

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

*Кафедра загальної, вікової та соціальної психології
імені М. А. Скока*

С. П. ДЕРЕВ'ЯНКО

ОСНОВИ ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

*Навчально-методичні рекомендації
до спецкурсу
«Основи травмо-фокусованої
когнітивно-поведінкової терапії»
для здобувачів закладів вищої освіти
спеціальності «Психологія»*



**Чернігів
2025**

УДК 159.95 (072)

Д 36

Рецензенти:

Дроздов О. Ю. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної, вікової та соціальної психології імені М. А. Скока Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка;

Дем'яненко Ю. О. – кандидат психологічних наук, доцент, начальник відділу психологічного супроводу 77 ЦПП ОК «Північ» (м. Чернігів).

Дерев'янка С. П.

Д 36 **Основи травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії:** Навчально-методичні рекомендації. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2025. 80 с.

УДК 159.95 (072)

Навчально-методичні рекомендації зорієнтовані на вивчення проблематики сучасної травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії. Розглядаються основні положення, методики та техніки травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на подолання наслідків травми.

Для студентів закладів вищої освіти психологічних спеціальностей.

*Видання рекомендовано до друку вченою радою
ННІ психології та соціальної роботи
Національного університету
«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка
(протокол № 10 від 30.06.2025 р.)*

© С. П. Дерев'янка, 2025

З М І С Т

ВСТУП	4
НАВЧАЛЬНО-ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН	5
ЗМІСТ ПРОГРАМИ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ.....	6
ЗМІСТ ПРОГРАМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ.....	11
ЗАВДАННЯ ДО ПОЗААУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.....	16
ПОТОЧНИЙ ТА ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ	24
ТЕЗАУРУС	33
ЛІТЕРАТУРА	58
ДОДАТКИ.....	63



ВСТУП

Курс «Основи травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії» спрямований на ознайомлення студентів із сучасними підходами до роботи з наслідками психологічної травми на основі когнітивно-поведінкової моделі. Курс має на меті формування у здобувачів освіти знань, навичок і практичних вмінь у сфері психотерапевтичної допомоги людям, які пережили травматичні події, зокрема розвиток навичок регуляції емоцій, управління тригерами, експозиції та стабілізації. У контексті зростання психотравмуючих подій у світі й, зокрема, в Україні (війна, втрата, насильство, вимушене переміщення тощо), особливої актуальності набуває підготовка фахівців, здатних надавати психологічну підтримку за науково обґрунтованими, ефективними методами. Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) рекомендована ВООЗ як один із провідних методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також низки супутніх тривожних і депресивних станів. Особлива увага у курсі приділяється етичним засадам терапевтичної взаємодії, етапам побудови психотерапевтичного альянсу з травмованим клієнтом, а також особистісній позиції психолога у роботі з травмою.

Даний курс пов'язаний із низкою фундаментальних та прикладних дисциплін (з «Загальною (когнітивною) психологією», «Основами когнітивно-поведінкової терапії», «Патопсихологією», «Психодіагностикою», «Основами психотерапії»).

Загальною метою курсу є засвоєння основних понять, принципів, положень травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії.

Предметом вивчення дисципліни є основні положення, методики та техніки травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на відновлення ресурсів особистості, усунення наслідків пережиття психотравми.

Викладання курсу базується на теоретичному (лекційному) і практичному (практичні заняття) матеріалі. Лекції розподілені на три змістових модулі: «Основні положення травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ)», «Етапи роботи з травмою у ТФ-КПТ», «Сучасна психотравматологія в контексті психологічної практики». Практичні заняття спрямовані на закріплення знань (теми «Скринінг психотравми у дитини», «Психоедукації у процесі ТФ-КПТ», «Етапи роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза стабілізації», «Етапи роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза наративу», «Сучасні напрями та різновиди ТФ-КПТ») та супроводжуються виконанням практичних завдань. По закінченню курсу проводиться залік.

НАВЧАЛЬНО-ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

Тема	Годин за планом			
	Всього	Лек.	Пр.	СР
<i>I. Основні положення травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ).</i>				
1. Теоретичні основи ТФ-КПТ.	12	4	-	8
2. Основи психотравматології.	8	2	-	6
3. Визначення травматичного стресу у дитини.	10	2	2	6
<i>Всього</i>	30	8	2	20
<i>II. Етапи роботи з травмою у травмо-фокусованій когнітивно-поведінковій терапії.</i>				
4. Психоедукації.	12	2	2	8
5. Стабілізація та навчання коупінгу.	10	2	2	6
6. Техніки наративу.	8	-	2	6
<i>Всього</i>	30	4	6	20
<i>III. Сучасна психотравматологія в контексті психологічної практики.</i>				
7. Методологія сучасної психотравматології.	10	4	-	4
8. Сучасні моделі лікування психотравми (SEE FAR CBT, Треступенева модель лікування психотравм за JANET).	10	2	-	8
9. Різновиди сучасної ТФ-КПТ (імагінативна експозиція, когнітивна процесуалізація та ін.).	10	2	2	8
<i>Всього</i>	30	8	2	20
Всього	90	20	10	60



ЗМІСТ ПРОГРАМИ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

1-й змістовий модуль

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Теоретичні основи травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ); сучасне інтегративне розуміння психіатричних розладів та психічного здоров'я; емпірична база щодо ТФ-КПТ. Обстеження та формулювання у моделі КПТ. Принципи планування терапії. Терапевтичний стосунок у моделі ТФ-КПТ. Принципи та цілі ТФ-КПТ. Етичні принципи психотерапії.

Основи психотравматології. Поняття про травму. Різновиди психотравми. Дитяча травма. Комплексна травма. Травми внаслідок катастроф (землетрусів, повені, ураганів, пожеж та ін.). Травма раннього дитинства. Травма сексуального змісту. Медична травма. Травма внаслідок фізичного насильства. Тероризм і насильство. Травма біженця. Травми та вживання психоактивних речовин.

Визначення травматичного стресу у дитини. Скринінг травми. Оцінка психічного здоров'я з урахуванням травми: інструмент оцінки травми (ТАР), психодіагностичний інструмент «CANS-Trauma», Трансакційна модель Спаккареллі, ресурси NCTSN (Оцінка комплексної травми у дітей, комплекс скринінгових засобів дитячих травм і нещасних випадків та ін.).

Перша психологічна допомога при травмі: науково обґрунтований модульний підхід для допомоги дітям, підліткам, дорослим і сім'ям відразу після впливу травматичних подій. Навички психологічного відновлення: модульне втручання щодо набуття навичок владнання зі стресом після катастрофи.

Травматичний стрес: поняття, симптоми. Вторинний травматичний стрес: групи ризику, стратегії профілактики та втручання, стратегії підвищення резиліентності.

2-й змістовий модуль

ЕТАПИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ У ТРАВМО-ФОКУСОВАНІЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ

Тривалість сеансів ТФ-КПТ. Вікові обмеження ТФ-КПТ.

Основні компоненти ТФ-КПТ: психоедукації, батьківські навички, релаксаційні техніки, ідентифікація та регулювання впливу, когнітивне подолання, техніки наративу, майстерність In Vivo, перспективи розвитку.

Етапи роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза стабілізації, фаза наративу, фаза інтеграції та консолідації.

Психоедукації: аналіз результатів скринінгу; огляд засобів лікування травми; нейтральний наратив / базовий наратив травми; загальна психоедукація про насильство та травми; конкретна інформація про травматичні події.

Батьківські навички: психоедукації батькам про зв'язок між травмою та поведінкою дитини; про важливість моделювання та закріплення здорових навичок копію; про правильні шляхи використання заохочень, вибіркову увагу, тайм-аут, плани управління на випадок непередбачених ситуацій та інші ефективні підходи щодо винагороди та покарання дитини.

Релаксаційні техніки: безпечні та ефективні вправи з розслаблення з метою контролю тривоги. Домашні завдання (практичні вправи на розслаблення).

Навчання контролюваному диханню: обґрунтування та пояснення; правильне положення тіла; правильна техніка дихання; вибір «розслаблюючих» слів; демонстрація дитиною засвоєної інформації. Навчання релаксації м'язів: пояснення причин прогресивного розслаблення м'язів; комфортні умови; демонстрація техніки.

Ідентифікація та регулювання впливу: розвиток навичок дитини щодо саморегуляції емоцій; визначення різних рівнів інтенсивності емоцій і стратегій для відповідного вираження емоцій.

Когнітивне подолання: пояснення різниці між думками та почуттями; пояснення «когнітивного трикутника»; наведення прикладів – як думки впливають на поведінку; створення сценаріїв з метою окреслення ймовірних думок, емоцій, поведінки; поняття про «корисні» та «некорисні» думки. Когнітивні навички подолання поза трикутником.

Первинний етап роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза стабілізації. Техніки стабілізації стану та відчуття безпеки: «Створення безпечного місця», «Місце, де мені добре» (колаж), «Галерея гармонізуючих образів» (колаж), «Контейнер безпеки» («Чарівна скриня»).

Техніки стабілізації та навчання копіngu: поведінкова активація – організація ритму щоденного життя та активностей; техніки «дистанціювання»; техніки «заземлення» (бути «тут і зараз»); техніки регулювання емоційного дистресу; техніки активації та «адсорбції» (поглинання) ресурсів.

Наступний етап роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза наративу. Техніки наративу: техніки первинної розповіді про травму (у стані емоційного напруження). Методи створення з дитиною наративу травми відповідно до віку: формат розповіді; зміст розповіді; важливі дії терапевта – запитати, слухати, повторити, записати. Контроль та керування емоційним збудженням дитини. Виявлення найгіршого моменту, спогаду або частини травматичної події. Сумісне завершення наративу. Підтримка та схвалення дитини.

Техніки вторинної розповіді про травму (обмірковування). Раціоналізація «некорисних» та неточних тверджень. Рольові ігри та експериментальні вправи («Найкращий друг», «Пиріг відповідальності», «Ведучий ток-шоу»).

Завершальний етап роботи з травмою в ТФ-КПТ: фаза інтеграції та консолідації.

Майстерність In Vivo: визначення необхідності застосування стратегій In Vivo. Збір інформації про «страшні» ситуації для дитини. Створення ієрархії «страшних» подій. Аналіз стратегії уникнення.

Перспективи розвитку. Забезпечення потреби у безпеці дитини. Визначення «безпечних» місць та людей. Визнання попередньої травми. Залучення вихователів. Завершення сесій у позитивному руслі.

3-й змістовий модуль

СУЧАСНА ПСИХОТРАВМАТОЛОГІЯ В КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Методологія сучасної психотравматології.

Систематизація сучасних методів психотравматичної допомоги:

TF-CBT (Trauma-Focused CBT), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), SE (Somatic Experiencing), NET (Narrative Exposure Therapy), ART (Accelerated Resolution Therapy). Порівняльний аналіз методів: ефективність, сфери застосування, переваги й обмеження. Принципи доказовості у психотравматології: що підтверджено емпірично. Мультидисциплінарність як умова ефективної допомоги (психологи, психіатри, травма-терапевти). Інтегративні тенденції: поєднання тілесних, когнітивних, нарративних і системних методів

Оцінка психотравматичного стану: скринінгові інструменти та діагностичні критерії (DSM-5). Побудова терапевтичного контракту в роботі з травмованим клієнтом. Робота з «травмою, що триває» (війна, переселення, насильство в родині). Професійні ризики: вторинна травматизація та вигорання психолога.

Модель лікування травми SEE FAR CBT. Походження та розвиток моделі SEE FAR CBT; концептуальні засади тілесно-емоційно-когнітивного підходу до подолання психотравми. Структура моделі: етапи стабілізації, реконструкції та інтеграції травматичного досвіду. Психофізіологічні механізми травматичного реагування. Робота з тілесними реакціями, візуалізацією та когнітивними установками. Використання технік заземлення, безпечного простору, ресурсування. Активація внутрішніх сил відновлення та зменшення симптомів ПТСР. Особливості застосування моделі у кризових ситуаціях, у тому числі під час війни. Адаптація SEE FAR CBT до роботи з дітьми, підлітками та дорослими. Показання та протипоказання до використання моделі. Можливості інтеграції SEE FAR CBT у практику психотравматолога.

Триступенева модель лікування психотравм за JANET. Історичні витоки та сучасне відновлення ідей П'єра Жане у психотравматології. Теоретичні основи триступеневої моделі лікування психотравми. Етап 1: стабілізація – формування безпеки, розвиток навичок саморегуляції, укорінення «тут і тепер». Етап 2: інтегроване опрацювання травматичної пам'яті – реконструкція події, нарративна та когнітивна інтеграція досвіду. Етап 3: реінтеграція – відновлення ідентичності, розвиток автономності, повернення до соціального функціонування. Взаємозв'язок між етапами та гнучкість у терапевтичному процесі. Сучасне використання моделі у роботі з комплексною травмою.

Застосування моделі у роботі з дітьми, підлітками та дорослими. Етичні аспекти роботи на кожному етапі. Значення моделі Janet для формування довготривалого терапевтичного ефекту.


