протягом восьми тижнів може зменшити симптоми тривоги та депресії [17].

У роботі з тілом широко використовують *прогресивну м'язову релаксацію (ПМР)*. За протоколом клієнт стиснуто напружує одну групу м'язів 5 секунд, а потім розслабляє її 10 секунд, проходячи послідовно руки, обличчя, шию, плечі, груди, живіт, таз і ноги. Ця методика допомагає навчити клієнтів розпізнавати та зменшувати напруження, що супроводжує тривогу, та може застосовуватись як частина стабілізаційної фази.

Дихальні вправи також слугують потужним інструментом заземлення. Інструкція, запропонована Центром клінічних інтервенцій, радить комфортно сісти, зробити вдих через ніс на 4 секунди, утримати дихання 2 секунди, а потім видихнути через ніс на 6 секунд; практикувати два-три рази на день, використовуючи діафрагмальне (черевне) дихання. Регулярне застосування цієї вправи допомагає зменшити гіпервентиляцію й фізіологічні прояви тривоги.

Уявлення «безпечного місця» (safe space imagery) допомагає клієнтам, які мають труднощі з відчуттям безпеки або сильної тривоги. Інструкція передбачає вибір тихого місця, зручну позу та сповільнене дихання. Потім клієнт створює в уяві місце, де відчувається захищеним (справжній або фантазійний пейзаж), уявляючи його через зорові, слухові й тілесні відчуття. Важливо контролювати, що саме є в цьому образі – люди, предмети, кольори,

запахи – і додавати фразу підтримки (наприклад, «Я у безпеці») на видиху. Регулярне тренування, навіть 5 хвилин на день, сприяє формуванню відчуття внутрішньої безпеки і може використовуватися перед сном чи у моменти загострення [74].

Заземлення допомагає повернути увагу в теперішній момент під час флешбеків або дисоціації. Популярною є техніка 5-4-3-2-1: клієнт обирає п'ять речей, які бачить, чотири – яких торкається чи відчуває, три – які чує, дві – які може понюхати, та одну – яку може скуштувати або відчути смаком. Така вправа перемикає сенсорну систему та зменшує інтенсивність нав'язливих спогадів. Ще один варіант полягає у залученні руху: повільно вдихати й видихати, ворушити пальцями, тиснути ногами в підлогу, сильно стиснути й розтиснути кулаки, розтерти долоні та розтягнути руки; ці дії допомагають знизити дисоціацію й повернути контроль над тілом.

Підходи майндфулнес (усвідомленої присутності) спрямовані на спостереження за думками й переживаннями без суджень і на культивування співчуття до себе. Дослідження показують, що практики майндфулнес можуть зменшити уникання, гіпервозбудження, емоційне оніміння та негативні переконання, які є характерними для ПТСР [77].

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) – восьмижнева групова програма, що складається з 2–2,5-годинних занять та одноденного ретриту. Вона включає практики медитації, усвідомленого дихання, йоги та дискусії про стрес і копінгові стратегії. Учасники отримують домашні завдання й аудіозаписи для щоденної практики. Програма допомагає зосереджувати увагу на теперішньому моменті, розвиває безоцінне ставлення до думок і тілесних відчуттів, що сприяє зменшенню симптомів ПТСР і депресії.

МВСТ об'єднує елементи майндфулнес та когнітивної терапії. Вона навчає клієнтів помічати автоматичні думки без реагування, приймати власні переживання й припиняти «боротьбу» з негативними емоціями. Теоретично МВСТ допомагає змінити стиль мислення з «реактивного» на «рефлексивний» – це підсилює гнучкість уваги, зменшує катастрофізацію та

підвищує самоспівчуття. Практика може доповнювати TF-КПТ або соматичні підходи, посилюючи здатність клієнта залишатися присутнім під час експозиції чи обробки спогадів [13].

Арттерапія використовує творчий процес як спосіб вираження та обробки травматичного досвіду. Вона підходить людям, яким важко вербалізувати свої переживання, або у випадках, коли вербальне відтворення події може викликати надмірну дистрес. Огляд доказів свідчить, що арттерапія дозволяє клієнтам досліджувати, виводити назвні та переосмислювати негативні думки й почуття; існують помірні докази її ефективності у зменшенні симптомів депресії та тривоги, але довготривала ефективність потребує подальшого вивчення.

Практична робота може включати:

- Малювання та живопис – клієнт зображує пережиту ситуацію або свої емоції у символічній формі; після творення робота обговорюється, аналізуються кольори й образи. Психотерапевт допомагає знайти сенс у використаних символах і сформуванню нового наративу.

- Ліплення та робота з глиною – дає можливість вивільнити емоції через рухи рук, відчуття текстури; створення об'єктів може символізувати контроль і творення нового життя.

- Танець та рух – вираження емоцій через рух тіла й ритм; це допомагає усвідомити тілесні відчуття та покращує зв'язок із тілом.

- Музичні та голосові практики – використання музичних інструментів або голосу як засобу вираження; дослідження вказують на зниження рівня тривоги після музичної імпровізації.

Фахівцю слід враховувати, що арттерапія рідко використовується як окрема терапія при важкому ПТСР; вона є доповненням до основних методів, наприклад TF-КПТ чи EMDR, і потребує спеціальної підготовки та супервізії [82].

Практики стабілізації та саморегуляції є важливими перед глибоким опрацюванням травматичних спогадів важливо забезпечити достатній рівень

стабільності та ресурсності клієнта. Далі наведені чіткі рекомендації щодо використання простих, але ефективних технік самопомоги.

Як зазначалося вище, регулярне діафрагмальне дихання (4-2-6) допомагає нормалізувати рівень CO₂ та зменшити фізіологічні симптоми тривоги. ПМР використовується для навчання клієнтів відчувати різницю між напруженням і розслабленням; тренування проводять не менше 20 хвилин на день, у зручному положенні та без відволікаючих факторів.

Уявлення «безпечного місця» має теж свій технологічний процес. Психотерапевт навчає клієнта створювати уявний образ місця, яке асоціюється з безпекою та комфортом. Процес включає:

- (1) знайти спокійне місце, прийняти зручну позу;
- (2) кілька хвилин сконцентруватися на диханні;
- (3) уявити безпечний простір, детально описуючи колір, світло, запахи, звуки й поверхні;
- (4) повторювати на видиху слова підтримки («Я у безпеці»);
- (5) щоденно тренуватися 5–10 хвилин, щоб зміцнити відчуття захищеності [78].

Техніки заземлення:

- 5-4-3-2-1 – фокусування на п'яти речах, що їх клієнт бачить, чотирьох, до яких торкається, трьох, які чує, двох, які може понюхати, та одній, яку може скуштувати. Ця вправа швидко повертає увагу у теперішній момент і знижує дистрес.

