

УДК 159.97

DOI <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.2.16>**Тетяна СМІРНОВА**

ад'юнкт кафедри суспільних наук за спеціальністю 053 Психологія,

Національний університет оборони України

ORCID: 0000-0002-9562-8604

ТРАВМО-ФОКУСОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ: ВІД СТАБІЛІЗАЦІЇ ДО ЗЦІЛЕННЯ

Стаття присвячена теоретичному дослідженню травмо-фокусованої психотерапії як ефективного методу подолання наслідків травматичних подій.

Метою статті є теоретичний аналіз травмо-фокусованих підходів у наданні психотерапевтичної допомоги та пошук шляхів їх впровадження в умовах війни в Україні, що триває.

У процесі дослідження визначено основні етапи, принципи, процеси, що складають основу травмо-фокусованої психотерапії. Проаналізовано особливості науково-доказових підходів по роботі з ПТСР (продовжена експозиція, письмова експозиційна терапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, EMDR-терапія), обґрунтовано їхні переваги та недоліки щодо роботи з наслідками бойової психологічної травми в сучасному українському контексті. Визначено важливість адаптації та застосування технік травмо-фокусованої психотерапії у разі вираженої бойової реакції на стрес, як предиктора ПТСР у військовослужбовців. Наголошено на труднощах, що можуть виникнути у процесі психотерапії та можливостях їх подолання, а також викликах її впровадження в українські реалії.

Ключові слова: травмо-фокусована психотерапія, психологічна травма, ПТСР, продовжена експозиція, когнітивно-поведінкова терапія, дисоціація.

Tetiana Smirnova. TRAUMA-FOCUSED PSYCHOTHERAPY: FROM STABILIZATION TO HEALING

The article is devoted to the theoretical study of trauma-focused psychotherapy as an effective method of overcoming the consequences of traumatic events.

The purpose of the article is a theoretical analysis of trauma-focused approaches in the provision of psychotherapeutic care and the search for ways to implement them in the conditions of the ongoing war in Ukraine.

The study identifies the main stages, principles and processes that forms the basis of trauma-focused psychotherapy. The features of scientific and evidence-based approaches to working with PTSD (prolonged exposure, written exposure therapy, cognitive-behavioral psychotherapy, EMDR therapy) are analyzed, and their advantages and disadvantages in working with the consequences of combat psychological trauma in the modern Ukrainian context are substantiated. The importance of adapting and applying trauma-focused psychotherapy techniques in the case of a pronounced combat stress response as a predictor of PTSD in military personnel has been determined. The difficulties that may arise in the process of psychotherapy and the possibilities of overcoming them, as well as the challenges of its implementation in Ukrainian realities, are emphasized.

Key words: trauma-focused psychotherapy, psychological trauma, PTSD, prolonged exposure, cognitive-behavioral therapy, dissociation.

Постановка проблеми. Серед актуальних напрямів сучасної української психології питання подолання психологічної травми бойових дій набуває надзвичайної вагомості, що обумовлено масштабами та реаліями російсько-української війни, найбільшого збройного конфлікту сучасності.

Поняття «психологічна травма» зародившись у психоаналітичній теорії наприкінці XIX ст., набуло концептуалізованого вираження у XX столітті, проте довго залишалося «terra incognita» у психології. Засновник психоаналізу З. Фрейд стверджує, що «в основі травми лежить тривале порушення психічної енергії», «фіксація на події», а «метою терапії є переведення несвідомого до свідомого задля визволення психічної енергії» [7, с. 272].

Природа психічної травми складна, її прояви залежать від її типу та потребують виваженої діагностики. Комплексна травма часто дезінтегрує особистість, а дисоціація робить

її невлучною для звичайної психотерапії. У цьому контексті основне завдання психотравматолога – концептуалізувати травму, перепрацювати травмовані частини задля досягнення інтеграції особистості.