Різновиди ТФ-КПТ: когнітивна процесуалізація, імагінативна експозиція.

Когнітивна процесуалізація як процес перетворення когнітивних (пізнавальних) аспектів досвіду (думки, переконання та уявлення) в конкретні дії та стратегії.

Кататимно-імагінативна психотерапія як терапія тривожних / лякаючих змістів та підтримки психічних ресурсів. Символдрама як ефективний засіб в роботі з інтрузіями, властивими для посттравматичного стресового розладу (психотерапевтичний вплив через методи експозиції та десенсибілізації).

Основні етичні принципи роботи з психотравмованими клієнтами: безпека, автономія, повага, конфіденційність. Особливості встановлення інформованої згоди у роботі з клієнтами у стані вразливості. Межі професійної компетентності та необхідність міждисциплінарної співпраці. Принцип «не ретравматизувати»: уникнення втручань, які можуть посилити симптоми або відтворити досвід без контролю. Етичні дилеми, що виникають у роботі з дітьми, особами, які пережили насильство, або травму, що триває (війна, переселення тощо). Професійна відповідальність фахівця: саморефлексія, супервізія, профілактика вигорання. Етика ведення документації та використання даних клієнта. Формування довіри як етичної основи терапевтичного процесу

Поняття посттравматичного зростання (ПТЗ) як позитивних змін, що виникають у результаті проживання психотравматичного досвіду. Теоретичні засади ПТЗ. Основні домени зростання: зміна ставлення до себе, глибші міжособистісні стосунки, нові життєві пріоритети, пріоритетне цінування життя, духовний розвиток. Відмінність ПТЗ від уникнення, заперечення або знецінення травми. Умови, що сприяють посттравматичному зростанню: підтримка, рефлексія, нарративна інтеграція досвіду. Психотерапевтичні інтервенції, спрямовані на розвиток ПТЗ. Роль надії, сенсу та особистісних ресурсів у формуванні зростання після травми. Критика концепції: ризик романтизації страждання, етичні обмеження у використанні. Застосування концепції ПТЗ у роботі з дітьми, підлітками та дорослими. Значення ПТЗ для побудови нової ідентичності та життєстійкості клієнта.



ЗМІСТ ПРОГРАМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Тема 1. СКРИНІНГ ПСИХОТРАВМИ У ДИТИНИ

Мета: визначення особливостей діагностики ПТСР у дітей та підлітків; ознайомлення з діагностичним інструментарієм симптомів ПТСР у дітей та підлітків.

Основні поняття: психотравма, травматична пам'ять, ПТСР, діагностика ПТСР, терапія ПТСР.

Методичні рекомендації

У першому питанні розглянути рекомендації щодо надання послуг дітям та підліткам у лікуванні ПТСР: процес діагностики, використання діагностичних шкал, диференційна діагностика, діагностика супутніх розладів.

У другому питанні проаналізувати та охарактеризувати алгоритм діагностики та допомоги дітям з ПТСР за рекомендаціями Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE).

План

1. Протокол надання послуг дітям та підліткам «ПТСР».
2. Протокол діагностики та терапії ПТСР (версія NICE).

Тематика рефератів

Психосоціальна підтримка осіб, які пережили психотравму.
Психотравма та спричинені нею розлади.

Джерела

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
3. Інфоресурси Центру здоров'я та розвитку «Коло сім'ї»: Посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/ptsd/> (дата звернення: 27.05.2025).
4. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.

Тема 2. ПСИХОЕДУКАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ (ТФ-КПТ)

Мета: проаналізувати алгоритм, технології, прийоми проведення психоедукаційного етапу роботи у процесі ТФ-КПТ.

Основні поняття: травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), психоедукація, травма, стрес, насильство, «некорисні» думки, травмо-інформований підхід, ірраціональні переконання.

Методичні рекомендації:

У першому питанні продемонструвати знання щодо травмо-інформованого підходу; вміти пояснювати поняття «травма», «стрес», «насильство» залежно від категорії слухачів (адаптувати матеріал для дітей, батьків та опікунів).

У другому питанні охарактеризувати специфіку проведення просвітницьких заходів для дітей раннього дитинства (віком 3-4 роки), середнього дитинства, підліткового віку.

План

1. Загальне просвітництво про насильство та травми.
2. Психосвітні заходи залежно від віку дитини.

Тематика рефератів

Травма та допомога при травмах в Європейських країнах (Бельгія, Франція, Хорватія та ін.).

Базові техніки когнітивно-поведінкової терапії.

Література

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
3. Дерев'янка С. П., Дем'яненко Ю. О. Ілюзії мислення сучасної молоді. The X International Science Conference «*Topical issues, achievements and innovations of fundamental and applied sciences*»: матеріали міжнар. наук. конф. (March 09 – 12, 2021, Lisbon, Portugal). Lisbon, 2021. P. 292-295.
4. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.

Тема 3. ЕТАПИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ В ТФ-КПТ: ФАЗА СТАБІЛІЗАЦІЇ

Мета: розглянути загальні аспекти роботи з травмою; проаналізувати техніки, які використовуються під час фази стабілізації у процесі роботи з травмою в ТФ-КПТ.

Основні поняття: дисоціація, журнал настрою, ірраціональні настанови, копінг, самомоніторинг, стабілізація, травма, травматичні спогади, травматичний досвід.

Методичні рекомендації

У першому питанні визначити заходи безпеки, стабілізації стану постраждалого; пояснити від травматичної події; значення акумуляції ресурсів; проаналізувати копінг-картку для подолання дисоціації.

У другому питанні охарактеризувати конкретні техніки, які використовуються під час фази стабілізації у процесі роботи з травмою в ТФ-КПТ («Створення безпечного місця», «Місце, де мені добре», «Галерея гармонізуючих образів», «Контейнер безпеки»).

План

1. Засоби та інструменти, які використовуються під час фази стабілізації у процесі роботи з травмою в ТФ-КПТ.
2. Конкретні техніки, які використовуються на стадії стабілізації.

Тематика рефератів

Основні принципи інтеграції травматичного досвіду.
Травмо-інформовані практики для вихователів.

Література

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
3. Дерев'янка С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2021. № 13. С. 104 – 109.
4. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.
5. Христук О. Л. Сучасні виміри психологічної практики: майнд-фулнес-підхід. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Серія: Психологія. Львів, 2018. Вип. 1. С. 153–161.

Тема 4. ЕТАПИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ В ТФ-КПТ: ФАЗА НАРАТИВУ

Мета: розглянути алгоритм когнітивно-наративної реконструкції як дієвої техніки інтеграції травматичних спогадів.

Основні поняття: дисоціативні флешбеки, експозиція в уяві, когнітивно-наративна реконструкція, конфронтація з травмою, наратив, ситуативна експозиція, травматична пам'ять, травматичні спогади.

Методичні рекомендації

У першому питанні проаналізувати основні техніки, які використовуються для інтеграції травматичних спогадів у процесі травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (когнітивно-наративна реконструкція, експозиція в уяві, експозиція щодо конкретних тригерів).

У другому питанні визначити алгоритм когнітивно-наративної реконструкції, спрямованої на інтеграцію травматичних спогадів. Означити протипоказання для активації травматичної пам'яті (виражені дисоціативні флешбеки, важка депресія та ін.).

План

1. Основні техніки інтеграції травматичних спогадів.
2. Застосування техніки когнітивно-наративної реконструкції у роботі з травмою на фазі наративу.

Тематика рефератів

Гостра травма з вираженою емоційною дестабілізацією.
Опрацювання травматизації через малюнкові процедури.
EMDR (темпінг) як додатковий метод роботи з психотравмою.

Література

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
3. Бурда Г. Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Вип. 2. URL: <https://grobid.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/17> (дата звернення: 27.05.2025).
4. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.

Тема 5. СУЧАСНІ НАПРЯМИ ТА РІЗНОВИДИ ТФ-КПТ

Мета: розглянути методологічні аспекти застосування сучасних когнітивних та імагінативних технік у ТФ-КПТ.

Основні поняття: імагінативні техніки, імажинативні процеси, кататимно-імагінативна психотерапія, когнітивні техніки.

Методичні рекомендації

У першому питанні розкрити значення імагінації у житті людини, порівняти методи кататимно-імагінативної психотерапії та когнітивно-поведінкової терапії.

У другому питанні з'ясувати специфіку застосування імагінативних технік як допоміжних у когнітивно-поведінковій терапії тривожних розладів та розладів особистості.

План

1. Роль та функції імагінації у житті людини. Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама).

2. Застосування когнітивних та імагінативних технік як допоміжних у ТФ-КПТ.

Тематика рефератів

Імагінативні техніки в різноманітних видах психотерапії.

Застосування імагінації у ТФ-КПТ.

Література

1. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.

2. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.

3. Паробій В. Від мотивації до зцілення: експірієнтальні техніки і робота з уявою на службі у когнітивно-поведінковій терапії. Дипломна робота. Київ, 2014. 30 с.

4. Пушко Є. І. Основні техніки з використанням уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. (м. Полтава, 27-28 квітня 2020 р.). Полтава, 2020. С. 137-140.



ЗАВДАННЯ ДО ПОЗААУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ - ПІДГОТОВКА МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТВОРЧИХ ПРОЕКТІВ (МТП)

Мета МТП: Презентувати набуті знання щодо проблематики травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (створити добірку зображень (фотографій, рисунків тощо), які б відображали зовнішні вияви феномену психотравми у науці, мистецтві; підібрати відеоматеріали стосовно певної тематики травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії).

Сучасні вчені відзначають потенціал цієї форми роботи студентів для удосконалення навичок їх самостійної роботи, набуття вмінь користування інтернет-ресурсами. Нижче наведено інструментарій, рекомендований студентам-психологам для створення мультимедійних творчих проектів, інформацію щодо якого структуровано для зручності у вигляді таблиці (табл. 1).

Оцінювання презентації проектів відбувається за наступними критеріями:

- (1) Зміст (логічність, структурованість, різноманітність інформації).
- (2) Дизайн (єдиний стиль та гармонійність оформлення презентації).
- (3) Навігація (наявність посилань – це дає змогу переходити на будь-який слайд).
- (4) Анімація (помірність та обізнаність щодо виконання анімації об'єктів).
- (5) Рефлексія (наявність інформації – питань, узагальнень, прикладів тощо, яка свідчить про осмисленість презентованого матеріалу).

**МУЛЬТИМЕДІЙНИЙ ТВОРЧИЙ ПРОЕКТ:
СКЛАДОВІ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЙ***

Складові мультимедійного творчого проекту	Основний зміст	Рекомендований інструментарій	
		Комп'ютерні програми	Інтернет-ресурси
Текст	Визначення ключових понять; таблиці з узагальненням даних щодо певного явища	Word; OpenOffice	Google Docs https://docs.google.com
Фотографія	Фотографії та ілюстрації	Photoshop	Google Зображення https://google.com.ua
Відео	Уривки з відеофільмів, які метафорично передають сутність певного явища	PowerPoint	YouTube https://youtube.com
Презентація	Узагальнення результатів самостійного теоретико-методологічного дослідження певного феномену	PowerPoint	Google Презентації https://docs.google.com/presentation

* Наведено з урахуванням рекомендацій Я. В. Яненко, «Мультимедійний творчий проект як форма самостійної роботи студентів та чинник їх професійної соціалізації», Інформаційні технології і засоби навчання, т. 69, № 1, с. 174-185, 2019.

ПРАКТИЧНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО РОЗВ'ЯЗАННЯ СТУДЕНТАМИ

1. Які з наведених нижче психологічних вправ, на вашу думку, можна рекомендувати дітям старшого дошкільного віку як ефективні стратегії подолання наслідків травматичних подій? Відповідь обґрунтуйте.

- «щоденно переоцінювати будь-яку складну чи неприємну побутову ситуацію якомога більш позитивно; найкраще робити це увечері у письмовій формі»;

- «стимулювати власне бачення пережитого у різноманітних контекстах (наприклад, як би наявна проблема сприймалася через 5, 10, 15 років; очима людини іншої статі, мешканця іншої країни);

- «активізувати переосмислення власних можливостей, пов'язаних з травмою, та різних виходів із ситуації, що склалася, – від найбільш негативних до найбільш позитивних»;

- «попередовно розвивати вміння акцентувати увагу на світлій стороні речей, на оптимістичному погляді на світ»;

- «намалювати яскравими барвами різні геометричні фігури та надати їм ім'я – як уявні символи негативних переживань».

2. Проаналізуйте наведені нижче елементи рольових ігор на предмет їх використання у процесі ТФ-КПТ для підлітків, які мають пережиту травму. Які з наведених елементів рольових ігор можуть бути ефективними? Відповідь обґрунтуйте.

- запропонувати розповісти свою історію, травматичність якої має не виражену інтенсивність;

- вислухати кожну історію, та спробувати всією групою обговорити найбільш суттєві переживання оповідача. Сформулювати сутність розповіді і запитати у автора розповіді, наскільки точно цю сутність схоплено і вербально відтворено;

- відобразити за допомогою рольової гри найбільш суттєві аспекти історії, намагатися відтворити травматичний момент без зайвих рефлексій та інтерпретацій;

- надати оповідачеві можливість висловитися, оцінити наскільки точно було відображено сутність особистої історії, чи нічого при цьому не було втрачено і які почуття наразі мають місце.