- Тілесна активація – змінити положення тіла (встати, потягнутися), ворухити пальцями, міцно натиснути ногами на підлогу, стиснути кулаки й розтиснути їх, потерти долоні, виконати глибокі вдихи та видихи. Фокус на рухах допомагає зменшити дисоціацію та відчути контроль над тілом.

- Ресурсування та самоспостереження – згадати людей чи місця, які приносять почуття безпеки; описати вголос або подумки свої дії; вести щоденник про переживання. Це розвиває здатність самостійно регулювати стан і доповнює психотерапію [75].

У багатьох випадках оптимальний підхід до лікування травми полягає у комбінуванні різних методів. Огляд джерел щодо практичного впровадження методів психотерапії свідчить, що практики на основі майндфулнес і тілесно-фокусовані методи, нарративна експозиція, когнітивна терапія та EMDR демонструють подібну ефективність на кінець лікування, тоді як специфічні переваги тієї чи іншої терапії залежать від індивідуальних особливостей та коморбідних станів.

Наприклад, для клієнтів із коморбідним розладом особистості діалектична поведінкова терапія (DBT-for-PTSD) має кращі результати щодо зменшення самопошкоджувальної поведінки, ніж стандартна когнітивна обробка. В інших ситуаціях перевага віддається нарративній експозиції або комбінуванню майндфулнес і тілесно-орієнтованих практик [74].

При плануванні терапії важливо:

- Почати зі стабілізації – допомогти клієнту побудувати безпечну опору за допомогою дихання, заземлення, ресурсування та психоедукації. Без достатнього рівня стабільності експозиційні методи можуть призвести до ретравматизації.

- Врахувати фазність – після стабілізації переходити до обробки травматичних спогадів за допомогою TF-КПТ, СРТ, EMDR чи соматичних підходів; після обробки – підтримувати інтеграцію та сприяти зростанню (посттравматичний розвиток, побудова нових цінностей, соціальна підтримка).

- Ураховувати культурні та індивідуальні особливості – деякі клієнти можуть віддавати перевагу невербальним методам (арттерапія, танець), інші – когнітивному осмисленню. Терапевт має бути гнучким і пропонувати різні варіанти.

- Забезпечувати навчання та супервізію – працювати за валідованими протоколами, проходити регулярні супервізії, підтримувати професійну компетентність.

- Піклуватися про власне здоров'я – дотримуватися принципу самопомоги та своєчасно звертатися за підтримкою для запобігання вигоранню[82].

Отже, подолання психологічної травми вимагає комплексного підходу, який враховує біопсихосоціальну природу людини, етапи відновлення та індивідуальні потреби. Сучасні настанови наголошують на використанні структурованих, доказових методів (TF-КІПТ, EMDR, CPT), доповнених соматичними, майндфулнес- та творчими техніками. Ефективна травмотерапія базується на принципах безпеки, довіри, співпраці й культурної чутливості, а також на професійній підготовці й самопомозі фахівців.

Застосовуючи зазначені техніки та дотримуючись рекомендованих протоколів, психологи можуть створити лікувальний простір, у якому клієнти зможуть безпечно опрацювати травматичний досвід, відновити контроль над своїм життям і розвинути нові ресурси для майбутнього.

Висновок до розділу 3

У дослідженні було організовано та проведено анкетування, що складалося з 19 питань і охоплювало тематику уявлень про психологічну травму, її наслідки та способи подолання. Опитування охопило респондентів трьох вікових груп (18–25, 26–35, 36–45 років), що дало змогу здійснити як загальний аналіз відповідей усієї вибірки, так і порівняльний аналіз між віковими категоріями.

Так, нами було виявлено, що уявлення про психологічну травму в респондентів загалом є достатньо сформованими, однак сприйняття її змісту, тривалості наслідків та способів подолання істотно варіюється залежно від віку. Молодша група (18–25 років) вирізняється вищою поінформованістю про психотерапевтичні техніки, відкритістю до звернення по допомогу, інтересом до теми самопомоги й активними стратегіями подолання

(підтримка близьких, фізична активність, пошук інформації). Середній вік (26–35 років) демонструє найбільшу частку респондентів, які усвідомлюють пережитий травматичний досвід і готові його оцінювати, водночас акцентують на поєднанні емоційного реагування та когнітивного переосмислення. Старша група (36–45 років) менш обізнана з методами терапії, рідше вірить у її ефективність, частіше обирає стратегії уникнення, зосередження на роботі або дистанціювання.

Таким чином, результати засвідчили наявність як спільних, так і відмінних вікових уявлень про психологічну травму та способи її подолання. Це вказує на необхідність диференційованого підходу в інформуванні, просвіті та психотерапевтичній роботі залежно від вікової категорії. Аналіз отриманих даних став основою для формування практичних рекомендацій для фахівців у сфері психології щодо роботи з травматичним досвідом, орієнтуючись на рівень обізнаності, готовність до допомоги та характерні для віку бар'єри.

ВИСНОВКИ

Таким чином, відповідно до мети та завдань дослідження можемо зробити наступні висновки.

Аналіз наукових джерел показав, що психологічна травма є багатовимірним феноменом, що охоплює емоційні, когнітивні, тілесні та духовні виміри функціонування особистості. Вона виникає внаслідок подій, які суб'єктивно сприймаються як загрозливі або руйнівні, та порушує цілісність особистісного буття. Залежно від тривалості та характеру подій, психологічні травми можуть мати різні форми: від моно- до мульти травм, включаючи травми розвитку, втрати, стосунків і навіть трансгенераційні.

Симптоматика психологічної травми проявляється у вигляді дистресу, порушень емоційної регуляції, когнітивної дезорганізації, психосоматичних розладів і екзистенційної кризи. При цьому не сама подія, а її інтерпретація та наявність/відсутність внутрішніх і зовнішніх ресурсів зумовлює виникнення травматичного досвіду.

Сучасна психотерапія пропонує різноманітні підходи до роботи з травмою, серед яких найбільш визнаними є: когнітивно-поведінкова терапія (зокрема травмофокусована КПТ), EMDR, тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, гештальт-терапія, екзистенційна терапія, логотерапія та клієнт-центрований підхід. Кожен із цих напрямів має свої теоретичні засади та терапевтичні техніки, які спрямовані на опрацювання травматичних спогадів, емоційних блоків і формування нової моделі переживання досвіду.

Успішність терапії значною мірою залежить від дотримання етичних принципів: конфіденційності, емпатії, безоцінності, добровільності участі, а також професійної компетентності психотерапевта. Врахування індивідуальних особливостей клієнта, типу травми та стадії її опрацювання - є базою для вибору ефективної стратегії психотерапевтичної підтримки.