Травмо-фокусована психотерапія (далі – ТФП) містить у собі спеціалізовані психотерапевтичні інтервенції, що спрямовані на опрацювання травматичного досвіду. Вона не лише допомагає здолати наслідки травми, а й сприяє покращенню якості життя. Цей вид психотерапії озброює психолога інструментами для роботи з травмою у різних її проявах. У світовій психологічній науці та практиці ТФП визнана методом першого вибору при роботі з ПТСР [1, 5, 6, 16].

Адаптація програм ТФП до українських реалій та їхнє ефективне застосування для подолання наслідків психотравмування військовослужбовців та ветеранів постає вагомим науковим завданням, адже в Україні нарахову-

ється більше ніж 1,5 млн. ветеранів війни (станом на початок 2025 року), багато з яких потребують якісних психологічних інтервенцій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що попри значну кількість досліджень питань ТФП у іноземних публікаціях, – у вітчизняній науці ця тема залишається мало вивченою. Відомі у психологічній науці травмо-фокусовані підходи психотерапії П. Жане, З. Фрейда, А. Кардінера, Е. Фoa, Дж. Германа, М. Горовіца, А. Бандури, А. Елерс, Д. Кларка, Ф. Шапіро, О. ван дер Харда, Б. ван дер Колка значно посилили інтерес до зазначеного питання серед українських психологів: Т. Титаренко, О. Чабана, П. Горностая, В. Климчука, Л. Царенко, І. Франкової, С. Лукомської, О. Хміляра, Д. Зубовського, І. Приходька, О. Колесніченка.

Метою статті є теоретичний аналіз травмо-фокусованих підходів у наданні психотерапевтичної допомоги та пошук шляхів їх впровадження в умовах ведення російсько-української війни.

Виклад основного матеріалу. Посттравматичні психологічні порушення прийнято розглядати у межах концепції посттравматичного стресу, як ті, що у більшості випадків забезпечують адаптивну функцію. На думку Дж. Бріера, М. Горовіца процес адаптації після травми відбувається поступово, через повторне переживання травматичних подій, що ймовірно сприяє виникненню індивідуальних алгоритмів відновлення [1]. Основу ТФП складає холистичний підхід до поступового подолання наслідків травми з опорою на безпеку та ресурси особистості.

ТФП базується на розумінні природної здатності особистості до подолання наслідків психотравматичної події. Природне подолання психологічної травми відбувається у більшості випадків після впливу травматичної події. Серед чинників, що сприяють психологічному відновленню, нами виокремлено два: *внутрішні* – віддзеркалюють характеристики самої особистості (біологічні, епігенетичні, психологічні) та *зовнішні* – відображають особливості впливу середовища до та після травматичної події. Врахування цих чинників під час ТФП та їх підсилення сприятиме загалом процесу

У Законі України «Про систему охорони психічного здоров'я» психотерапія постає як окремий вид допомоги у сфері психічного здоров'я, як «цілісне, свідоме та планомірне застосування науково обґрунтованих психотерапевтичних методів з метою допомоги особам у вирішенні та подоланні проблем психічного здоров'я, покращенні якості

життя, запобіганні спричинення шкоди собі або іншим особам» [3]. Останнє твердження, на нашу думку, є контраверсійним, оскільки посилює стигму щодо психотерапії у отримувачів послуг.

Водночас, у зазначеному законі знаходимо широкий спектр завдань психотерапії, серед яких: «дослідження психологічних проблем та оцінка стану особи, поліпшення суб'єктивного самопочуття, зміцнення психічного здоров'я, профілактика чи лікування психічних розладів, розвиток самосвідомості, сприяння процесу особистісного розвитку, досягнення оптимального рівня соціального функціонування, підвищення якості життя» [3]. Ці завдання підкреслюють комплексний гармонійний вплив психотерапії на особистість.

Принципами ТФП є побудова безпеки та довіри, поступовість та фазовість, цілісний індивідуальний підхід до особистості, подвійний фокус на опрацювання травми та зміцнення ресурсної частини особистості. Тривалість ТФП, як правило, становить щонайменше 8-12 регулярних щотижневих сесій тривалістю 60-90 хв., які проводяться одним і тим же фахівцем [5].