3. Чи погоджуєтесь ви з наведеними нижче виразами видатних дослідників проблематики травмофокусованої психотерапії? Відповідь обґрунтуйте:

- «Ваші думки впливають на ваші почуття. Тому заміна шкідливих думок – шлях до кращого самопочуття» (Рена Бранч, Роб Уїлсон);

- «Лікування негативних думок скептицизмом сприяє їх знищенню» (Рена Бранч);

- «Якщо б марсіани знали, як думають люди – вони померли би від сміху» (Альберт Елліс);

- «Всі люди мають зовнішню цінність для інших, та внутрішню цінність для себе» (Альберт Елліс);

- «Здатність говорити «ні» та приймати «ні» – це ознака здорових стосунків (Орен Джей Софер).

4. Розібрати кейси: клінічні випадки.

4.1. Кейс 1: Клінічний випадок ПТСР.

1. Клінічний випадок: Пацієнтка К., 52 роки, звернулася до клініки за комплексною психотерапевтичною реабілітацією зі скаргами на: постійну тривожність, епізоди паніки, безсоння, нав'язливі спогади про травматичні події, відчуття відчуженості від інших, складнощі у встановленні довірливих відносин, тремор кінцівок, слабкість у ногах, відчуття напруги в грудях, біль унизу живота, сухість у роті, порушення травлення, різкі перепади настрою, періоди апатії, роздратованості (повний текст кейсу наводиться у завданні безпосередньо на занятті).

2. Діагноз: Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), коморбідний з тривожним та депресивним розладом.

3. Завдання:

- Яка психотравма у пацієнтки?

- Визначити прояви симптомів ПТСР (чотири групи симптомів).

- Розробити послідовність сесій роботи у підході ТФ-КПТ.

4.2. Кейс 2: Клінічний випадок ПТСР у підлітка, евакуйованого із зони бойових дій.

1. Клінічний випадок:

Пацієнт Д., 15 років, підліток, був евакуйований із зони бойових дій разом із матір'ю. Після повернення до школи став замкнутим, уникає однолітків, неохоче виходить із дому, скаржиться на головний біль, серцебиття, нічні кошмари, часто згадує обстріли, про які «не може не думати». Відзначається падіння успішності, втрата інтересу до улюблених занять, зниження апетиту, дратівливість, уникнення розмов про війну. Іноді з'являється відчуття провини, що вижив, а інші залишилися. Має фонову тривогу та періодичні панічні епізоди (повний текст кейсу наводиться у завданні безпосередньо на занятті).

2. Діагноз: Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), коморбідний з тривожним розладом.

3. Завдання:

- Визначити психотравматичні події.
- Визначити прояви симптомів ПТСР (чотири групи симптомів).
- Розробити послідовність сесій роботи у підході ТФ-КПТ.

ДОДАТКОВІ ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

1. Підібрати тези до кожної теми спецкурсу «Основи травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії».

2. Порівняти поняття:

- «травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія» і «когнітивно-поведінкова терапія»;
- «травма» та «психотравма»;
- «стрес» та «травматичний стрес»;
- «пам'ять» та «травматична пам'ять».

3. Скласти схему співвідношення понять:

- «психотерапія», «терапія», «імагінативна експозиція», «травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія», «раціонально-емотивно-поведінкова терапія», «когнітивно-поведінкова терапія», «когнітивна процесуалізація».

4. Навести приклади (з літературних творів або за допомогою відеоматеріалів), які б проілюстрували наступні явища:

- травматичний стрес;
- травматична пам'ять;
- травматичні спогади;
- емоційне насилля;
- психотравма.

5. Написати психологічне есе на тему «Травми дитинства, які впливають на все життя».

6. Розробити та надати практичні рекомендації щодо усунення тривожних спогадів у осіб підліткового віку.

7. Розробити практичні рекомендації для осіб різного віку (за власним вибором) щодо подолання травматичного стресу.

8. Проаналізувати самостійно підібрані наукові джерела щодо проблематики роботи психотерапевта з дитячою психотравмою та підготувати тематичну доповідь (3-5 сторінок).

9. Створити власний каталог технік, які використовуються у ТФ-КПТ, у вигляді інтелект-карти.

10. Спробувати розробити власну сімейну книжку за допомогою арт-техніки «Створення спільної книжки». У процесі роботи зафіксувати свої почуття, переживання, думки, опитати членів своєї родини, зробити власні висновки.

В якості наповнення сімейної спільної книжки можуть бути створені тематичні історії, оповідання на вільну тему, спогади про минуле, розповіді про батьків-дідів чи щось інше. Також можна обігрувати жанри – комедію, гумореску, повчальні історії тощо. Усі члени родини можуть працювати в режимі обговорення: на кожну спільну зустріч виносяться 1-2 історії, їх зачитує автор, а інші діляться своїми почуттями, які при цьому виникли. Після того як усі поділилися своїм доробком, завершальний етап – створення книжки. Усім учасникам надається можливість роздрукувати свої історії, відтак кожний їх зшиває у власну книжку, яку може розмалювати, прикрасити, по-своєму назвати. Наприкінці всі можуть продемонструвати результати, сфотографуватися, поділитися враженнями.

ТЕМИ РЕФЕРАТИВНИХ ПОВІДОМЛЕНЬ

1. Уявлення науковців про сучасну травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ).
2. Особливості ТФ-КПТ.
3. Механізми розвитку ПСТР та інших розладів, пов'язаних з травмою.
4. Підходи у допомозі при комплексному ПТСР та травмі розвитку.
5. Травматичний стрес.
6. Травматична пам'ять.
7. Нейробіологія психотравми.
8. Особливості допомоги дітям та молоді, що пережили психотравмуючі події.
9. Супровід рідних особи з ПТСР, роль родини та спільноти у підтримці зцілення та зростання.
10. Повторювальний психотравмуючий досвід.
11. Порушення емоційної регуляції при ПТСР.
12. Розлади сну при ПТСР.
13. Техніки розвитку резиліентності.
14. Роль фармакотерапії у допомозі особам з ПТСР.
15. Інтеграція моделі ТФ-КПТ з іншими засобами психотерапії (EMDR, арт-терапія та ін.).
16. Техніки посттравматичного зростання.
17. Імагінативна експозиція.
18. Когнітивна процесуалізація.
19. Модель лікування травми SEE FAR СВТ.
20. Модель лікування психотравми за JANET.
21. Сучасна ТФ-КПТ у форматі онлайн.
22. Перспективи ТФ-КПТ.



ПОТОЧНИЙ ТА ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

РОЗДІЛ «ОСНОВИ ТРАВМО-ФОКУСОВАНОЇ КПТ»

1. *Предмет травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, це:*
 - а) основні техніки травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на усунення наслідків пережиття травми;
 - б) основні методики травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, які відображають змістовні характеристики психотерапевтичної взаємодії;
 - в) основні методики та техніки травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на розвиток особистості;
 - г) когнітивні та емоційні процеси, які відбуваються у психіці внаслідок психотравмуючого досвіду й у відповідь на нього та психотерапевтичні втручання, які ґрунтуються на основних принципах травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії.

2. *Раціональна психотерапія – це:*
 - а) психотерапія, спрямована на осмислення причин і механізмів психічних й психологічних проблем;
 - б) основний метод психотерапевтичної допомоги;
 - в) поступова психотерапія;
 - г) раціональні заходи, спрямовані на профілактику емоційних проблем клієнта.

3. *Когнітивна психотерапія – це:*
 - а) психотерапія спрямована на профілактику когнітивної діяльності;
 - б) спрямована на переоцінку дезадаптивних думок і зміну негативних настанов;
 - в) спрямована на коригування нав'язливих думок;
 - г) спрямована на осмислення причин і механізмів посттравматичних стресових розладів.

4. *Що таке когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ)?*

а) це ефективний метод лікування в психотерапії, заснований на коригуванні думок, почуттів, емоцій і поведінки, спрямований на підвищення якості життя пацієнта;

б) це метод лікування в психотерапії, заснований на коригуванні власного еґо, вплив на захисні механізми людини;

в) це метод психотерапії, при якому людину ізолюють від реального світу та застосовують техніки імажинації;

г) це метод психотерапії, при якому засобом гіпнозу або іншого впливу на психіку, психотерапевт прагне стерти з пам'яті людини погані спогади, коригує поведінку та підсвідомість.

5. *Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія базується на наступному ведучому принципі:*

а) допомогти сформуванню раціональних думок, нормалізувати емоційні переживання, що позитивно вплине на конкретну поведінку пацієнта;

б) допомогти травмованим дітям нормалізувати свій емоційний стан та навчитися контролювати поведінку;

в) допомогти проаналізувати травмуючу ситуацію або подію;

г) допомогти травмованим дітям зіткнутися з травматичними подіями, які вони пережили, ефективно впоратися з ними, інтегрувати їх в історію свого життя та продовжувати жити далі.

6. *Як часто проводяться сеанси травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії з дітьми, які зазнали психотравм:*

а) один сеанс на місяць;

б) один сеанс на тиждень;

в) два сеанси на тиждень;

г) один раз на тиждень з дитиною і раз на два тижні з батьками / вихователями.

7. *Яка типова тривалість повного курсу травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії?*

А) 5 – 10 сеансів;

б) 10 – 50 сеансів;

в) 15 – 25 сеансів;

г) 25 – 30 сеансів.

8. Скільки послідовних етапів є у будь-якій методиці травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії?

- а) 3;
- б) 5;
- в) 2;
- г) безліч.

9. Для представників якого віку показана травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія?

- а) діти від народження до 12 років;
- б) діти від 3 до 12 років;
- в) діти та молодь від 3 до 18 років;
- г) для будь-якого віку.

10. Для яких категорій не підходить травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія?

- а) відсутність в анамнезі травматичних подій;
- б) відсутність проблем, пов'язаних з травмою;
- в) серйозні когнітивні проблеми;
- г) всі відповіді вірні.

РОЗДІЛ «ЕТАПИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ У ТФ-КПТ»

11. Оберіть відповідь, у якій вірно представлена послідовність етапів у травмо-фокусованій когнітивно-поведінковій психотерапії:

- а) логічний аналіз, емпіричний аналіз, прагматичний аналіз;
- б) прагматичний аналіз, логічний аналіз, емпіричний аналіз;
- в) когнітивний аналіз, логічно-емпіричний аналіз, прагматичний аналіз;
- г) немає правильної відповіді.

12. Що відбувається на першому етапі у травмо-фокусованій когнітивно-поведінковій психотерапії:

- а) відбувається аналіз клієнтом власних думок і почуттів, виявляються помилки, які призводять до неправильної оцінки ситуації та неадаптивної поведінки;
- б) клієнт вчиться відрізняти об'єктивну реальність від суб'єктивної, аналізує власні думки і моделі поведінки у відповідності з об'єктивною реальністю;
- в) клієнт визначає альтернативні способи реагування на ситуацію, навчається формувати нові установки і використовувати їх;
- г) всі відповіді правильні.

13. *Що відбувається на другому етапі у травмо-фокусованій когнітивно-поведінкова терапії:*

а) клієнт вчиться відрізняти об'єктивну реальність від суб'єктивної оцінки, аналізує власні думки і моделі поведінки у відповідності з об'єктивною реальністю;

б) клієнт визначає альтернативні способи реагування на ситуацію, навчається формувати нові установки і використовувати їх у житті;

в) відбувається аналіз клієнтом власних думок і почуттів, виявляються помилки, які призводять до неправильної оцінки ситуації та неадаптивної поведінки;

г) немає правильної відповіді.

14. *Що відбувається на третьому етапі у травмо-фокусованій когнітивно-поведінкова терапії?*

а) клієнт визначає альтернативні способи реагування на ситуацію, навчається формувати нові установки і використовувати їх у житті;

б) відбувається аналіз клієнтом власних думок і почуттів, виявляються помилки, які призводять до неправильної оцінки ситуації та неадаптивної поведінки;

в) клієнт вчиться відрізняти об'єктивну реальність від суб'єктивної, аналізує власні думки і моделі поведінки у відповідності з об'єктивною реальністю;

г) всі відповіді правильні.

15. *Центральним завданням, що стоїть перед психотерапевтом на першому етапі травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, є:*

а) включення в активну діяльність;

б) встановлення безпечної атмосфери;

в) робота із спогадами і переживаннями;

г) планування.

16. *Основне завдання другого етапу травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії:*

а) робота із спогадами і переживаннями;

б) гіпноз;

в) включення в буденне життя;

г) встановлення довірливих стосунків.

17. *Центральним завданням, що стоїть перед психотерапевтом на третьому етапі травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії, є:*

а) сугестія;

б) робота із спогадами і переживаннями;

в) збір анамнезу;

г) включення в буденне життя.