Таким чином, сучасна психотерапія визнає багатовимірну природу психологічної травми та пропонує комплексні підходи для її подолання.

Успішна допомога можлива лише за умови глибокого розуміння психологічної сутності травмованої особистості, її контексту та потреб.

У результаті кількісного аналізу 50 анкет респондентів віком від 18 до 45 років, поділених на три вікові групи (18–25, 26–35, 36–45), було виявлено відмінності у структурі соціальних уявлень про психологічну травму та способи її подолання. Порівняльний аналіз відповідей респондентів трьох вікових груп (18–25, 26–35 та 36–45 років) дозволяє виявити низку важливих тенденцій у соціальних уявленнях про психологічну травму, її наслідки та можливості подолання.

Усі вікові категорії демонструють базове розуміння психологічної травми як надмірного стресу чи психоемоційного потрясіння. Проте молодь описує травму метафорично, середній вік - раціонально, а старші респонденти - як незворотний вплив на психіку. Це може відобразити відмінності у стилях мислення й особистому досвіді.

Більшість респондентів усіх вікових груп повідомили про безпосередню участь або свідчення травматичних подій. Водночас саме середній вік частіше визнає наявність власної психологічної травми, що може свідчити про вищу готовність до саморефлексії. Емоційне ставлення до цих подій здебільшого негативне, незалежно від віку.

Усі три групи визнають, що травма впливає не лише на психіку, а й на фізичне самопочуття. Поширеними є скарги на втому, безсоння, тривожність, що свідчить про високу тілесну усвідомленість серед респондентів.

Більшість опитаних усіх вікових категорій вважають, що людям з травмою потрібна допомога - професійна або від близьких. Проте віра в ефективність психотерапії помітно знижується з віком: молодь переважно підтримує цей метод, а старші респонденти - більш скептичні або байдужі.

Молодь орієнтована на пошук підтримки, самопомоги та фахову терапію, тоді як старші схильні занурюватися в роботу й менше довіряють психологічній допомозі. У всіх групах хобі визнається корисним, хоча рівень ентузіазму щодо його терапевтичного потенціалу з віком знижується.

Молодша група демонструє найвищу обізнаність щодо сучасних психотерапевтичних методів (КПТ, арт-терапія тощо). У середній групі знання менш розгалужене, а в старшій - домінує незнання або уявлення, що базуються на класичних підходах (психоаналіз, гіпноз).

Найвищий рівень зацікавленості у темі травми - у молоді. Вони шукають знання про природу травми, самопомогу та професійну підтримку. У старшій групі інтерес значно нижчий, що може свідчити про бар'єри - стигматизацію, зневіру або недостатній доступ до інформації.

Отже, молодь 18–25 років є найактивнішою у пошуку підтримки, інформації та визнанні травматичного досвіду, що свідчить про вищу відкритість до психотерапевтичних практик. Люди середнього віку (26–35) демонструють більш зважене, раціональне ставлення до травми, найвищу самоідентифікацію із пережитими труднощами і водночас достатню обізнаність у темі. Старша група (36–45) більш стримана, обережна й часто менш обізнана щодо сучасних підходів, що вказує на потребу інформування та зниження стигматизації психічного здоров'я серед старших вікових категорій.

Також нами було розроблено практичні рекомендації, де ми чітко узагальнили ефективні техніки подолання психологічної травми, спираючись на сучасні клінічні настанови та результати емпіричного дослідження. У рекомендаціях акцент зроблено на фазності втручань, дотриманні принципів безпеки, уникненні ретравматизації, а також необхідності професійної підготовки та супервізії для фахівців.

Ми виокремили й описали ключові підходи – TF-КПТ, когнітивну обробку, EMDR, соматичну терапію, майндфулнес, арттерапію та стабілізаційні практики – з практичними прикладами їх реалізації. Це дозволяє психологам обирати відповідні методи залежно від стадії терапії, особливостей клієнта та типу травми.

Таким чином, рекомендації можуть слугувати основою для якісної, структурованої й безпечної допомоги постраждалим, сприяючи формуванню

довіри, розвитку саморегуляції та поступовій інтеграції травматичного досвіду.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні ефективності психотерапевтичних технік у різних вікових і соціальних групах, а також в адаптації інтервенцій до українського контексту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Архангельська М. Ключові характеристики когнітивно-поведінкової терапії як чинник результативності у психологічній практиці. *Технології розвитку інтелекту*. 2024. Т. 8. № 2 (36). С. 1-19.
2. Архангельська М.В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2024. Вип. 2. С. 49-54. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7.
3. Бедіченко О., Раєвська Я. Концепції та методики арт-терапії: розвиток і впровадження в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*. 2024. Вип. 3 (64). С. 5-11. DOI: 10.32689/maur.psych.2024.3.1.
4. Бень Н.В. Когнітивно-поведінкова терапія як інструмент розвитку здібностей людини в ситуації пошуку роботи. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2017. Т. 6. Вип. 13. С. 207-216.
5. Білогур В., Сивохоп Е., Семаль Н., Скрипченко І., Карабанов Є. Вплив когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та методів спортивної психології на розвиток ментальної стійкості спортсменів. *Humanities Studies*. 2025. Вип. 22 (99). С. 156-168.
6. Блінов О. А., Подольський А. І. Терапія переживання: робота з травматичними подіями. *Український психологічний журнал*, 2020. № 3. С. 22–34.
7. Бондарук Ю.С. Особливості психологічних підходів у роботі з дітьми та сім'ями, що переживають наслідки травмуючих подій та опинились у складних життєвих обставинах. *Габітус. Секція «Психологія особистості»*. 2021. Вип. 31. С. 44-50. DOI: 10.32843/2663- 5208.2021.31.8.

8. Васильєв А. Психотерапевтичний потенціал групової когнітивно поведінкової терапії у роботі з соціальною тривожністю. *Knowledge, Education, Law, Management*. 2024. № 6 (66). С. 59-65.
9. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів, 2014. 410 с.
10. Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2018. № 2 (23). С. 59-71.
11. Гільман А., Кулеша Н. Процедурні аспекти проведення психологічної реабілітації. *Психологія: реальність і перспективи*: зб. наук. праць РДГУ / уряд. Р.В.Павелків, Н.В.Корчакова. Рівне: РДГУ, 2025. Ви. 24. 182 с. DOI: 10.35619/prap_rv.vi24.432.
12. Гірченко О. Попередження психотравм при різних реакціях на вплив психогенних чинників. *Психологічні травелоги*. 2023. № 1. С. 64-76. DOI: 10.31891/PT-2023-1-7.
13. Гончарова С. М. Психологічна травма та способи її подолання в умовах воєнного стану. *Наука і освіта*, 2022. № 4. С. 112–118. URL: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/> (дата звернення: 07.12.2025).
14. Горбунова В.В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*: зб. статей Інститут соц. та політ. психології НАПН України, Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр, Представництво ПАН у Києві. 2015. С. 26-34.
15. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання: зб. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2015. № 1 (74). С. 378-390.
16. Грандт В.В. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посібник. Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 107 с.