Французький психіатр ХІХ ст. П. Жане у своєму релевантному до сучасних підходів лікування істерії одним з перших окреслює *етапи терапії травми*. Він вважає, що головним завданням роботи з травматичними спогадами є їх інтеграція у довготривалу пам'ять. На *першому* етапі П. Жане застосовує відпочинок (госпіталізацію) та накопичення ресурсу, стабілізацію, на *другому* – перепрацювання травматичних спогадів шляхом їх нейтралізації, модифікації, заміщення із застосуванням гіпнозу, на *третьому* етапі, реабілітації та реінтеграції особистості, – підтримку лікування, навчання технікам подолання [11].

Дж. Герман визначає три фази послідовної роботи з психологічною травмою: встановлення безпеки та довірливого стосунку між психотерапевтом та клієнтом, робота з травматичними спогадами, оплакування втрат та відновлення соціальних зв'язків [2].

Український вчений В. Климчук наголошує на ширшому погляді на проблему, пропонуючи три рівні організації психологічної допомоги при травмі. На першому рівні допомога надається у момент травми (перша психологічна допомога). На другому рівні – через певний час для тих, хто має ознаки впливу травми на життя (структуровані психотерапевтичні інтервенції РМ+, TRIM, SPR). На третьому рівні – у випадку виникнення ПТСР або інших травмо-асоційованих розладів здійснюється ТФП [4].

У наш час фазово-орієнтований підхід щодо лікування складного ПТСР є загальноприйнятим у світовій психологічній практиці. О. ван дер Хард у терапії складної травми та структурної дисоціації виділяє наступні фази [12]:

1. Стабілізація. Під час цієї фази встановлюються безпека та емпатичні стосунки у взаємодії терапевта з клієнтом, зниження дистресу, набуття навичок саморегуляції.

2. Робота з травматичним досвідом обраними методами психотерапії.

3. Реабілітація та реінтеграція травматичного досвіду у довготривалу пам'ять, профілактика рецидивів, підтримання нових способів адаптації.

О. ван дер Хард описує модель терапії у формі «спіралі», де прогрес відбувається нелінійно, іноді через часткове повернення до попередніх фаз в залежності від потреб клієнта [12].

Важливим показником початку ТФП є час та готовність особистості до такої роботи. За оновленими критеріями ВООЗ ПТСР має показання до спеціалізованих втручань після 2 тижнів після травматичної події, після 30 днів за критеріями АРА (American Psychiatric Association), після 30 днів за національним Уніфікованим клінічним протоколом по роботі з ПТСР [6].

Перша фаза ТФП полягає у створенні терапевтичного альянсу, стабілізації стану, психодіагностиці та психоедукації. Травмотерапевт сприяє посиленню мотивації, опануванню технікам самопомогі, побудові довіри, розвитку «безпечного» погляду на світ. Часто на цьому етапі він співпрацює з психіатром щодо призначення відповідного медикаментозного лікування, особливо якщо є виражені коморбідності (залежність, безсоння).

Тривалість фази стабілізації в ТФП може бути пролонгованою в часі: потрібна достатня кількість ресурсів особистості, її готовність до співпраці, побудова терапевтичного альянсу, визнання проблеми клієнтом. Однією з вагомих складових першої фази ТФП є психодіагностика рівня посттравматичних порушень. У світовій практиці для діагностики ПТСР широко застосовуються CAPS-5, PCL, LEC, IES, ITQ, CATS, DASS-21 [5; 6].

Забезпечення стабільності – одна з найголовніших умов до початку травмо-фокусованих втручань, що включає встановлення фізичної, психоемоційної безпеки у актуальній життєвій ситуації. Травмовані особистості часто стають надмірно настороженими, підозрілими внаслідок отриманого досвіду, що забирає вагому частину їх особистих ресурсів, а процес сприйняття стає звуженим до пошуку небезпеки, перешкоджає опануванню новим досвідом, побудові стосунків [1].