18. Що свідчить про завершення терапевтичної роботи у травмо-фокусованій когнітивно-поведінковій терапії:

- а) безболісне звернення до травматичних спогадів;
- б) прийняття травматичного досвіду;
- в) позбавлення травматичних спогадів;
- г) ретельне опрацювання травматичного досвіду.

19. Одним із ключових елементів травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії є те, що кожен сеанс лікування, від першої частини психоедукації до останнього сеансу підвищення резилієнтності, передбачає:

- а) формалізовану сповідь;
- б) раціональний підхід до проблем;
- в) оволодіння методикою психічної саморегуляції;
- г) певну форму психологічного впливу травматичної події.

20. Основна мета травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії:

- а) покращення фізичного стану;
- б) підвищення самозадоволення;
- в) переоцінка проблеми, відновлення почуття самоцінності, побудова нової ієрархії цінностей;
- г) допомогти особі осмислити та інтегрувати травматичні спогади, відновити відчуття безпеки, повернутися до творення життя.

РОЗДІЛ «ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС»

21. Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є:

- а) порушення у психічній сфері аналогічно з фізичними порушеннями;
- б) порушення структури «самості», когнітивної моделі світу, афективної сфери;
- в) порушення неврологічних механізмів, що керують процесами навчання;
- г) порушення системи пам'яті.

22. У яких категорій найбільш імовірно може виникати травматичний стрес?

- а) у учасників бойових дій;
- б) у дітей;
- в) у психологів;
- г) немає вірної відповіді.

23. До травматичного стресу призводять:

- а) голод;
- б) бідність;
- в) природні катастрофи;
- г) всі відповіді вірні.

24. Що може виступати стресором при травматичному стресі?

- а) екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок;
- б) ситуації раптової зміни місця проживання;
- в) сексуальне насильство у сім'ї;
- г) всі відповіді вірні.

25. До травматичного стресу призводять:

- а) несподівана зустріч;
- б) старіння;
- в) безсилість;
- г) немає вірної відповіді.

26. Що з переліченого нижче може викликати травматичний стрес?

- а) ситуації вибору;
- б) ситуації загрози життю для себе або значущих близьких;
- в) конфлікти на роботі;
- г) всі відповіді вірні.

27. Яка професійна група є найбільш вразливою щодо виникнення травматичного стресу:

- а) психіатри;
- б) викладачі;
- в) медики;
- г) немає вірної відповіді.

28. Які основні стадії травматичного стресу?

- а) стадія напруги, стадія виснаження, стадія адаптації;
- б) первинна стадія, вторинна стадія;
- в) стадія реагування, стадія подолання;
- г) стадія тривоги, стадія опору, стадія виснаження.

29. Основними чинниками, що посилюють травматичний стрес є :

- а) фізична перевтома; пасивність в поведінці;
- б) відсутність соціальної підтримки; сприйняття того, що сталося як вкрай несправедливого;
- в) неспроможність протидіяти ситуації; безсилість;
- г) всі відповіді вірні.

30. *Основною умовою розвитку травматичного стресу є:*
- а) людина не могла емоційно розряджати енергію (була в стані «заціпеніння»);
 - б) людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися чи втікати);
 - в) наявність у житті людини раніше невирішених травматичних ситуацій;
 - г) всі відповіді вірні.

РОЗДІЛ «ПСИХОТРАВМА ТА ПТСР»

31. *Гостра реакція на стрес це:*
- а) емоційна захисна поведінка;
 - б) афективне реагування;
 - в) шоківий стан людини, викликаний важкою ситуацією;
 - г) всі відповіді вірні.
32. *ПТСР виникає у період:*
- а) під час критичного інциденту та після нього;
 - б) через місяць після стресу;
 - в) від тижня до чотирьох тижнів після травми;
 - г) не менше ніж через чотири тижні після травматичної події.
33. *Що відноситься до різновидів «Т»-травми?*
- а) пожежі;
 - б) війни;
 - в) фізичне насильство;
 - г) всі відповіді вірні.
34. *Травматичні події поділяються на :*
- а) монотравму, вікарну травму, макситравму;
 - б) секвенційну травму, генетичну травму;
 - в) природню травму, штучну травму;
 - г) монотравму, мультитравму, травму розвитку.
35. *Травматичну пам'ять характеризує:*
- а) миттєве запам'ятовування;
 - б) настирливе відтворення;
 - в) відтерміноване забування;
 - г) всі відповіді вірні.

36. До основних симптомів ПТСР відносять:

- а) симптоми повторного пережиття події;
- б) уникнення;
- в) негативні емоційні та когнітивні зміни;
- г) всі відповіді вірні.

37. Які ще назви має ПТСР:

- а) «східний синдром»;
- б) «афганський синдром»;
- в) «в'єтнамський синдром»;
- г) всі відповіді вірні.

38. Що не належить до ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР)?

- а) ейфорія;
- б) приступи люті;
- в) мимовільні спогади;
- г) галюцинаторні переживання.

39. Якщо не зважати на ПТСР, це може призвести до:

- а) посилення всіх наявних симптомів;
- б) самотності;
- в) небажання жити;
- г) всі відповіді вірні.

40. Чи є позитивні аспекти психологічної травми?

- а) ні, це цілком негативне явище;
- б) ні, хоча деякі вчені вважають пережиття травми ознакою сильної людини;
- в) так, психологічна травма впливає на якість життя;
- г) так, психологічна травма сприяє особистісному зростанню (феномен «посттравматичне зростання»).

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ НА ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ

(ЗАЛІК)

1. Основні характеристики моделі травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ).
2. Когнітивно-поведінковий напрям у психології: раціонально-емоційна терапія А. Елліса; когнітивна психотерапія А. Бека.
3. Сутнісні положення когнітивно-поведінкової терапії.
4. Поняття про психотравму.
5. Психотравмуючі події, їх види та характеристики.
6. ПТСР та механізми його розвитку.
7. Діагностичні критерії ПТСР та методи діагностики.
8. Травматична пам'ять та процеси інтеграції пам'яті.
9. Травматична втрата.
10. Роль та особливості терапевтичного стосунку у моделі ТФ-КПТ.
11. Психоедукація при ПТСР. Методики та інструменти психоедукації.
12. Навички самодопомоги та техніки коучингу в усуненні симптомів ПТСР.
13. Ресурс-орієнтована робота: основні техніки.
14. Роль майндфулнес у ТФ-КПТ.
15. Етап стабілізації у роботі з психотравмою та техніки коупінгу.
16. Особливості застосування технік стабілізації у гострому періоді після пережитої психотравмуючої події.
17. Основні техніки ТФ-КПТ, що підтримують інтеграцію травматичної пам'яті.
18. Робота з мультитравматичним досвідом у контексті війни, що триває.
19. Феномен посттравматичного зростання.
20. Турбота про себе та захист від вигорання. Плекання резилієнтності.



ТЕЗАУРУС

А

Абреакція – емоційне відреагування.

Ага-переживання – раптове розуміння.

Агравация – схильність до перебільшення.

Адекватність – точність і повнота пізнання реальності, відповідність відчуттів, уявлень, думок пізнаваному об'єкту; точність і повнота пізнання психічної реальності.

Ажитация – стан сильного нервового збудження, неспокій, пов'язані з розгубленістю, що проявляються при несприятливих, неприємних чи небезпечних обставинах, під час стихійного лиха, аварійних ситуацій; призводить до порушення цілеспрямованості дій, зниження здатності до розумової діяльності.

Алекситимія – труднощі щодо ідентифікації, розпізнавання, вираження та вербалізації власних емоцій та почуттів у процесі спілкування.

Амбівалентність – складний психічний стан особистості, який пов'язаний з одночасним проявом протилежних емоцій, почуттів, ціннісних спрямувань.

Амбівалентність почуттів – суперечливе переживання емоцій стосовно одного й того ж об'єкту.

Аменція – один з видів затьмарення свідомості, при якому спостерігається розгубленість, незв'язність мислення, мови, рухів.

Ампліфікація – терапевтичне уточнення змістів свідомості.

Ангедонія – психічний стан людини, що характеризується відсутністю інтересу до життя, втратою здатності насолоджуватися життям, відчуття задоволення ним.

Антецеденти – це передумови або причини прояву певної емоції: ситуація та мета дій людини в цій ситуації.

Атавізм – відновлення примітивної форми поведінки.

Аутентичний – дійсний, той, що відповідає оригіналу і ґрунтується на першоджерелах.

Афект неадекватності – стійкий негативний емоційний стан людини, який виникає внаслідок неуспіху в діяльності й характеризується або ігноруванням самого факту неуспіху, або небажанням визнати себе винним; проявляється в тому, що людина усвідомлює свою непридатність або невідповідність до діяльності і приписує це своїм особистим, реальним або гаданим психологічним вадам.

Афектація – удаваність, неприродність у поведінці людини, манерах, мові і жестах, надмірна активність; є ознакою нещирості у спілкуванні, поведінці.

Афективна особистість – особа, у якої через постійне незадоволення якихось суттєвих для неї потреб виникають і стають досить стійкими важкі емоційні переживання і пов'язані з ними форми поведінки.

Афективні стани – глибокі емоційні переживання, безпосередньо пов'язані з актуальними потребами і прагненнями, що мають для людини життєво важливе значення.

Базові переконання – глибинні уявлення про себе, світ і майбутнє, які формуються в дитинстві або під впливом травматичного досвіду та визначають емоційні реакції та поведінку клієнта.

Бачення майбутнього (у контексті ТФ-КПТ) – здатність клієнта уявляти своє майбутнє після травматичного досвіду; часто обмежується або викривлюється під впливом ПТСР та є ключовим елементом для опрацювання у терапії.

Безпека (психологічна безпека) – базова умова терапевтичного процесу, що передбачає створення стабільного, передбачуваного середовища, у якому клієнт може почуватися захищеним стосовно роботи з травматичним досвідом.

Біль психологічний – суб'єктивне відчуття емоційного страждання, яке виникає внаслідок втрати, насильства, приниження, травми тощо; є частиною внутрішнього досвіду клієнта й важливим фокусом ТФ-КПТ.

Біопсихосоціальна модель – цілісне уявлення про психічне здоров'я, яке враховує взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників у виникненні та підтриманні психічних розладів, у тому числі посттравматичних.

Біхевіоральна активація – техніка когнітивно-поведінкової терапії, спрямована на поступове залучення клієнта до діяльності, яка приносить задоволення або сенс, з метою зменшення симптомів депресії та безпорадності.

Блокування емоцій – механізм психологічного захисту, що полягає у пригніченні або відстороненні від травматичних емоцій (часто супроводжує ПТСР або дисоціативні реакції).

Вимушене уникання – поведінкова стратегія, що підтримує симптоми ПТСР, коли клієнт уникає нагадувань про травму, навіть якщо це обмежує повсякденне функціонування.

Виявлення тригерів – процес ідентифікації стимулів, які активують травматичні спогади або реакції. Це ключовий етап для стабілізації клієнта та планування безпечного втручання.

Вігільність – здатність зосередити увагу на нових враженнях, пильність.

Відновлення цілісності Я – процес інтеграції розщепленого або фрагментованого образу себе після травми. Центральна мета ТФ-КПТ у роботі з глибокими травматичними наслідками.

Відповідальність – розуміння меж власної відповідальності за події, зокрема травматичні; терапія допомагає відновити адекватне усвідомлення провини, сорому та відповідальності.

Відтворення травми (ретравматизація) – повторне переживання елементів травматичної події через зовнішні або внутрішні тригери.

Візуалізація безпечного місця – техніка стабілізації, що полягає у створенні в уяві клієнта образу простору, де він відчувається захищеним. Використовується на початкових етапах терапії.

Вікарна травма – психологічна травма, отримана шляхом спостереження за стражданнями інших, слухання травматичних історій.

Внутрішній критик – внутрішній голос або наратив, що постійно осуджує, принижує або знецінює себе. У ТФ-КПТ вивчається як наслідок травматичного досвіду та об'єкт когнітивної реконструкції.

Вразливість (емоційна) – здатність визнавати, переживати й виражати емоції без захисних механізмів; у ТФ-КПТ підтримується поступове відкриття вразливості як шлях до зцілення.

Втома від співчуття – виснаження через переживання безнадії та відчуття безрезультатності роботи, що зменшує емпатію та співчуття.

Вторинний травматичний стрес – виникнення почуття страху внаслідок прослуховування історій про травматичні події, які пережили інші люди.

Втрата контролю – поширене відчуття при ПТСР, що проявляється у переконанні, що людина не здатна впливати на своє життя або емоції. Є мішенню терапевтичного втручання у процесі відновлення сили та автономії.

Г

Генералізація – узагальнення мисленневих змістів або стимулів.

Генералізація страху – когнітивно-поведінковий феномен, за якого страх, пов'язаний із травматичною ситуацією, переноситься на схожі, але безпечні ситуації або стимули.

Гіпертривожність – порушення можливості розслабитися.