17. Гриньова В. М. Психологічна допомога при переживанні травматичного досвіду: сучасні підходи та методи. *Актуальні проблеми психології*, 2021. Т. 3(14). С. 45–53.

18. Зайчук А. Психологічні наслідки пережитих травм: методи підтримки. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*: зб. наук. праць за матеріалами Всеукр. наук.-практ. конф. (Ізмаїл, 04 листопада 2024 р.). Ізмаїл. 2024. С. 32-37.

19. Ігумнова О., Джигун Л., Грібова Ю. Техніки когнітивно-поведінкової терапії як інструмент підтримки психологічної стійкості майбутніх психологів. *Психологічні травелоги*. 2025. № 1. С. 6-15. DOI: 10.31891/PT-2025-1-1.

20. Клименко І.С., Галадза М.В., Бондарчук А.Г., Писаренко Т.В., Шльонська О.О. Тілесно-орієнтована психотерапія в роботі з дисоціативними розладами у військовослужбовців. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. Т. 11. № 4 (26). С. 399–410. DOI: 10.26565/2312-5675-2024-26-05.

21. Козира П.В., Шаталова А.О. Когнітивно-поведінкова терапія хворих на алкоголізм. *Габітус. Секція «Психологія особистості»*. 2025. Вип. 71. С. 177-181. DOI: 10.32782/2663-5208.2025.71.31.

22. Кокун О. М., Осьодло В. І., Хміляр О. Є. Подолання посттравматичних стресових станів у військовослужбовців: методичні рекомендації. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2022. 112 с.

23. Колбаса В.Л. Метод експозиційної терапії для лікування ПТСР та здоров'я збереження військовослужбовців. *Основні цілі стратегії сталого розвитку: проблеми та перспективи*: матеріали І міжнар. наук.-практ. форуму (Полтава, 26 вересня 2024 р.). Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. С. 105-106.

24. Косенко К.А., Колодяжна А.В., Худавердова А.О. Роль когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні обсессивно-компульсивного розладу. *Наукові*

перспективи. 2025. № 2 (56). С. 1804-1815. DOI: 10.52058/2708-7530-2025-2(56)-1804-1815.

25. Кулакевич М. Використання методу тілесно-орієнтованої терапії «М'ячики» у психологічному відновленні військовослужбовців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. № 1 (57). С. 38-43. DOI: 10.17721/1728-2217.2024.57.38-43.

26. Кучманіч І.М., Мороз Р.А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. 2017. Вип. 36. С. 146-159.

27. Ланской А.Ю., Вакал Ю.С. Метод EMDR у терапії посттравматичних стресових розладів: теоретичний огляд та перспективи застосування в Україні. *Наукові записки. Біологічні науки (НДУ ім. М.Гоголя)*. 2025. № 2. С. 79-91. DOI: 10.31654/2786-8478-2025-BN-2-79-91.

28. Литвиненко О.Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи. *Вісник ОНУ ім. І.І. Мечникова. Серія «Психологія»*. 2016. Т. 21. Вип. 1 (39). С. 180-185.

29. Лозінська Н.С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2018. № 2 (50). С. 65–73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

30. Лукашенко М.Ю., Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. 11. Вип. 20. С. 90-102.

31. Музиченко І. В., Ткачук І.І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: метод. рекомендації. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

32. Мушкевич М.І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії: навч. посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. Вид. 3. 420 с.

33. Мюнкер-Крамер Є. Терапія психологічної травми за допомогою EMDR. Львів : ВНТЛ Класика, 2020. 198 с
34. Неманежина А.О., Губа Н.О., Деркач Д.В. Особливості подолання психологічних травм, що отримані внаслідок полону. *Психологічні закономірності соціальних процесів та розвитку особистості в сучасному суспільстві*. 2024. С. 130-158. DOI: 10.30525/978-9934-26-481-8-9.
35. Несправа М.В., Денисов Є.М., Путятін Г.Г. Можливості логотерапії у подоланні наслідків психологічної травми. *Українські медичні вісті*. 2025. Т. 17. № 1–2 (102–103). С. 57-61. DOI: 10.32782/umv-2025.1.8.
36. Новікова К.М. Особливості застосування когнітивно–поведінкової терапії в роботі з психічною травмою. *Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психолог. форуму (Харків, 7 квітня 2023 р.)*. Харків: ХНУВС, 2023. С. 170-171.
37. Омельченко С., Співак Я., Співак Л. Психотерапія у контексті психологічної реабілітації. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2025. № 2 (108). С. 335-348. DOI: 10.31865/2077-1827.2(108)2025.340173.
38. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9. № 2. С. 1-5. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/524> (дата звернення: 12.03.2025).
39. Осика О.В. Гуманістичний підхід у клієнт-центрованій та раціонально-емоційній поведінковій терапіях. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. 2017. Вип. 36. С. 260-271.
40. Основи психотерапії: курс лекцій: навч. посібник / уклад. К.П. Радзівіл. Умань: УДПУ імені Павла Тичини, 2023. 172 с.
41. Основи психотерапії: навч.-метод. посібник / уклад. Н.С. Славіна. Кам'янець-Подільський: КПНУ імені Івана Огієнка, 2022. 100 с.
42. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені*

записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія «Психологія». 2021. Том 32 (71). № 6. С. 68–72. DOI: 10.32838/2709-3093/2021.6/11.

43. Панок В.Г., Чаплак Я.В., Андрєєва Я.Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультування: навч. посібник. Чернівці: ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2019. 384 с.

44. Панченко О.А., Панок В.Г., Кабанцева А.В. EMDR-терапія: від опрацювання травми війни до побудови метакогнітивних стратегій. *Освітньо-науковий простір*. 2025. Вип. 8 (1 – 2025). Т. 1. С. 95-110. DOI: 10.31392/ONP.2786-6890.8(1)/1.2025.09.

45. Пасько К.М. Психологічні особливості роботи з травмою у методі арт-терапії. *Слобожанський науковий вісник. Серія «Психологія»*. 2025. Вип. 1. С. 96-99. DOI: 10.32782/psyspu/2025.1.17.

46. Пашко Т.А. Досвід роботи з травматичними переживаннями клієнтів в практиці психотерапії: стратегії та специфічні особливості. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія «Психологічні науки»*. 2014. Вип. 44. С. 272-278.