Експозиція до травми потребує достатніх сил особистості, за відсутності яких можлива ретравматизація, уникнення або посилення проблемної симптоматики. В індивідуальному підході до опрацювання травми для розуміння впливу усіх чинників необхідно будувати як «карту травм», так і «карту ресурсів» особистості. Психоедукація – важливий елемент фази стабілізації. Надання психологом інформації про стан клієнта, можливості управління ним є кроком до усвідомлення проблеми.

Для психотерапевта ТФП важливо не патологізувати травму, варто свідомо помічати, розвивати ресурсні сторони особистості, орієнтуючись на салютогенний підхід до травми (А. Антоновский).

Наступною фазою є експозиція до травми та перепрацювання травматичного досвіду. Серед ключових компонентів другої фази ТФП варто виділити такі: робота з минулим (наративом, спогадами), робота з теперішнім або майбутнім (страхами, тригерами), що пов'язані з травмою, когнітивна реконструкція (робота з думками та сенсом), робота щодо навичок саморегуляції та управління стресом.

На заключній фазі відбувається закріплення нових патернів поведінки, перехід від фіксації на травмі до розгляду змісту всього життя. Для фази інтеграції необхідно випустити весь біль та напруження, що пов'язані з травмою. Після цього можливим стає примирення, самоспівчуття та прийняття, відбувається переспрямування внутрішнього локус-контролю з минулого у теперішнє та майбутнє.

Після травми неможливо відновитися до попереднього стану, але після болю можливо зцілитися. Пережитий дистрес може стати ресурсом сили, а важкий досвід – основою нового світогляду.

Травмо-фокусовані види психотерапії, до яких належать когнітивно-поведінкова психотерапія, EMDR-терапія, експозиційна терапія, є визнаними доказовими втручаннями при посттравматичних стресових розладах чи станах [1; 5; 16]. Результати мета-аналізу щодо ефективності різних видів психотерапії та медикаментів засвідчили найбільшу ефективність травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної терапії та EMDR-терапії у роботі з ПТСР [18].

За даними Клінічного керівництва Міністерства ветеранів США 2023 року до втручань першої лінії вибору віднесено травмо-фокусовані методи психотерапії з елементами експозиції та когнітивної реструктуризації: когнітивно-процесуальну терапію (СРТ), пролонговану екс-

позиційну терапію (PE) та терапію EMDR. До втручань другої лінії увійшли письмова експозиційна терапія, когнітивна терапія А. Еллерс та Д. Кларк, терапія, орієнтована на теперішнє. Також до допомоги другої лінії відносять медикаментозний супровід терапії (сертралін, пароксетин, венлафаксин) [15].

Пролонгована експозиційна терапія ґрунтується на теорії емоційної обробки травми, що розроблена Е. Фоа. Травматична подія відбивається у психіці людини травматичними спогадами, що створюють напруженість високої інтенсивності (акумулюють страх, недовіру), погано інтегровані в довгострокову пам'ять.

Пролонгована експозиційна терапія допомагає знижувати інтенсивні відчуття страху (через поступове "згасання страху") під час повторного переживання травми, запобігає уникненню негативного підкріплення травматичної пам'яті, зменшує негативні когнітивні викривлення щодо травми, сприяє відновленню цілісності наративу, інтеграції досвіду у довготривалу пам'ять. Послідовне опрацювання тригерів та явищ уникання розширює здатність людини справлятися з травматичним досвідом [15]. Цей вид психотерапії складається з двох типів процедур, що передбачають уявну експозицію та експозицію в реальності, і потребує 10–12 сесій тривалістю 90-хв.