Гіпотеза зростання через травму – припущення, що внаслідок глибокої особистісної кризи людина може набути нового розуміння себе, переоцінити життєві пріоритети й посилити адаптивні ресурси – концепт, пов'язаний із посттравматичним зростанням

Гострий стресовий розлад – це тимчасовий розлад, який розвивається у людини у відповідь на надзвичайні стресові впливи.

Градiєнт експозиції – принцип побудови експозиційної терапії, який передбачає поступове просування від менш травматичних до більш емоційно насичених спогадів або стимулів.

Деадаптивні когніції – переконання або думки, що виникають у результаті травми і підтримують симптоматику (наприклад, «Я безсилий», «Світ небезпечний»); це центральний об'єкт зміни у ТФ-КПТ.

Деактивація травматичної пам'яті – процес зменшення емоційного заряду, пов'язаного з травматичними спогадами, шляхом інтеграції цих спогадів у наратив через експозицію, когнітивну переробку або стабілізацію.

Деперсоналізація – тип дисоціативної реакції, коли особа відчуває себе ніби «ззовні» власного тіла або як спостерігач за собою. Часто виникає як відповідь на сильний стрес чи травму.

Десенсибілізація – поступове зниження інтенсивності емоційної реакції на травматичний стимул через повторну зустріч з ним у безпечному середовищі (наприклад, в уявній або реальній експозиції).

Детермінація (психологічна) – ідея про причинно-наслідкові зв'язки між подіями, думками, емоціями та поведінкою; у КПТ використовується для пояснення моделей реагування клієнта після травми.

Джексона правило – втрата пам'яті щодо черговості подій.

Дисоціація – порушення цілісного сприйняття себе, часу, простору або реальності, що виникає як захисна реакція на надмірний стрес.

Дистрес – негативний стрес.

Дисфункціональні стратегії подолання – способи реагування на травму, які тимчасово зменшують дискомфорт, але в довгостроковій перспективі утримують симптоми (наприклад, уникання, ізоляція, самозвинувачення).

Дитячо-батьківська прив'язаність – основа формування моделей безпеки, довіри й саморегуляції; порушення в цій системі можуть посилювати вразливість до ПТСР або впливати на хід терапії.

Діалектичне мислення – здатність утримувати суперечливі ідеї одночасно (наприклад, «Я пережив травму» і «Я можу знову довіряти іншим»). Важливий елемент когнітивної реорганізації у ТФ-КПТ.

Довільне пригадування травми – мимовільне або цілеспрямоване повернення до травматичної події в спогадах. У терапії регулюється за допомогою експозиційних технік та стабілізації.

Е

Евакуаційна травма – психотравма, пов'язана з примусовим або вимушеним переміщенням через небезпеку (війна, стихійне лихо тощо), яка часто супроводжується втратою, дезорієнтацією, страхом. Актуальна в контексті ТФ-КПТ під час роботи з біженцями та ВПО.

Екзистенційна травма – глибока психічна криза, пов'язана з втратою сенсу, віри у справедливість світу, розчаруванням у житті. Часто супроводжує складні втрати або важкі переживання смерті, хвороби, катастроф.

Експліцитна пам'ять – пам'ять, яка ґрунтується на досвіді; усвідомлена пам'ять.

Експозиційна терапія – метод втручання, що полягає у поступовому, контрольованому зіткненні клієнта з травматичними спогадами, думками або ситуаціями з метою зниження страху та уникання.

Емоційна напруженість – стан, що характеризується тимчасовим зниженням стійкості психічних і психомоторних процесів, зниженням працездатності, зайвою мотивацією та самозбудженням, досить сильним проявом астеничних емоцій.

Емоційна резистентність – це неадекватне емоційне реагування на вплив стимулів.

Емоційна ригідність – це слабке, вибіркоче, негнучке, в обмеженому діапазоні емоційне реагування на різноманітні зовнішні і внутрішні стимули.

Емоційна фасилітативність – характеризується як особистісна схильність до емоційної підтримки іншої людини.

Емоційне мислення – процес переробки емоційної інформації.

Емоційне сприйняття – емоційне реагування на відображення значущих подразників.

Емоційна регуляція – здатність усвідомлювати, модулювати та виражати емоції відповідно до ситуації.

Емоційне уникання – тенденція уникати внутрішніх емоційних переживань, особливо пов'язаних з болем, соромом, страхом. Вважається дезадаптивною стратегією подолання та мішенню терапевтичної інтервенції.

Епізодична пам'ять – пам'ять щодо конкретних подій, які пов'язані з особистими переживаннями.

Етап стабілізації – перший етап у трифазному підході до лікування психотравми, який зосереджений на створенні безпеки, розвитку навичок саморегуляції та підготовці до глибшої роботи з травмою.

Етична чутливість – здатність розпізнавати моральні дилеми та діяти у відповідності до етичних норм професії. В контексті ТФ-КПТ особливо важлива при роботі з уразливими клієнтами, що пережили насильство чи зраду довіри.

Еустрес – стрес викликаний позитивними подіями; стрес, при якому спостерігається найбільша ефективність праці людини.

Ефект «дежавю» – повторне переживання вже пережитого.

Ефект інтерференції – ефект вираженої ригідності пізнавального контролю.

Ефект Карпентера – неусвідомлений рух тіла, що супроводжує думку.

Ефект конгруентності – відповідність між емоційною забарвленістю інформації та емоційним станом людини в момент запам'ятовування.

Ефект «сліду» – випадкове повторення ситуації викликає нову сильну емоційну реакцію.

Ж

Жах (травматичний) – глибоке емоційне переживання крайньої небезпеки, яке часто супроводжує травматичну подію.

Жертва (позиція жертви) – психологічна роль або ідентичність, яка формується після травматичного досвіду безпорадності, контролю чи насильства. У ТФ-КПТ розглядається не як характеристика особистості, а як адаптивна реакція, що підлягає трансформації.

Життєвий наратив – послідовне, зв'язне розуміння людиною власної біографії, яке може бути фрагментованим або порушеним унаслідок травми. Один із напрямів роботи в ТФ-КПТ – відновлення цілісності особистісної історії.

Життєстійкість (резильєнтність) – здатність особи долати складні життєві обставини, адаптуватися після психотравми та зберігати функціонування. У ТФ-КПТ розглядається як динамічний процес, який можна зміцнювати в терапії.

Журнальна техніка (ведення щоденника) – допоміжний інструмент у терапії для фіксації думок, емоцій, поведінки, спогадів чи тригерів. Сприяє саморефлексії, виявленню патернів мислення і роботі з травматичним матеріалом поза сесією.

3

Заземлення – техніка стабілізації, що допомагає клієнту повернутися в «тут-і-тепер» під час флешбеків, дисоціації чи панічної реакції. Є ключовою складовою стабілізаційного етапу ТФ-КПТ.

Закріплення змін – завершальний етап терапії, спрямований на інтеграцію набутих навичок і формування життєстійкості. Включає план дій на майбутнє, розпізнавання тригерів та підтримку позитивного функціонування.

Залучення до терапевтичного процесу – процес встановлення довіри, мотивування клієнта і формування альянсу. Особливо важливий у роботі з клієнтами, які мають досвід травматичних стосунків.

Заморожена реакція – одна з автоматичних реакцій на загрозу (разом з «бий» і «тікай»), що проявляється у формі заціпеніння або емоційного замирання. Часто зустрічається у клієнтів із травматичним досвідом.

Захисні механізми – несвідомі процеси, що допомагають людині зменшити внутрішній конфлікт або стрес.

Зіткнення з травмою – процес цілеспрямованої експозиції до травматичних спогадів, що дозволяє інтегрувати їх у наратив та знизити емоційну чутливість.

Зловмисна довіра – тип психотравми, пов'язаної з порушенням довіри з боку близької чи авторитетної особи. Важливий у роботі з насильством у сім'ї, зрадою, інституційною травмою.

Знецінення досвіду – когнітивне викривлення, при якому людина применшує значення власного болю, пережитої травми або емоцій. Часто проявляється як внутрішній критик або вторинна травматизація.

Зовнішні тригери – події або стимули у навколишньому середовищі, які автоматично активують спогади про травму або емоційну реакцію. Їх виявлення – важливий етап у формуванні безпечного простору для клієнта.

Зцілення (психологічне) – процес відновлення внутрішньої цілісності, сенсу та функціонування після психотравми. У ТФ-КПТ досягається через роботу з думками, емоціями, тілом і міжособистісними стосунками.

Імпліцитна пам'ять – це несвідома пам'ять, тобто пам'ять без усвідомлювання предмета запам'ятовування.

Імпульсивність / рефлексивність – індивідуальні відмінності щодо схильності приймати рішення швидко або повільно.

Імплантовані спогади (false memories) – спотворені або нав'язані зовнішнім впливом спогади, які можуть виглядати як справжні.

Інвазивні спогади (інтрузії) – повторювані, небажані, нав'язливі яскраві образи або думки про травму, що з'являються без контролю. Один з основних симптомів ПТСР і мішень у ТФ-КПТ.

Інтеграція досвіду – психічний процес включення травматичних спогадів у загальний життєвий наратив. Цільовий процес у ТФ-КПТ – замінити фрагментацію послідовною історією.

Інтерналізація – когнітивне засвоєння.

Інтерналізоване насильство – процес, за якого жертва приймає негативні послання агресора як власні переконання (наприклад, «я нічого не вартий»). Часто веде до самозвинувачення і внутрішнього критика.

К

Катастрофізація – когнітивне викривлення, при якому людина перебільшує ймовірність або масштаб негативної події. Часто супроводжує ПТСР і опрацьовується шляхом когнітивної реструктуризації.

Кататонічна реакція – крайня форма психомоторної загальмованості у відповідь на травматичний шок. Може спостерігатися у важких випадках дисоціативного реагування.

Когнітивна модель травми – схема, яка пояснює, як думки, переконання та інтерпретації травматичної події формують симптоми ПТСР.

Когнітивна реструктуризація – процес виявлення і зміни дезадаптивних думок, переконань, що виникають після травми.

Когнітивна складність/простота – здатність широко / вузько сприймати та оцінювати оточуючу дійсність.

Когнітивне уникнення – стратегія психічного захисту, коли людина свідомо чи несвідомо уникає думок, нагадувань або обговорення травматичного досвіду. Ускладнює інтеграцію спогадів та посилює симптоматику.

Когнітивно-поведінкова терапія – це психологічний підхід, який фокусується на тому, як думки, переконання і ставлення людини впливають на її емоції і поведінку, що допомагає освоїти навички, які необхідні для вирішення різних проблем.

Когнітивно-поведінкові техніки – набір інструментів ТФ-КПТ, що включає роботу з думками, емоціями й поведінкою (наприклад, ведення щоденників, експозиція, переоцінка мислення).

Когніція – загальне поняття позначення раціональної обробки досвіду, результатів міркування і винесення суджень.

Контротимія – блокування почуттів.

Контрперенесення – емоційна реакція терапевта на клієнта, яка може бути особливо інтенсивною при роботі з травмою.

Конфабуляція – спотворені спогади.

Концептуалізація – формування тверджень загального змісту.

Копінг (від англ. coping – долати) – психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресової ситуації.

Криза – розпад, занепад, загострення протиріч, а також переломний момент, коли стан людини поліпшується чи погіршується.

Л

Лабільність емоційна – нестійкість емоційного стану, яка часто спостерігається після психотравматичного досвіду. У ТФ-КПТ розглядається як мішень для стабілізації та розвитку навичок саморегуляції.

Ланцюгова реакція – послідовність автоматичних думок, емоцій та поведінкових реакцій, яка запускається у відповідь на тригер. Аналіз таких ланцюгів допомагає усвідомити механізми підтримки симптомів.

Лімбічна система – частина мозку, відповідальна за емоції та реакції на загрозу. У ТФ-КПТ пояснюється як частина нейробіологічної основи ПТСР та реакцій «бий-тікай-завмири».

Локалізація тілесних реакцій – усвідомлення того, як травма «живе» в тілі: напруга, біль, стиснення. У ТФ-КПТ тілесна обізнаність важлива для подолання дисоціації та інтеграції досвіду.

Локус контролю – переконання щодо того, хто/що контролює події в житті: внутрішній (я впливаю) чи зовнішній (усе залежить від інших/долі). Після травми часто зсувається до зовнішнього – ТФ-КПТ сприяє його відновленню.

Лютість (травматична) – сильна, іноді неконтрольована злість, що може бути реакцією на безсилля або несправедливість, пережиті під час травми. У терапії важливо надати безпечний простір для її вираження й розуміння.

М

Маскована тривога – тривожний стан, що проявляється через інші симптоми: дратівливість, тілесні скарги або нав'язливу активність. У ТФ-КПТ важливо розпізнавати приховані емоції за зовнішніми проявами.

Ментальна репрезентація – це внутрішнє (психічне) відображення деяких якостей та властивостей зовнішнього світу.

Метакогнітивна обізнаність – здатність усвідомлювати характеристики власного мислення.

Метапізнання – знання про своє знання; усвідомлення особливостей пізнавальних функцій як власних, так й інших людей.

Метаувага – знання про власну увагу та засоби управління увагою.