47. Перевізник М., Кришталь М. Зміст дефініції «Психологічна травма». *Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених. Секція «Проблеми психології діяльності в особливих умовах»: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. курсантів, студентів, ад'юнктів (аспірантів)*. (Черкаси, 12 травня 2023 р.). Черкаси, 2023. С. 329-331.

48. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю. 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text> (дата звернення: 17.10.2025).

49. Пов'якель Н. І. Психологічне консультування: теорія і практика. Київ: Каравела, 2017. 368 с.

50. Поплавська Є.В., Меленчук Н.І., Єрмакова С.С. Основи психотерапії: конспект лекцій. Одеса: МГУ, 2024. 149 с.

51. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посібник / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

52. Розов В.І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2024. Вип. 2. С. 46-52. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.2.9.

53. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2008. № 6 (11). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/6%2811%29/article-155/kognitivno-povedinkova-terapiya-depresiyi#gsc.tab=0>

54. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії obsesivno-kompulsivnogo rozladu. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2011. № 8 (35). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/8%2835%29/article-571/kognitivno-povedinkova-model-rozuminnya-ta-terapiyi-obsesivno-kompulsivnogo-rozladu#gsc.tab=0>.

55. Тарабріна Н. В. Психологія посттравматичного стресу. Київ, 2001. 256 с.

56. Тарасюк Д.І., Маслак М.С. Розвиток самоповаги методами когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії. *Габітус. Секція «Психологія особистості»*. 2024. Вип. 67. С. 219-223. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.67.35.

57. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт.; за заг. ред. В. Осьодла. Київ: НУОУ ім. І. Черняхівського, 2020. 484 с.

58. Терещенко О.О. Теоретико-методологічні моделі передачі трансгенераційного травматичного досвіду: теоретичний огляд. *Психологія та соціальна робота*. 2024. Вип. 1 (59). С. 293-300. DOI: 10.32782/2707-0409.2024.1.27.

59. Техніки арттерапії в роботі кризового психолога з цивільним населенням в умовах війни: навч.-метод. посібник / за ред. Г.Красіної, К.Гавриловської. Харків, 2023. 106 с.

60. Тимошенко М. Тілесно-орієнтована терапія як інноваційний засіб відновлення емоційно-вольової сфери особи, яка перенесла інсульт. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*. 2025. Вип. 1 (66). С. 117-121. DOI: 10.32689/maup.psych.2025.1.17.

61. Тимошенко М.П. Тілесно-орієнтована терапія як інноваційний метод роботи психолога. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2024. № 5 (39). С. 930-939. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-5(39)-930-939.

62. Триандофілова Т., Раєвська Я. Когнітивно-поведінкова терапія у боротьбі з соціальною ізоляцією та її наслідками, викликаними пандемією. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*. 2024. Вип. 4 (65). С. 44-48. DOI: 10.32689/maup.psych.2024.4.8.

63. Федотова С. Сучасні методи психотерапії при роботі з психотравмою. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 2 (8). С. 91–99. DOI: 10.52363/dcpp-2024.2.9.

64. Фіщіна Г. Тілесно-орієнтовані техніки як засіб відновлення після травматичних подій: досвід та перспективи. *Науковий потенціал та перспективи розвитку психологічних наук: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 8–9 листопада 2024 р.)*. Львів, 2024. С. 199-202. DOI: 10.36059/978-966-397-451-4-59.

65. Хмара К.В. Арттерапія як метод психокорекції тривожних станів у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни. *Практична психологія у сучасному вимірі: тези доп. XVI міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та науковців (Дніпро, 22 квітня 2025 р.)*. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2025. С. 213-214.

66. Христук О.Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «Психологічна»*. 2018. № 1. С. 153-161.

67. Христюк О.Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник. Серія «Психологічна»*. 2017. № 2. С. 183-191.
68. Царенко Л.Г. EMDR. Невідкладна допомога: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 106 с.
69. Царенко Л.Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*. 2019. Вип. 1 (3). С. 158-170. DOI: 10.31339/2617-9598-2019-1(3)-158-170.
70. Цицей Р.М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 13. С. 259-266.
71. Чекаловська Г.З., Молочинська Н.М. Особливості психологічних травм та основні напрями психотерапевтичної роботи щодо їх подолання. *Наукові перспективи. Серія «Психологія»*. 2024. № 8 (50). С. 953-965. DOI: 10.52058/2708-7530-2024-8(50)-953-965.
72. Шеремет В.В. Вплив дитячих психотравм на формування дорослого «Я-стану». *Наукові записки. Серія «Психологія»*. 2025. Вип. 1 (7). С. 169-174. DOI: 10.32782/cusu-psy-2025-1-22.
73. American Psychological Association (APA). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. APA, 2023. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline> (дата звернення: 07.12.2025).
74. Burbach L., Bremault-Phillips S., J Nijdam M., Mcfarlane A. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Current Neuropsychopharmacology*. 2023. Vol. 22, № 4. P. 557-635. DOI: 10.2174/1570159X21666230428091433.
75. Ehlers A., Clark D. M. Post-Traumatic Stress Disorder: The Cognitive Model. *Behaviour Research and Therapy*, 2000. Vol. 38. P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
76. Healthline Editorial Team. Somatic Therapy: What It Is, Techniques, and Effectiveness. Healthline, 2025.

URL: <https://www.healthline.com/health/somatic-therapy> (дата звернення: 07.12.2025).

77. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 2015. 337 p.

78. National Center for PTSD. PTSD Treatment Basics: Trauma-Focused Therapies. U.S. Department of Veterans Affairs, 2024. URL: <https://www.ptsd.va.gov> (дата звернення: 07.12.2025).

79. Resick P. A., Monson C. M., Chard K. M. Cognitive Processing Therapy: Veteran/Military Version. Department of Veterans Affairs, 2018. URL: https://www.wavelengthpsychology.com/uploads/5/1/8/8/5188881/cpt-patient-workbook-dec-2016-revised-9.2018_2.pdf (дата звернення: 07.12.2025).

80. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2018. 576 p.

81. Therapist Aid. 5-4-3-2-1 Grounding Technique Worksheet. TherapistAid.com, 2024. URL: <https://www.therapistaid.com/worksheets/5-4-3-2-1-grounding-technique.pdf> (дата звернення: 07.12.2025).

82. Trueman A. Grounding Techniques for PTSD & C-PTSD. PTSD UK. 2023. URL: <https://www.ptsduk.org/grounding-techniques-for-ptsd/> (дата звернення: 07.12.2025).

83. Weiner J., Lachaux E. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Behavioral Sciences*. 2022. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewById/2339532>.

ДОДАТКИ

Анкета

«Уявлення про психологічну травму та техніки її подолання»

для Google Форми

Шановні учасники!