Одним з дієвих методів подолання ПТСР стала письмова експозиційна терапія (WET), короткостроковий метод, що ґрунтується на написанні історії однієї психотравматичної події (index trauma). Ефективність цього методу щодо ПТСР та супутніх розладів, низький рівень відсіву, короткостроковість (5 сесій) є перевагами цього виду експозиційної терапії. За результатами досліджень виявлено високу ефективність цього методу у роботі з військовослужбовцями з ПТСР порівняно з більш довготривалими методами ТФТ [13].

Когнітивно-поведінковий терапія травми полягає в переосмисленні негативних оцінок того, що відбувалося під час травматичного епізоду (щодо себе, інших, обставин). Важливими мішенями є подолання нав'язливих спогадів, їх інтеграція, зміна контекстів на більш позитивні, розрізнення ситуацій небезпеки, соціальна підтримка.

Згідно з теорією А. Еллерса та Д. Кларка, особливістю ПТСР є парадокс інтенсивних реакцій загрози щодо сьогодення та майбутнього попри те, що травма залишилася в минулому. В його основі визначено два взаємопов'язаних процеси: появу травматичної пам'яті та негативних думок щодо пережитої травми, що створює «циклічність травми». За дослідженнями А. Еллерс, трав-

матичні спогади відрізняються від звичних: вони неасимільовані, фрагментовані, сформовані з яскравих сенсорних моментів, статичні, заморожені, легко тригеруються, відчуваються як «тут і зараз» [8].

Реструктуризація травматичних спогадів (в тому числі, кошмарних сновидінь) є перспективним напрямом роботи з травматичною пам'яттю. Оскільки під час цього процесу відбувається не лише експозиція до травми, а й за допомогою уяви реконсолідація пам'яті [10].

Психотерапія EMDR – ефективний метод подолання ПТСР, що ґрунтується на теорії адаптивної обробки інформації (Ф. Шапіро) та включає процеси десенсибілізації та репроцесуалізації травматичних спогадів.

Теорія адаптивної обробки інформації опирається на положення про те, що травматичні спогади дисфункційно зберігаються в мозку, травматична інформація стає причиною надмірного емоційного реагування. При активізації системи адаптивної обробки інформації за допомогою білатеральної стимуляції відбувається спонтанна переробка цих спогадів, що включає прискорену обробку інформації, сприяє інтеграції спогадів в наративну пам'ять та редукції симптомів ПТСР.

У процесі психотерапії EMDR використовується восьмифазна модель сесії, активізуються чотири рівні репрезентації травматичних спогадів (пам'ять, думка, емоція, тіло) та подвійний фокус уваги (на травму та теперішнє) [1; 4]. Ф. Шапіро та її послідовники розробили спеціальні протоколи для нещодавніх травматизацій (Recent event protocol, EMDR-acute protocol, EMD, ISP, Flash, Assyst). Їх можна застосовувати у необхідних випадках, однак застосування таких протоколів не має суперечити спонтанному відновленню.

EMDR-терапія та письмова експозиційна терапія стають найбільш перспективними, на нашу думку, напрямками ТФП для роботи з наслідками воєнної травми, завдяки їх компактності, низькому рівню відсіву, ретравматизації.

Ключовою складовою процесу ТФП є орієнтація не лише на травму, але й на сильні сторони особистості, сприяння посттравматичному зростанню. Представники соціально-когнітивних теорій (А. Бандура) вважають саме самоефективність ключовим чинником у питанні виникнення ПТСР. Це підтверджують дослідження військовослужбовців армії ЦАХАЛ, проведені З. Соломон та ін. Зокрема встановлено, що чим нижчий рівень самоефективності солдат, тим більше вони страждають від симптомів вторгнення та повільніше відновлюються.

Згідно даних досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я, проведеного в 21 країні, ефективність лікування психічних розладів, в тому числі за допомогою травмофокусованих методів роботи, все ще є доволі низькою (лише 7% хворих осіб отримує адекватну допомогу щодо свого звернення). Основними перешкодами є низьке розуміння проблеми самими пацієнтами, важкість первинного контакту щодо проблеми, непоінформованість первинної ланки надання допомоги, малодоступність послуг [17].