Механізми подолання – свідомі або несвідомі способи впоратися з наслідками стресу чи травми. В ТФ-КПТ особливу увагу приділяють розвитку адаптивних механізмів замість уникнення чи деструктивної поведінки.

Мигдалина – структура мозку, що відповідає за розпізнавання загроз і запуск реакцій тривоги. Вважається центральним елементом нейробіології ПТСР, і пояснюється клієнтам під час психоедукації.

Мислення поляризоване – стиль «чорно-білої» оцінки подій або себе (наприклад: «я або успішний, або нікчема»). Часто зустрічається після травми й розглядається в рамках когнітивної реструктуризації.

«Мнемічні ефекти» – вплив емоційних явищ на мнемічні процеси.

Модель SEE FAR CBT – сучасний підхід до терапії травми, що поєднує стабілізацію, переробку травматичних спогадів, зміцнення ресурсів і формування нових адаптивних переконань. Акцентує роль сенсомоторних та когнітивних технік.

Модифікація поведінки – свідомо або цілеспрямована зміна реакцій, що підтримують симптоматику. У ТФ-КПТ включає формування нових навичок саморегуляції, безпечної поведінки, комунікації.

Монотравма – травма внаслідок поодинокі травми події.

Мультитравма – одночасно різні види травм в певному часовому проміжку.

Мультифакторність ПТСР – підхід, згідно з яким посттравматичний розлад формується під дією кількох факторів: тяжкості травми, попереднього досвіду, соціального оточення, нейрофізіологічних змін. Враховується при формуванні індивідуального терапевтичного плану.

Муляжові спогади – спогади, які мозок «відновлює» на основі уявлень або фрагментів (можуть не відповідати реальним подіям). ТФ-КПТ працює з такими спогадами не як з об'єктивною інформацією, а як з психічним досвідом.

Н

Надмірна пильність (гіперпильність) – постійне сканування середовища на предмет потенційної загрози. Є типовим симптомом ПТСР, який опрацьовується в терапії через стабілізацію та роботу з тілесною реактивністю.

Наративна реконструкція – терапевтичний процес формування цілісної розповіді про травматичний досвід із новою інтерпретацією. Допомагає інтегрувати розірвані спогади й зменшити симптоматику.

Нейтральне заякорення – техніка стабілізації, яка допомагає клієнту утримувати зв'язок із реальністю під час роботи з травматичними спогадами. Заснована на фокусуванні уваги на безпечному стимулі або образі.

Низька толерантність до дистресу – складність переносити емоційний або фізичний дискомфорт. Часто спостерігається у осіб із ПТСР. У ТФ-КПТ формуються навички поступового розширення цієї толерантності.

Нормалізація (досвіду) – психотерапевтична практика пояснення клієнтові, що його реакції на травму є типовими для подібного досвіду. Допомагає зменшити стигму, почуття «ненормальності», сором.

Обвинувачення себе – поширена когнітивна помилка після травматичного досвіду, коли людина звинувачує себе у тому, що сталося, навіть за відсутності реальної відповідальності. У ТФ-КПТ активно працюють із такими переконаннями через реструктуризацію мислення.

Обезцінення досвіду – мінімізація або заперечення значущості травматичних подій. Може бути захисним механізмом, що перешкоджає емоційній обробці. У терапії важливо допомогти клієнту визнати значення пережитого.

Об'єктивізація симптомів – терапевтичний процес відокремлення себе від симптомів (наприклад, «у мене є тривога», а не «я тривожний»). Допомагає зменшити ідентифікацію з розладом і посилює суб'єктну позицію клієнта.

Ознаки дисоціації – порушення зв'язку між свідомістю, пам'яттю, тілом, що може виникати під час згадування травми. У ТФ-КПТ виявляються як симптоми, що потребують стабілізації перед експозицією.

Опір терапії – неусвідомлена чи свідомо протидія змінам або процесу опрацювання. У ТФ-КПТ сприймається як частина захисних механізмів, з якими працюють через емпатію й поступове підвищення безпеки.

Орієнтація на безпеку – ключовий принцип роботи з психотравмою: створення умов, за яких клієнт може почуватися у безпеці – фізично, психологічно та емоційно.

Панічна атака – раптовий напад сильного страху або тривоги з тілесними симптомами (серцебиття, задишка, пітливість тощо). Часто з'являється у клієнтів із ПТСР. У ТФ-КПТ використовується психоедукація та дихальні техніки для стабілізації.

Парагнозія – позачуттєве сприймання.

Перенесення – несвідоме приписування терапевту почуттів або очікувань, що виникли у попередньому досвіді клієнта (часто травматичному).

Персеверація – уявлення нав'язливого характеру, які з'являються після багаторазових сприймань певних явищ, або коли спостерігається сильний емоційний вплив на особистість.

Підвищене збудження – стан підвищеної настороженості, дратівливості, проблем зі сном або концентрацією. Один із головних кластерів симптомів ПТСР.

Підкріплення (поведінкове) – фактор, що збільшує імовірність повторення поведінки. Важливо виявляти, що підкріплює дезадаптивні стратегії (наприклад, уникнення) і формувати адаптивні звички.

Повторне переживання – коли людина знову і знову переживає травму у вигляді флешбеків, снів, нав'язливих спогадів. У ТФ-КПТ цілеспрямовано опрацьовується через експозицію та когнітивну переробку.

Позитивна саморегуляція – здатність керувати емоціями, імпульсами та тілесними реакціями у складних ситуаціях. У ТФ-КПТ клієнт навчається поступово відновлювати цю здатність через тренування навичок.

Посттравматичне зростання (ПТЗ) – позитивні особистісні зміни, які відбуваються внаслідок подолання травми (нові цінності, глибші стосунки, відчуття сили). У ТФ-КПТ цей феномен може ставати ціллю заключного етапу терапії.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, посттравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) – важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), що виникає в результаті одиничної або повторюваних психотравмуючих ситуацій (таких як, наприклад, військові дії, важка фізична травма, сексуальне насильство, загроза смерті).

Провина – це стан напруження між вимогами совісті та досягненнями «Я».

Психічна напруженість – одна з форм цілісної психологічної реакції людини в екстремальних ситуаціях.

Психоедукація – пояснення клієнту механізмів дії симптомів, природи травматичного досвіду та методу лікування. Є початковою та постійною частиною ТФ-КПТ, що підсилює співпрацю та знижує тривожність.

Р

Реактивація травматичної пам'яті – повторне автоматичне відтворення травматичних спогадів у відповідь на тригери. У ТФ-КПТ цілеспрямовано опрацьовується з метою поступової десенсибілізації.

Резилієнтність – здатність адаптуватися та відновлюватися після складних або травматичних подій. У ТФ-КПТ цей ресурс активується і підтримується протягом терапії.

Ремінісценція – «виринання» у свідомості того, що неможливо було пригадати одразу після його запам'ятовування.

Ригідність мислення – фіксованість на певних негативних інтерпретаціях або переконаннях, що ускладнює інтеграцію нового досвіду. У ТФ-КПТ використовується когнітивна реструктуризація для формування більш гнучкого мислення.

Ризик ретравматизації – можливість повторної психічної травматизації під час недбалої або передчасної роботи з травматичними матеріалами. У ТФ-КПТ це враховується при плануванні етапів терапії.

Розпізнавання емоцій – процес сприймання, інтерпретації та розуміння експресивних проявів; процес декодування ознак вираження емоцій.

Руйнування довіри – наслідок міжособистісної травми (зради, насильства тощо), що ускладнює побудову стосунків. ТФ-КПТ враховує цей аспект у роботі над міжособистісними переконаннями та у терапевтичному альянсі.

Румінація – нав'язливе повторне обдумування травматичних подій або пов'язаних із ними негативних переконань. У ТФ-КПТ виявляється як малоефективна стратегія переробки досвіду, замінюється на більш конструктивні практики.

С

Самозвинувачення – внутрішній процес приписування собі відповідальності за події, які часто є поза контролем. У ТФ-КПТ працюють з такими переконаннями шляхом їх перегляду та реалістичного оцінювання.

Саморегуляція – здатність керувати власними емоціями, поведінкою та тілесними реакціями у складних або загрозливих ситуаціях. Є ключовим ресурсом у ТФ-КПТ.

Секвенційна травма – травма внаслідок травматичних подій, що повторюються.

Селективність інформації – відбір (фільтрування) інформативних даних.

Семантична пам'ять – пам'ять, яка забезпечує можливість тлумачити факти та події; пов'язана з оперуванням системою значень.

Сканування тіла – техніка усвідомлення тілесних відчуттів, яка використовується у ТФ-КПТ для стабілізації, заземлення і повернення у «тут і тепер».

Смислова інтерпретація травми – процес надання подіям нового значення, який сприяє інтеграції досвіду. Це – частина когнітивної переробки в ТФ-КПТ.

Сором – стан сильного зніяковіння, пов'язаний з усвідомленням здійснення нікчемного вчинку або перебування у принизливій ситуації, внаслідок чого людина вважає себе зганьбленою.

Соціальна підтримка – наявність підтримуючого оточення, яке зменшує ризик хронічного ПТСР. У ТФ-КПТ оцінюється як один з важливих зовнішніх ресурсів.

Страх – емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки.

Страх совісті – страх бути наодинці з самим собою.

Стрес – неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильний подразник.

Стресор – причина стресу.

Супервізія – професійне консультування терапевтів з метою підтримки їхньої клінічної ефективності та емоційної стійкості. Є невіддільною частиною етичної практики ТФ-КПТ.

Терапевтичний альянс – якісний зв'язок між терапевтом і клієнтом, що базується на довірі, співпраці та спільному розумінні цілей.

Тілесна пам'ять – тілесні відчуття, що зберігають несвідомі сліди травми. Робота з тілесними реакціями є частиною комплексної ТФ-КПТ, зокрема в поєднанні з методами заземлення.

Толерантність / нетолерантність до нереалістичного досвіду – ступінь сприйнятливості суб'єкта щодо інформації, яка суперечить знанням про дійсність.

Травма (психологічна) – глибоке порушення внутрішньої рівноваги особистості внаслідок подій, що перевищують здатність до адаптації.

Травма розвитку – травма внаслідок незадоволення первинних емоційних потреб.

Травматична дисоціація – механізм психологічного захисту, при якому особа частково або повністю втрачає контакт із реальністю, емоціями або тілесними відчуттями. У ТФ-КПТ важливо вчасно ідентифікувати і працювати через стабілізаційні техніки.

Травматична пам'ять – сукупність травматичного досвіду про пережиті травматичні події (ситуації).

Травматичний наратив – розповідь про події травми, яку клієнт поступово формує та переосмислює у процесі ТФ-КПТ. Є центральним інструментом інтеграції досвіду.

Травматичний стрес – це емоційна реакція людини на важкі події.

Травматичні події великі («Т»-травма) – події, коли має місце наявність безпосередніх загроз для життя та здоров'я (наприклад: дорожньо-транспортні пригоди, насильство, війна, важкі хвороби та ін.).

Травматичні події малі («т»-травма) – події, коли відсутні безпосередні загрози для життя та здоров'я людини, проте ці події викликають дискомфорт та негативні переживання (наприклад: конфлікти з людьми, втрата домашнього улюбленця, пошкодження майна та ін.).

Травматичні ситуації – екстремальні критичні події, що характеризуються могутнім негативним впливом; ситуації погрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль стосовно подолання наслідків їх впливу.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) – доказова психотерапевтична модель, яка інтегрує когнітивну, поведінкову та експозиційну роботу з урахуванням травматичного досвіду клієнта.

Трансформація переконань – процес зміни хибних, травмообумовлених уявлень про себе, інших та світ. Основна ціль когнітивної роботи у ТФ-КПТ.

Тривога – негативний емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки й виявляється в очікуванні негативного розвитку подій; емоційний стан гострого внутрішнього беззмістовного неспокою, пов'язаного у свідомості індивіда з прогнозуванням невдачі, небезпеки або очікування чогось важливого для людини в умовах невизначеності.

Тривожні автоматичні думки – негативні думки, що виникають миттєво й несвідомо, часто як відповідь на тригер. У ТФ-КПТ визначаються, ставляться під сумнів та змінюються.

Тригери – зовнішні або внутрішні стимули, які викликають реактивацію травматичної пам'яті. У ТФ-КПТ ідентифікуються й опрацьовуються через навички стабілізації та десенсибілізацію.

Уникання (когнітивне та поведінкове) – стратегія уникнення спогадів, думок або ситуацій, пов'язаних із травмою.

Усвідомлення тригерів – здатність розпізнати події, думки чи тілесні реакції, що запускають симптоми.

Установка на контроль – внутрішня потреба повністю контролювати ситуації як спосіб компенсації травматичного досвіду.

Утримання безпеки – здатність підтримувати внутрішнє відчуття безпеки навіть у стресових ситуаціях. Є ключовим компонентом психотерапевтичного процесу в ТФ-КПТ.

Уявне переписування – техніка, у якій клієнт створює нову версію травматичної ситуації, змінюючи її завершення чи значення. Сприяє відновленню контролю та трансформації переконань.