Запрошуємо Вас взяти участь в опитуванні. Ваші відповіді допоможуть нам з'ясувати як люди різного віку розуміють сутність психологічної травми, її наслідки та техніки у роботі з травмою.

Анкетування призначене для всіх дорослих осіб України (від 18 до 45 років), незалежно від місця проживання.

Участь в опитуванні є добровільною та анонімною.

Отримані дані будуть використані виключно з науковою метою та в узагальненому вигляді.

Надані вами відповіді на цю анкету підтверджують вашу згоду на використання отриманої інформації для наукового аналізу та публікацій.

Щиро дякуємо за Вашу участь!

Будь ласка, дайте відповіді на запитання зазначені нижче, обравши одну чи кілька із запропонованих відповідей, або вкажіть ваш варіант. Приблизний час заповнення анкети – до 10 хвилин.

Будь ласка, вкажіть вашу стать:

Чоловіча

Жіноча

Вкажіть ваш вік

A. 18-25

B. 26-35

B. 36-45

Ваша освіта:

- A. Повна/профільна середня (10-12 класи)
- Б. Професійно-технічна (передвища освіта, де здобуваються різні кваліфікації/коледжі, училища, ліцеї)
- В. Вища (бакалавр, спеціаліст, магістр/університет, академія, інститут)

Вкажіть вашу професію

Вкажіть місцевість, у якій ви проживаєте:

- A. Місто
- Б. Селище міського типу/селище
- В. Село

1. Що, на вашу думку, означає поняття «психологічна травма»?

2. Перелічіть події, які, на вашу думку, можуть призвести до психологічної травми.

3. Чи знаєте ви про випадки, коли людина зазнала психологічної травми? Якщо так, то як це проявлялося?

A. Так _____

Б. Ні

4. Чи доводилося вам бути свідком або учасником таких подій:
(Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

A. Військові дії, загроза життю чи смертельні випадки

- Б. Природні катастрофи, аварії
- В. Фізичне чи сексуальне насильство
- Г. Втрата близьких, важкі захворювання
- Д. Інші _____

5. Якщо так, то чи зазнали ви внаслідок цього психологічної травми?

- А. Так
- Б. Ні
- В. Важко відповісти

6. Чи вважаєте ви, що психологічна травма – це завжди негативний досвід, чи вона може мати певні позитивні аспекти?

- А. Психологічна травма – це завжди негативний досвід
- Б. Психологічна травма переважно негативна, але може призвести до певних позитивних змін.
- В. Психологічна травма може мати як негативні, так і позитивні аспекти.
- Г. Психологічна травма не може мати жодних позитивних аспектів.

7. Які, на вашу думку, можуть бути наслідки психологічної травми?
(Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

- А. Страх, тривога, депресія, перепади настрою
- Б. Труднощі з концентрацією, пам'яттю, негативні думки
- В. Уникнення контактів з іншими людьми, ізоляція, нав'язливі спогади, нічні кошмари
- Г. Головний біль, втома, порушення сну, зниження імунітету, прискорене серцебиття
- Д. Ваш варіант _____

8. Чи можуть, на вашу думку, наслідки психологічної травми впливати на фізичне самопочуття?
- А. Так
 - Б. Ні
9. Чи можуть, на вашу думку, перераховані нижче фізичні симптоми бути наслідками психологічної травми? (Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)
- А. Серцево-судинні проблеми
 - Б. Порушення роботи імунної системи
 - В. Інші тілесні прояви (головний біль, порушення травлення, проблеми зі сном (безсоння))
 - Г. Ваш варіант _____
10. Наскільки ви згодні з твердженням: «Психологічна травма завжди залишає незворотний слід на психіці людини»?
- А. Так
 - Б. Ні
 - В. Частково
 - Г. Важко відповісти
11. Наскільки ви згодні з наступним твердженням: «Люди, які пережили травматичну подію, завжди потребують психологічної допомоги»?
- А. Повністю згоден
 - Б. Здебільшого згоден
 - В. Трохи згоден
 - Г. Трохи не згоден
 - Д. Здебільшого не згоден
 - Е. Повністю не згоден

12. **Які фактори, на вашу думку, роблять людину більш вразливою до психологічної травми?** (Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

- А. Низька стійкість до стресу, підвищена емоційна чутливість/тривожність, попередній досвід, умови виховання, недостатня підтримка з боку близьких
- Б. Відсутність системи підтримки, ізоляція чи недостатнє розуміння з боку оточуючих
- В. Рівень здоров'я чи наявність хронічних захворювань
- Г. Ваш варіант _____

13. **Які ви знаєте способи подолання наслідків психологічної травми?** (Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

- А. Професійна психологічна допомога (звернення до психотерапевта чи психолога)
- Б. Методи релаксації та медитація
- В. Соціальна підтримка (спілкування з близькими, друзями або участь у групах підтримки)
- Г. Арт-терапія та вираження емоцій (малювання, ліплення, колажі та гра на музичних інструментах)
- Д. Фізична активність (спорт, регулярні вправи: біг, танці, плавання)
- Е. Робота над самоусвідомленням (читання книг, навчання новим навичкам, ведення щоденника)
- Ж. Фармакотерапія (лікування за допомогою лікарських засобів)
- З. Ваш варіант _____

14. **Чи вважаєте ви, що психотерапевтична допомога є ефективною у випадках психологічної травми?**

- А. Так
- Б. Ні
- В. Частково
- Г. Важко відповісти

15. **Які техніки сучасної психотерапевтичної допомоги, на вашу думку, є найефективнішими для людей, що пережили психологічну травму?** (Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

- А. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)
- Б. Метод EMDR (десенсибілізації та репроцесингу рухами очей)
- В. Техніки тілесно-орієнтованої психотерапії (техніки заземлення; роботи з психологічними кордонами, емоціями, психологічною травмою, із взаємодією та стосунками)
- Г. Гештальт-терапія
- Д. Арт-терапія
- Е. Медикаментозна терапія
- Ж. Ваш варіант _____

16. **Яка з наведених категорій найбільше відповідає вашому захопленню?** (Оберіть один або кілька варіантів відповіді)

- А. Мистецтво та рукоділля
- Б. Спорт та фізична активність
- В. Освіта та саморозвиток
- Г. Соціальна діяльність та волонтерство
- Д. Навколишній світ і природознавство

17. **Чи допомагає ваше хобі боротися з наслідками психологічної травми?**

- А. Так
- Б. Ні
- В. Частково
- Г. Важко відповісти

18. **Яку роль для вас відіграє хобі у подоланні наслідків психологічної травми?**

- А. Дуже важливі, вони дають мені енергію та натхнення

- Б. Важливі, допомагають розслабитися та переключитися
- В. Деякі хобі важливі, але не є для мене пріоритетом
- Г. Я не маю хобі, але хотів би їх знайти
- Д. Хобі не мають для мене особливого значення

19. Що ви хотіли б дізнатися про психологічну травму більше?
(Оберіть один або кілька варіантів відповіді чи вкажіть ваш варіант)

- А. Визначення поняття «психологічна травма»
- Б. Симптоми психологічних травм
- В. Причини психологічних травм
- Г. Види психологічних травм
- Д. Ефективні методи терапії
- Е. Шляхи подолання наслідків психологічної травми (зокрема в умовах війни)
- Ж. Ваш варіант _____

Щиро дякуємо за Вашу участь!