В складних умовах ведення російсько-української війни українські військовослужбовці зазнають впливу багатьох травматичних чинників. Згідно з численними даними до розвитку ПТСР та інших розладів більш схильні особи, що пережили травму раніше (неглект, знущання, насилля, травму прив'язаності, масові травми). Колективна травматизація українців впродовж минулих століть дає підґрунтя для виникнення як для посттравматичного колективного зростання, так і в іншому варіанті – до накладання травми індивідуальної на колективну, її поглиблення та важких наслідків, адже травма має кумулятивний ефект [4].

Ізраїльська дослідниця З. Соломон встановила, що виражена бойова реакція на стрес є предиктором розвитку ПТСР, а психологічні втручання при бойовій реакції на стрес на лінії фронту є ефективними. Період бойової реакції на стрес є вікном можливостей для доказових втручань (на основі соціальної підтримки, повернення контролю, роботи з думками та емоціями), що має здатність запобігти появі не лише гострого типу ПТСР, але і хронічного та відстроченого його варіантів [14]. Ранні психологічні інтервенції на основі ТФП значно знижують симптоматику ПТСР та депресії, а також їх довготривалі наслідки, якщо проведені у період до трьох місяців після травматичної події [9]. Загалом, інтервенції у період гострої травматизації потребують меншу кількість втручань ТФП, а зцілення проходить швидше [1].

Одним з викликів для ТФП є проблема доступу до травматичних спогадів, що може обумовлюватись занадто сильним або занадто слабким контактом зі спогадами про травму й занадто раннім втручанням. В першому випадку, особі важко витримувати дистрес та втримуватися в "вікні толерантності" до стресових навантажень, в другому терапевт може спостерігати недостатній доступ до спогадів (фрагментація травматичної пам'яті), сильні психологічні захисти, уникання. Таким чином, іноді виникає необхідність у попе-

редній роботі з травмою: розробка навичок витримувати експозицію, розширення мережі ресурсів, технік саморегуляції, дистанціювання, робота з уявою (техніка «кінотеатр»).

Перитравматична дисоціація в момент травми може створювати стійке емоційне оніміння, нездатність говорити про травматичну подію, що є вагомою перешкодою для ТФТ. Оскільки когнітивні психічні процеси травмованого мозку знаходяться у пригніченому стані, це знижує залученість пам'яті, уяви та мислення у роботі над травматичним матеріалом, а блокування зони Брока, що відповідає за мовлення, сприяє замовчуванню травми у подальшому. У таких випадках, важливо, передусім, повернути людину у теперішнє, допомогти усвідомити, що подія закінчилася, та повернути відчуття свого тіла.

Дослідники П. Левін, Д. Марчер, С. Порджерс розглядають шоківий тип травми та необхідність повернути відчуття закінчення події передусім до тіла. Інтенсивність стресу наскільки є високою при такій травмі, що він не здатний розрядитися (в активній формі стресової реакції) і застряє у тілі. Важливим індикатором застряглого стресу є тривала гіперзбудливість, що можна відслідкувати за реакціями тіла, почервоніння, швидка мова і рухи, пульс вище 90 ударів протягом кількох тижнів), це є вагомих передвісником ПТСР.

Засновник теорії структурної дисоціації особистості О. Ван дер Хард звертає увагу на феномен розщеплення дисоційованої особистості на частини: зовнішню нормальну особистість та емоційну частину, що застрягла у травмі. Одним з головних завдань ТФП є змога травмованої частини виразитися. Це як правило відбувається у випадках травми розвитку, тривалої травматизації під час формування особистості. У таких випадках функціонує багато захисних механізмів (не лише уникання), робота з якими є частиною терапії [12].