Феномен «дистресовий стереотип» – переживання емоцій та почуттів, неадекватних ситуації, внаслідок актуалізації минулого дистресового досвіду (як правило, з глибокого дитинства).

Феномен «холодна поза» – характеризується емоційною грубістю, яка виявляється у навмисному демонструванні емоційної невразливості, у культивуванні проявів гніву, гордоців та недовіри.

Феномен «шокові емоції» – примітивізація поведінки під впливом дезорганізуючих емоцій в ситуації емоційної кризи.

Флешбек, або рецидивні спогади (від англ. «Flashback» – повернення до попереднього) – психологічне явище, при якому у людини виникають раптові, зазвичай сильні, повторні переживання минулого досвіду або його елементів.

Флуктуація – періодичні зміни рівня уваги.

Фокальна увага – свідомо спрямована увага.

Фокусування уваги – здатність свідомо скеровувати увагу на безпечні об'єкти, думки чи тіло. Один із засобів стабілізації в роботі з тригерами.

Фокусуєчий / скануючий контроль – індивідуальні особливості розподілу уваги, що виявляється в ступені широти охоплення різноманітних аспектів ситуації, яка сприймається.

Фонова тривога – хронічний рівень напруженості, що не завжди усвідомлюється, але постійно впливає на функціонування людини. Часто спостерігається після травми.



ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів, 2014. 410 с.
3. Коен Д., Маннаріно А., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів: Свічадо. 2016. 264 с.
4. Кулеша-Любінець М. М. Психологічний супровід перебування дитини у лікувально-профілактичному закладі: методичні рекомендації. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г. М., 2015. 72 с.
5. Ellis A. *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: new directions for rational emotive behavior therapy*. Prometheus Books, 2001.

Додаткова література

1. Бенеш Г. Психологія: dtv-Atlas / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. Київ, 2007. 510 с.
2. Болебер В. Пригадування, травма та колективна пам'ять. Битва за пам'ять у психоаналізі. *Український психоаналітичний журнал*. 2024. № 2 (2). С. 118–135. DOI: <https://doi.org/10.32782/upj/2024-2-2-11>
3. Вознесенська О., Робело-Тимченко Н., Спейзер В. М., Спейзер Ф., Старовойтов А. Арттерапія в роботі з колективною травмою. *Простір арт-терапії. Збірник наукових праць*. Вип. 1 (33). 2023. С. 4–25.
4. Гільман А. Ю., Шугай М. А. Саногенне і патогенне мислення: теорія і важливі напрями психологічної практики. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія». Острог, 2015. Вип. 2. С. 28–38.
5. Горностаєв П. Психологія колективних травм: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.
6. Дерев'янка С. П., Дем'яненко Ю. О. Ілюзії мислення сучасної молоді. *The X International Science Conference «Topical issues, achievements and innovations of fundamental and applied sciences»*: матеріали міжнар. наук. конф. (March 09 – 12, 2021, Lisbon, Portugal). Lisbon, 2021. P. 292-295.

7. Дерев'янюк С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2021. № 13. С. 104 – 109.

8. Дерев'янюк С. П. Розвиток емоційного інтелекту дітей як засіб подолання впливу травматичної ситуації. *Василь Сухомлинський у діалозі з сучасністю. Шлях до серця дитини в травматичних ситуаціях життя: Електронний збірник матеріалів XII Міжнародних і XXIX Всеукраїнських педагогічних читань*. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка. 2022. С. 65–66.

9. Диспенза Д. Надприродний розум. Київ, 2020. 400 с.

10. Добрянський Д, Тарченко І, Тарченко Н. Колективна психологічна травма: рана крізь простір та час. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*. 2025. С. 368–380.

URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/article/view/2780> (дата звернення: 26.05.2025).

11. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. 2-ге вид., переробл. і допов. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.

12. Кузьо О. Б. Особливості використання експерименту в когнітивно-поведінковій терапії та гештальт-терапії. *Вісник Львівського університету*. Серія: Психологічні науки. Львів, 2018. Випуск 2. С. 81–90.

13. Ляховець Л.О., Низовець-Кропта О.А. Втома від співчуття у контексті діяльності фахівців допомагаючих професій. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2025. Том 36 (75). № 1. С. 53-59. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2025/12.pdf (дата звернення: 26.05.2025).

14. Марценковський Д. Сучасний стан дитячої психіатрії в Україні: освіта та практика. *Українські медичні вісті*. 2023. № 1. С. 30–36.

15. Миколайчук М. І. Християнські цінності як ресурс при опрацюванні та інтеграції травматичної пам'яті. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія». Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. Вип. 1. С. 131–143.

16. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: курс лекцій. Львів: Ліга-Прес, 2013. 130 с.

17. Наугольник Л. Б. Психологічні особливості індивідуальних відмінностей в реагуванні на стрес. *Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції: «Актуальні питання сучасних педагогічних та психологічних наук»* (21 – 22 березня 2014 р., м. Одеса). Одеса: ГО «Південа фундація педагогіки», 2014. С. 27–30.

18. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
19. Охременко О. Р. Постстресові розлади. К.: Видавництво «Хімджест», 2004. 102 с.
20. Пушко Є. І. Основні техніки з використанням уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. (м. Полтава, 27-28 квітня 2020 р.). Полтава, 2020. С. 137-140.
21. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібник. К.: Кондор, 2005. 278 с.
22. Розуміння та інтерпретація життєвого досвіду як чинник розвитку особистості / за ред. Н. В. Чепелевої. Кіровоград, 2013. 276 с.
23. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *Нейроньюз: психоневрологія і нейропсихіатрія*. 2014. № 3 (38). С. 40-45.
24. Соціальний діалог у вимірах когнітивного спілкування. Кропивницький, 2018. 232 с.
25. Терно С. О. Критичне мислення: динаміка та сфера застосування. *Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету*. Запоріжжя, 2016. Вип. 46. С. 310-315.
26. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник. К.: Здоров'я, 2005. 120 с.
27. Шовкова О. Д. Види ілюзії мислення у когнітивній психології. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія». Острог, 2018. Вип. 7. С. 33-40.
28. Askari I. The role of the belief system for anger management of couples with anger and aggression: A Cognitive-Behavioral Perspective. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. 2019. Vol. 37. P. 223-240.
29. Aziz M. O., Mehrinejad S. A., Hashemian K. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020. Vol. 39.
30. Briere J. Treating Risky and Compulsive Behavior in Trauma Survivors. NY: Guilford Press, 2019.
31. Cohen Judith A., Mannarino Anthony P., Esther Deblinger. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, 2017. 356 p.

32. Farahmand S, Reza E., Ahadi H., Golkar M. K. Comparison of the effectiveness of Music Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on quality of life, craving and emotion regulation in patients under methadone maintenance therapy. *Iranian journal of psychiatry and clinical pschology*. 2020. Vol. 26. P. 170–186.
33. Fernandez-Alvarez H., Fernandez-Alvarez J. Commentary: Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 123.
34. Griffin JL, Wozniak J. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy / *Assessing and Treating Youth Exposed To Traumatic Stress*. 2019. P. 185–205.
35. Lanktree C. B. & Briere J. Treating complex trauma in children and their families: An integrative approach. Thousand Oaks, CA: Sage, 2016.
36. Moreira H., Potharst E. Editorial: application of the third generation of Cognitive-Behavioral approaches to parenting. *Frontiers in psychology*. 2019. Vol. 10. P. 220.
37. Pollio E., Mc Lean M., Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders / *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*. 2014. P. 31–38.
38. Rovira I. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders / *Trauma-Informed Approaches To Eating Disorders*. 2019. P. 179–191.
39. Runyon M. K., Risch E., Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy An Evidence-Based Approach for Helping Children Overcome the Impact of Child Abuse and Trauma / *Innovations in CBT for Childhood Anxiety, OCD and PTSD*. 2019. P. 525–549.
40. Senol-Durak E., Di Tella M., Romeo A. Editorial: Post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1227892>
41. Sternberg R. J. Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology. *Phi Delta Kappan*. 2020. P. 69.
42. Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents Treatment Applications // Edited by Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger. New York, 2016. 308 p.
43. Voderholzer U. The Third Wave of Behavioral Therapy – is it superior compared to the classical cognitive Behavioral Therapy? *Verhaltenstherapie*. 2019. Vol. 29. P. 77–79.

Електронні ресурси

1. Дерев'янку С. П. Когнітивно-поведінкова терапія: навч.-метод. рекомендації. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с. URL: <https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/9108> (дата звернення: 26.05.2025).
2. Посттравматичний стресовий розлад. Центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї». URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/ptsd/> (дата звернення: 26.05.2025).
3. The National Child Traumatic Stress Network. URL: <https://www.nctsn.org/> (дата звернення: 26.05.2025).
4. Mannarino A. P., Cohen J. A., Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy / Timmer S., Urquiza A. Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children. Child Maltreatment, 2014. Vol. 3. Springer, Dordrecht. URL: https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_10 (дата звернення: 26.05.2025).
5. Müller J. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія для посттравматичного стресового розладу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/27> (дата звернення: 26.05.2025).

є	Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.	
ж	Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.	
з	Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.	
и	Я намагався (-лася) про це не думати.	
і	Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла).	
ї	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.	
й	Я помітив (-ла), що я поводжуся або почуваюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.	
к	Мені було важко засинати.	
л	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.	
м	Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.	
н	Мені було важко зосереджуватися.	
о	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).	
п	Це мені снилося.	
р	Я почуваюся (-лася) цілий час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.	
с	Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.	

Субшкала уникнення (сума г, е, є, и, і, ї, м, с поділена на 8) =
Субшкала інтрузії (сума а, б, в, д, ж, й, л, п поділена на 8) =
Субшкала гіперзбудження (сума г, з, к, н, о, р поділена на 8) =

Джерело: Посттравматичний стресовий розлад. Центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї». URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/ptsd/> (дата звернення: 26.05.2025).

ОПИТУВАЛЬНИК ПО СИМПТОМАХ ПТСР У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

Частина А

З людьми можуть ставатись різні стресові ситуації. Прочитайте список стресових речей, який поданий нижче і обведіть ТАК для кожної з таких, яка КОЛИ-НЕБУДЬ з вами траплялася. Обведіть НІ, якщо таке ніколи з вами не траплялось.

Не включайте речі про які ви могли лише чути від інших людей, чи з телебачення, новин чи фільмів. У відповідях зазначайте тільки те, що відбувалось з вами в реальному житті. Деякі запитання стосуються того, що траплялось з іншими, а ви це БАЧИЛИ. А інші запитують, що траплялось саме з ВАМИ.

ПРИКЛАД:

а. Чи ви коли-небудь ходили на футбол? (Обведіть ТАК чи НІ)	Так	Ні
--	-----	----

Чи якісь з наступних подій КОЛИ-НЕБУДЬ траплялись з вами
(Обведіть Так чи Ні)

БЛАНК наведено нижче.


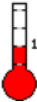


1. Чи ви потрапляли коли-небудь в серйозну аварію де зазнали важких ушкоджень чи могли померти?	Так	Ні
2. Чи ви коли-небудь були свідком серйозної аварії, де хтось міг серйозно постраждати чи померти?	Так	Ні
3. Чи ви думали про те, що хтось кого ви знаєте може серйозно ушкодитись через природну катастрофу таку, як ураган, повінь чи землетрус?	Так	Ні
4. Чи хтось з ваших близьких був дуже хворим чи ушкодженим?	Так	Ні
5. Чи помирав хтось з ваших близьких?	Так	Ні
6. Чи було у вас серйозне захворювання чи ушкодження, або щось таке коли потрібно було терміново їхати в лікарню?	Так	Ні
7. Чи відлучали вас від батьків чи близьких більш ніж на кілька днів без вашого бажання?	Так	Ні
8. Чи на вас коли-небудь нападав собака, чи інша тварина?	Так	Ні
9. Чи хтось вам коли-небудь казав, що хоче вас скривдити?	Так	Ні
10. Чи ви бачили, що комусь іншому казали що збираються його скривдити?	Так	Ні
11. Чи вам давали колись ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
12. Чи ви бачили що комусь давали ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
13. Чи бувало таке, що вас побили?	Так	Ні
14. Чи бачили ви як побили когось іншого?	Так	Ні
15. Чи ви бачили що на когось іншого нападали чи ранили ножом?	Так	Ні
16. Чи ви бачили як хтось наставляв справжній пістолет на когось іншого?	Так	Ні
17. Чи ви бачили як когось іншого підстрелили або застрелили із справжнього пістолета?	Так	Ні





Частина Б

Нижче знаходиться список проблем, які інколи мають дітки після переживання чогось страшного, такого, як ми щойно говорили. Серед усіх речей про які ми говорили, постарайся згадати те, що найбільше тебе турбує.

Тепер ці наступні запитання будуть про речі, які найбільше тебе турбують (чи це було штовхання, побиття, переляк, чи щось інше). Слухай уважно і обводь ті слова, які найкраще описують наскільки часто ця проблема турбує тебе ОСТАННІ ДВА ТИЖНІ.