Демографічні дані респондентів

№	Стать	Вікова група	Освіта	Професія	Місцевість
1	Жіноча	18–25	Вища	Студентка психології	Місто
2	Чоловіча	26–35	Вища	Вчитель історії	Місто
3	Жіноча	18–25	Проф.-технічна	Медсестра	СМТ
4	Чоловіча	18–25	Повна середня	Оператор пошти	Місто
5	Жіноча	26–35	Вища	Юристка	Місто
6	Чоловіча	26–35	Вища	Менеджер продажів	Місто
7	Жіноча	18–25	Вища	Лаборантка	Місто
8	Чоловіча	18–25	Проф.-технічна	Слюсар	Село
9	Жіноча	26–35	Вища	Педагог-організатор	СМТ
10	Чоловіча	26–35	Вища	Програміст	Місто
11	Жіноча	18–25	Вища	Соц. працівниця	Місто
12	Чоловіча	18–25	Повна середня	Кур'єр	СМТ
13	Жіноча	26–35	Вища	Економістка	Місто
14	Чоловіча	26–35	Проф.-технічна	Водій	Село
15	Жіноча	18–25	Вища	Студентка філології	Місто
16	Чоловіча	18–25	Вища	Молодший юрист	Місто
17	Жіноча	18–25	Проф.-технічна	Перукар	СМТ
18	Чоловіча	26–35	Вища	Інженер	Місто
19	Жіноча	26–35	Повна середня	Продавчиня	Село
20	Чоловіча	18–25	Вища	Студент ІТ	Місто
21	Жіноча	18–25	Вища	Медична сестра	Місто
22	Чоловіча	26–35	Проф.-технічна	Токар	СМТ
23	Жіноча	26–35	Вища	Логопед	Місто
24	Чоловіча	18–25	Повна середня	Охоронець	Місто
25	Жіноча	26–35	Вища	Бухгалтерка	СМТ
26	Чоловіча	26–35	Вища	Психолог	Місто
27	Жіноча	18–25	Проф.-технічна	Фармацевтка	Місто
28	Чоловіча	18–25	Повна середня	Працівник складу	Село
29	Жіноча	26–35	Вища	Маркетологиня	Місто
30	Чоловіча	26–35	Вища	Підприємець	Місто
31	Жіноча	18–25	Вища	Студентка права	Місто
32	Чоловіча	18–25	Проф.-технічна	Електрик	СМТ
33	Жіноча	36–45	Вища	Вчителька математики	Місто
34	Чоловіча	36–45	Повна середня	Оператор виробництва	Село
35	Жіноча	18–25	Вища	HR-асистентка	Місто
36	Чоловіча	36–45	Вища	Юрисконсульт	Місто
37	Жіноча	18–25	Проф.-технічна	Кондитер	СМТ
38	Чоловіча	18–25	Вища	Студент економіст	Місто
39	Жіноча	36–45	Вища	Психотерапевтка	Місто
40	Чоловіча	36–45	Проф.-технічна	Монтажник	Село
41	Жіноча	18–25	Повна середня	Касирка	Місто
42	Чоловіча	18–25	Вища	Асистент викладача	Місто
43	Жіноча	36–45	Вища	Соціальний педагог	СМТ
44	Чоловіча	36–45	Повна середня	Оператор АЗС	СМТ
45	Жіноча	36–45	Вища	Менеджерка з персоналу	Місто

46	Чоловіча	18–25	Проф.-технічна	Механік	Село
47	Жіноча	18–25	Вища	Фітнес-тренерка	Місто
48	Чоловіча	36–45	Вища	Архітектор	Місто
49	Жіноча	36–45	Повна середня	Офіціантка	СМТ
50	Чоловіча	18–25	Вища	Студент педагогіки	Місто

Дані відповідей респондентів про травми

№	1. Психологіч на травма (визначення)	2. Події	3. Знає випадки?	4. Свідок/учасник	5. Чи зазнав травми	6. Негатив/позитив	7. Наслідки	8. Фізичний вплив	9. Фізичні симптоми	10. Незворотний слід	11. Потріб на допомога	12. Фактори вразливості
1	Сильний емоційний удар	Війна, насильство, аварії	Так: тривога, замкненість	А, Г	В	Б	А, В	А	А, В	В	Б	А
2	Подія, що руйнує внутрішню рівновагу	Втрати, небезпека	Так: депресія	Г	В	В	А, Б, Г	А	Б, В	В	В	А, Б
3	Глибокий стрес	Насильство, зрада, хвороби	Ні	Б	Б	Б	Б	А	А	Г	Г	Б
4	Психічне поранення	Війна, смерть близьких	Так: ізоляція	А, Г	А	В	А, В	А	А, В	В	А	А
5	Тривалий емоційний біль	Розлучення, насильство	Так: замкненість	Г	В	Б	А	А	В	Г	Б	А
6	Наслідок травматичної події	Війна, аварії	Так: безсоння	А	А	В	А, Г	А	А, В	В	Б	А
7	Порушення психіки через стрес	Насильство	Ні	В	Б	А	А, Б	А	А	А, В	В	Г
8	Сильне психологічне потрясіння	Смерть, війна	Так: страх	А, Г	В	Б	А, В	А	Б, В	В	Б	Б

9	Подія, що перевищує можливості психіки	Аварії	Ні	Б	В	В	Г	А	В	Г	Г	А
10	Емоційна травмуюча подія	Насильство, хвороби	Так: тривога	В, Г	В	Б	А, Б	А	А	А	В	Б
11	Порушення емоційного стану	Війна	Так: дратівливість	А	А	В	А	А	А	Г	А	А
12	Психологічний шок	Втрати	Так	Г	В	В	А, Б, В	А	А, В	В	В	Б
13	Глибока емоційна рана	Аварії, насильство	Так	Б	В	Б	А, Г	А	А	А	Г	Б
14	Порушення психологічної рівноваги	Смерть близьких	Так	Г	В	Б	В	А	В	В	Б	А
15	Сильний стрес	Військові події	Так	А	А	В	А, Б	А	А, Б	В	Б	А
16	Потрясіння	Насильство	Ні	В	Б	Б	А	А	В	Г	Г	А
17	Емоційний біль	Розлучення	Так	Г	Б	Б	А, В	А	В	В	Г	А, Б
18	Емоційне пошкодження	Війна	Так	А	А	А	А, Г	А	А, В	А	Б	А
19	Тривала психічна напруга	Насильство	Так	В	В	В	А	А	В	В	Б	А
20	Подія, що змінює людину	Втрати	Так	Г	Б	В	А, Б	А	Б	В	В	Б
2	Серйозне	Війна	Так	А	А	Б	А, В	А	В	А	А	А