Визнаною є необхідність індивідуального підходу до ТФП з врахуванням специфічних характеристик та проблем конкретної особистості. Водночас, вагомою перешкодою є суперечність між недостатністю ТФП фахівців згідно актуальної потреби, що зростає, та необхідністю забезпечення стандартів високої якості цих послуг. Дороговартісність підготовки таких спеціалізованих фахівців ставить питання щодо можливості імплементації окремих технік ТФТ у протоколи роботи з бойовою травмою. Важливою є проблема навчання та збереження фахівців, дотримання високих стандартів допомоги (в тому числі, етичних), облаштованість місць

надання послуг, створення спеціалізованих центрів щодо подолання наслідків бойової травми на основі травмо-фокусованого підходу, технологій залучення до терапії та подолання стигми.

Висновки. Узагальнюючи вищевикладені аргументи, можемо констатувати, що ТФП є науково-доказовим методом подолання наслідків психологічного травмування, який застосовується у провідних країнах світу. Враховуючи війну в Україні, що триває, постала нагальна необхідність

адаптації та впровадження травмо-фокусованих підходів в українську психологічну науку та практику, зокрема EMDR-терапію та письмової експозиційної терапії, підготовка фахівців та створення відповідних системних можливостей. Застосування травмо-фокусованих втручань у ранній термін для військовослужбовців з вираженою бойовою стресовою реакцією визначено доцільним задля запобігання важких наслідків (хроніфікації ПТСР, виникнення коморбідностей).

Література:

1. Бріер Д., Скотт К. Основи травмо-фокусованої психотерапії. Львів : компанія "Манускрипт", 2023. 440 с.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : видавництво Старого Лева, 2022. 424 с.
3. Про систему охорони психічного здоров'я: Закон України від 15 січня 2025 р № 4223-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text/> (дата звернення: 26.06.2025).
4. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія.. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
5. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Львів: Інститут ПЗ УКУ, 2015. URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf. (дата звернення: 29.06.2025).
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Реакція на важкий стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Розлади адаптації, затверджені наказом МОЗ України від 19.07.2024 № 1265 URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbe633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення: 30.06.2025).
7. Фрейд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. П. Тарашук. Київ: Основи, 1998. 709 с.
8. Ehlers, A. Understanding and treating unwanted trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*. 2010, № 218(2), P. 141–145. DOI: <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000021>.
9. Giummarra M. J., Lennox A., Dali G., Costa B., Gabbe B. J. Early psychological interventions for posttraumatic stress, depression and anxiety after traumatic injury: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*. 2018. Jun; № 62. P. 11–36. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.05.001.
10. Morina N, Lancee J, Arntz A. Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017 Jun. P. 6–15. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.11.003.
11. O. van der Hart, P. Brown, B.A. van der Kolk. Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic stress*. 1989. V.2. I.4. P. 379–395. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020404>.
12. O. Van der Hart. The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012. № 3. DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.8458.
13. Sloan, D. M., Marx, B. P., Acierno, R., Messina, M. Written Exposure Therapy versus prolonged exposure in the treatment of PTSD: A randomized non-inferiority clinical trial. *JAMA-Psychiatry*. 2023. DOI: <https://doi.10.1001/jamapsychiatry.2023.2810>.
14. Solomon Z., Shklar R., Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Dec. № 162(12): P. 2309–2314. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2309.
15. Foa E. B., Steketee G., Rothbaum B. O. Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 1989 № 20, P. 155–176.
16. VA/DoD Clinical practice guideline for management of PTSD and ASD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPG-Edited-11162024.pdf> (дата звернення: 25.06.2025)
17. Vigo D. V., Stein D. J., Harris M. G., et al. Effective Treatment for Mental and Substance Use Disorders in 21 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2025, 82(4). P. 347–357. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2024.4378.
18. Watts B. V., Schnurr P. P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W. B., Friedman M. J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin Psychiatry*. 2013 Jun. № 74(6). P. 41–50. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.

Дата надходження статті: 26.06.2025

Дата прийняття статті: 15.07.2025

Опубліковано: 01.10.2025