1	порушення психіки											
2 2	Сильний емоційний шок	Насильство	Ні	В	Б	Б	А	А	А	Г	Г	А
2 3	Психічна рана	Аварії, втрати	Так	Б, Г	В	В	А, Б, Г	А	Б, В	В	Б	Б
2 4	Наслідок травми	Війна	Так	А	А	А	А	А	А	А	А	А
2 5	Тривалий негативний стан	Хвороби	Ні	Г	Б	Б	Г	А	В	Г	Г	Б
2 6	Порушення емоційної стабільності	Насильство	Так	В	В	Б	А, В	А	В	В	Г	А
2 7	Глибока внутрішня рана	Втрати	Так	Г	В	В	А	А	Б	В	В	А
2 8	Психологічний дефіцит	Аварії	Ні	Б	Б	А	Б	А	А	Г	Г	Б
2 9	Руйнування почуття безпеки	Війна	Так	А, Г	А	В	А, Б, В	А	А, В	В	А	А
3 0	Подія, що викликає зміну поведінки	Насильство	Так	В	В	Б	А, Г	А	В	Г	В	А
3 1	Сильний стресовий удар	Хвороба	Ні	Г	Б	Б	А	Б	В	Г	Г	Б
3 2	Травматичний досвід	Війна	Так	А	А	А	А	А	А	А	А	А
3 3	Порушення психоемоц.	Втрати	Так	Г	В	Б	А, Б	А	Б	В	В	А

	стану											
3 4	Подія, що перевантажує психіку	Аварії	Так	Б	В	В	А, В	А	В	Г	Г	А
3 5	Емоційна травма	Насильство	Ні	В	Б	Б	А	А	В	Г	Д: панічні атаки	Г
3 6	Психологічне потрясіння	Втрати	Так	Г	В	В	А, Б	А	Б	В	В	А
3 7	Великий емоційний стрес	Аварії	Ні	Б	Б	Б	Г	А	В	Г	Г	Б
3 8	Подія, що залишає емоційний слід	Війна	Так	А	А	Б	А	А	А	В	Б	А
3 9	Психічне ураження	Насильство	Так	В	В	А	В	А	В	А	Б	А
4 0	Наслідок сильного стресу	Природні катастрофи	Так	Б	В	В	Г	А	Г	В	Г	Б
4 1	Глибокий стрес з довгим впливом	Втрати	Так	Г	В	В	А	Б	В	В	В	А
4 2	Порушення внутрішнього стану	Війна	Так	А	А	А	А, Б	А	А	А	А	А
4 3	Подія, що вражає психіку	Насильство	Так	В	Б	Б	А, Г	А	В	В	Б	А
4 4	Психоемоційна дестабілізація	Аварії	Ні	Б	Б	Б	Г	А	Г	Г	Г	Б

Відповіді респондентів на запитання про психокорекції ні техніки

№	13. Способи подолання травми	14	15. Техніки	16. Хобі	17	18	19. Інтерес до теми
1	А, Б, В, Д	А	А, Б	А	А	А	Д, Е
2	А, В, Е	В	А, В	В	В	Б	Б, Д
3	Б, Г, Д	А	Д	А	А	Б	А, В
4	А, В	А	А	Б	В	В	Д
5	А, Е	В	А, Г	В	В	Б	Д, Е
6	А, Б, Д	А	А, Б, В	Б	А	А	Д
7	В, Г	В	В, Д	А	В	В	Е
8	А, Б	А	А	Б	Частково	Б	Б, Е
9	А, В, Е	А	А, Г	В	А	А	Д, Е
10	А, Б, В	А	А, Б, Д	Б	А	А	Д
11	А, Б	В	А, В	А	В	В	Б
12	В, Е	В	Г	Д	Г	Д	А, В
13	А, Г	А	А	А	А	Б	Е
14	А, Б, Г	В	В	Б	В	В	Д
15	А, В, Е	А	А, Б	В	А	А	Д, Е
16	Б, Д	Г	Д	Б	Б	В	Б
17	А, Г, Е	А	А, В	А	А	А	Е
18	А, Б	А	А, Б	Б	Частково	Б	Д
19	В, Д	В	Г	В	В	В	А
20	А, Е	В	А	В	Частково	В	Д
21	А, В	А	А, Б	Б	А	А	Е

22	Б, Г	Г	Г	Д	Г	Д	Б
23	А, В, Д	А	А, Д	А	А	А	Д
24	А	А	А	Б	А	А	Д, Е
25	В, Е	В	Г	В	В	В	Е
26	А, Г	Б	А, В	А	В	В	Е
27	А, В, Е	А	А, Б, В	А	А	Б	Д
28	Б, Д	В	Г	Б	Б	В	Б
29	А, В, Д, Е	А	А, Б	В	А	А	Д, Е
30	А, Ж	В	А, Г	В	Частково	В	Г, Д
31	В, Д	Г	Г	Д	Г	Д	Б
32	А, Б, В, Д	А	А, Б	Б	А	А	Д, Е
33	А, Е	В	А	А	В	Б	Д
34	В, Г	Г	Г, Д	Д	Г	Д	Б, В
35	А, В	А	А, Д	А	А	А	Д, Е
36	Б, В	А	А, Г	В	В	Б	А
37	В, Д	Г	Д	А	Г	В	Е
38	А, В, Е	А	А, Б	Б	А	А	Д
39	А, Д, Е	В	А, В	В	В	В	Д, Е
40	Г, Д	Г	Г	Д	Г	Д	Б
41	А, В	А	А, Г	А	Частково	Б	Д
42	А, Б, Д	А	А, Б	Б	А	А	Д, Е
43	Г, Е	В	Г	Д	Г	Д	Б, В
44	В, Д	Г	Д	А	Г	В	Е
45	А, В, Е	А	А, Б	В	А	Б	Д, Е
46	А, Б, В	А	А, Б	Б	Частково	Б	Д
47	В, Г, Д	А	В, Г	А	В	В	Е

48	Г, Ж	Г	Г	Д	Г	Д	Б
49	А, В, Е	А	А, Б	А	А	А	Д, Е
50	А, В, Д	А	А, В	Б	А	А	Д