БЛАНК наведено нижче.

	0 	1 	2 	3 
1. Чи ти коли-небудь засмучувався через подію яка приходила тобі в голову коли ти цього не хотів?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
2. Чи в тебе бувають погані сни чи нічні кошмари?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
3. Чи ти коли-небудь поведив чи відчував себе так, ніби ця подія відбувається знову (напр., чув чи бачив картинку того, ніби потрапив туди знову)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
4. Чи ти коли-небудь засмучувався коли ти думаєш чи чуєш про подію (напр., почувався наляканим, злим, сумним, винним та інше)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
5. Чи коли-небудь мав відчуття в тілі коли думав чи чув про подію (напр., обливався потом, пришвидшене серцебиття)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
6. Чи ти пробував не думати, не говорити і не мати почуттів про подію?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
7. Чи ти намагався уникати діяльності, людей, чи місць, які нагадували тобі про подію (напр., не хотів гратись на дворі чи йти до школи)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди

	0 	1 	2 	3 
8. Чи є таке, що ти не в змозі пригадати важливої частини події?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
9. Чи було таке, що в тебе зменшився інтерес чи бажання робити ті речі, які ти зазвичай робиш?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
10. Чи ти не відчував себе близьким до людей навколо тебе?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
11. Чи був ти не в змозі відчувати сильні почуття (напр., почуватись дуже щасливим)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
12. Чи було в тебе таке відчуття, що твої майбутні плани і надії не збудуться (напр., ти не перейдеш в старшу школу, не знайдеш роботи, не одружишся, не будеш мати дітей)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
13. Чи були в тебе труднощі з засинанням чи з тим що часто прокидаєшся?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
14. Чи відчував ти роздратованість або нападати гніву?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
15. Чи були у тебе труднощі з концентрацією (напр., втрата частини сюжету по телебаченні, забування того про що читав, чи важкість у підтриманні уваги на уроці)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
16. Чи ти був надто обережним (напр., перевіряв хто і що є біля тебе)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди
17. Чи був ти знервований або швидко здригався (напр., коли хтось проходив повз тебе)?	Анітрохи	Інколи	Половину часу	Майже завжди

ТРАВМОФОКУСОВАНА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ: КІНЕМАТОГРАФІЧНІ ЗАСОБИ ВИВЧЕННЯ

I. Художні відеофільми про роботу травмотерапевта з коротким аналізом сюжету.

Інформація стосовно відеофільмів наведена у Таблиці Б.1.

Таблиця Б.1

Художні відеофільми про роботу травмотерапевта

Назва відеофільму	Головний герой (психотерапевт)	Сюжетна лінія	Питання для рефлексії
«А як же Боб» (1991)	Доктор Лео Марвін	Робота з залежністю та тривожністю клієнта.	- Чи дотримано професійні межі - Як терапевт реагує на стрес?
«Малюк» (2000)	(психолог-аналітик – епізодична роль)	Дитячі травми та самосприйняття героя.	- Як спогади дитинства можуть впливати на доросле життя? - Чи можлива внутрішня зміна?
«Ларс і справжня дівчина» (2007)	Психологиня Даг Дагмар	Психологиня підтримує чоловіка, який через травматизацію та соціальну ізоляцію створює стосунки з лялькою; це допомагає чоловіку поступово повернутися до реального емоційного контакту з людьми.	- Як сприймають психотравму чоловіка його близькі? Чому вирішили підіграти йому? - Чи є важливою у даній ситуації підтримка спільноти?
«Аналізуй це» (1999)	Доктор Бен Собел	Психотерапевт допомагає мафіозі подолати панічні атаки.	- Чи приховує агресія вразливість? - Як гумор змінює сприйняття травми?

II. Художні відеофільми про дитячу травму з коротким аналізом сюжету. Інформація стосовно відеофільмів наведена у Таблиці Б.2.

Таблиця Б.2

Художні відеофільми про дитячу психотравму

Назва відеофільму	Головний герой	Сюжетна лінія	Питання для рефлексії
«Іграшка» (1976)	Хлопчик Ерік Ромбал Коше	Емоційна занедбаність дитини через новий шлюб батька-мільонера та нестачу уваги від нього.	- Чи була любов батька до хлопчика умовною? - Який вид психотравми спостерігається у дитини?
«Втікачі» (1986)	Маленька мовчазна дівчинка	Травма емоційної прив'язаності у дівчинки через біль втрати матері.	- Чому дівчинка була мовчазна, хоча добре вміла говорити? - Як формується емоційна депривація?
«Зірочки на Землі» (2007)	Восьмирічний хлопчик Ішан	Хлопчик з дислексією страждає від непорозуміння з іншими. Ішан не може правильно читати і діти сміються над ним на заняттях у школі.	- Що руйнує дитячу ідентичність? - Що допомагає Ішану впоратися з негативними переживаннями?
«Кімната» (2017)	Хлопчик Джек	Дитина виростає у повній ізоляції з матір'ю. Після втечі вони намагаються адаптуватися до життя.	- Що формує реальність дитини? - Як виглядає світ без свободи?

Перегляд відеофільмів та рефлексивні вправи можуть надати можливість більш чітко усвідомити сутність понять «дитяча психотравма», «дитячий комплекс неповноцінності», «емоційна занедбаність у дитинстві».

**ВІДОМІ НАУКОВЦІ
У ГАЛУЗІ ТРАВМОФОКУСОВАНОЇ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**

БРІЄР (BRIERE) ДЖОН



Сучасний американський професор психіатрії та поведінкових наук Школи медицини імені Кека, Університету Південної Каліфорнії; директор Тренінгового центру для підлітків, які зазнали травми; директор Національної мережі дитячого травматичного стресу.

Основний внесок

Колишній президент Міжнародної спільноти вивчення травматичного стресу. Був удостоєний нагороди Лауфера за наукові досягнення, за видатний внесок у вивчення психології травми від Американської психологічної Асоціації.

Автор низки книжок, статей та психологічних методик у сфері травми, медитації та майндфулнес.

Основні наукові праці

John N. Briere, Catherine Scott. Principles of Trauma Therapy. Los Angeles, London, 2014. 440 p.

Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.

Lanktree C. B. & Briere J. Treating complex trauma in children and their families: An integrative approach. Thousand Oaks, CA: Sage, 2016.

Briere J. Treating Risky and Compulsive Behavior in Trauma Survivors. NY: Guilford Press, 2019.

КОЕН (СОНЕН) ДЖУДИТ



Докторка медичних наук, сертифікований дитячий і підлітковий психіатр, директорка Центру травматичного стресу у дітей і підлітків у Піттсбурзі (штат Пенсільванія); професорка психіатрії в Медичному коледжі університету Дрекселя.

Основний внесок

Дослідження з оцінки та лікування травмованих дітей Джудіт Коен проводить з 1983 року. Разом з Ентоні П. Маннаріно та Естер Деблінгер вчена розробила та випробувала TF-CBT для дітей та їхніх батьків.

Є співавторкою рекомендацій щодо лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), опублікованих ISTSS.

Учена є творцем когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму. Традиційна когнітивно-поведінкова терапія зосереджується на допомозі пацієнтам щодо заміни негативних моделей мислення. Коен з'ясувала, що традиційна КПТ не повністю лікує травми, особливо у дітей, і вчена розробила TF-КПТ з метою усунення недоліків КПТ у лікуванні травм.

Основні наукові праці

Cohen Judith A., Mannarino Anthony P., Esther Deblinger. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, 2017. 356 p.

Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents Treatment Applications // Edited by Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger. New York, 2016. 308 p.

РОМАНЧУК ОЛЕГ



Сучасний український психолог, лікар-психотерапевт, КПТ-терапевт, директор Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, засновник центру «Коло сім'ї».

Основний внесок

Автор ряду документальних фільмів, фахових і популярних книг.

З 2011 року активно працює над розвитком освітніх програм, інноваційних соціальних проектів у сфері охорони психічного здоров'я (як директор Інституту психічного здоров'я УКУ та Українського інституту КПТ).

Розробник онлайн-програми «Основи психотравматології та травмофокусованої КПТ» від Українського Інституту когнітивно-поведінкової терапії.

У 2012 році з командою колег-однодумців заснував центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї».

У період 2015-2019 років був президентом Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії.

Основні наукові праці

Романчук О. Сім'я, що зцілює. Основи терапевтичного батьківства дітей, які зазнали скривдження та емоційного занедбання. Львів, 2016. 268 с.

Романчук О. Сім'я, що зцілює. Виклики та перспективи розвитку психотерапії в Україні. *НЕЙРОNEWS*. 2017. С. 2-6.

СКОТТ (SCOTT) КЕТРІН



Сучасна американська клінічна професорка психіатрії та поведінкових наук Школи медицини імені Кека, Університету Південної Каліфорнії.

Основний внесок

Була медичною директоркою Програми психологічної травми та медичною директоркою невідкладної психіатричної допомоги у Медичному центрі Університету Південної Каліфорнії.

Активна учасниця письменницьких та науково-дослідних проектів.

Авторка багатьох публікацій з проблематики психологічної травми.

Співавторка відомого посібника з лікування травми «Принципи терапії травм» («Principles of Trauma Therapy»).

Основні наукові праці

John N. Briere, Catherine Scott. Principles of Trauma Therapy. Los Angeles, London, 2014. 440 p.

Брієр Д. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.

ФОА (FOA) ЕДНА



Ізраїльсько-американська клінічна психологиня, яка у 1980-х роках розробила терапію тривалої експозиції – структурований протокол когнітивно-поведінкової терапії, що зазвичай включає 8-15 сесій тривалістю 60-90 хвилин. Ключовим елементом терапії є уявна експозиція, під час якої пацієнт детально відтворює травматичну подію в теперішньому часі, а також поступово стикається з ситуаціями, які викликають тривогу, у реальному житті. Основна мета експозиції – знизити рівень тривоги та сформувати у пацієнта адаптивні реакції.

Основний внесок

Окрім розробки терапії тривалої експозиції, суттєвим внеском Едни Фоа є формування теоретичної моделі емоційної обробки страху, яка пояснює механізми виникнення і підтримання посттравматичних симптомів. Ця модель стала науковою основою для сучасних експозиційних методів у КПТ.

Ще один важливий напрям роботи – стандартизація та емпірична перевірка психотерапевтичних втручань (впровадження протоколів терапії та докази їх ефективності у контрольованих дослідженнях). Завдяки цьому терапія тривалої експозиції увійшла до міжнародних клінічних рекомендацій як один із «золотих стандартів» лікування посттравматичного стресового розладу.

Основні наукові праці

Foa E. B., Chrestman K. R., Gilboa-Schechtman E. Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD: Emotional processing of traumatic experiences (therapist guide). New York: Oxford University Press, 2009. 206 p.

Chrestman K. R., Gilboa-Schechtman E., Foa E. B. Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD (teen workbook). New York: Oxford University Press, 2009. 107 p.

Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хронічне порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичної події. Близько 8% чоловіків та 20% жінок, що пережили травматичні події, мають ПТСР. Якщо нічого не робити, це може закінчитися руйнацією стосунків, роботи, здоров'я чи навіть життя. ПТСР можна подолати чи навчитися ним керувати.

Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість – це ключові фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми стресовими чинниками уже існуючої схильності до травматизації.

Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40% зумовлена спадковістю. До розвитку ПТСР та запивання його алкоголем найбільш схильні люди з особливостями в утворенні та сприйнятті нейромедіаторів та деяких гормонів.

Саме тому казати, що “раніше воювали, верталися і заводили родину та працювали, а зараз не хочуть жити” не можна і жорстоко. Так само не можна відвертатися від людини із ПТСРом, чи порівнювати себе, скажімо, із побратимами, які відносно легко повернулися до цивільного життя. У кожного своя чутливість до стресових чинників.

Не всі люди, що потрапили в згадані ситуації, розвивають ПТСР. Для діагностики замало знати, що ця людина воювала.

Як проявляється ПТСР

Постійні думки про травматичну подію. Вони виникають мимоволі, сняться, або вертаються як флешбеки (старий спогад, який знову яскраво повернувся), коли якийсь тригер нагадує про травму.

Життя в повній бойовій готовності. Така людина миттю займається, дратується, тривожиться і переймається думками про власну безпеку. Тривожність може проявлятися в порушення сну, уважності чи мати фізичне відображення: закрепи, нетравлення, гіпертонус м'язів чи тахікардія. Детальніше про тривожність тут:

Уникнення згадок про травму – небажання говорити про подію чи бути поруч із людьми, що про неї нагадують. Емоційна порожнеча, відсторонення від близьких та втрата інтересу до колись улюблених речей. Останнє дуже нагадує ознаки депресивного розладу. Про нього більше тут:

Панічні атаки: відчуття сильного страху, поверхнєве дихання, запаморочення, нудота, прискорене серцебиття і біль за грудиною. Про них більше тут:

Хронічний біль, головні болі, діарея, відчуття стиснення і печії за грудиною, судом, біль в попереку.

Недовіра: втрата довіри до людей і переконання, що світ небезпечний.

Негаразди в буденному житті: проблеми із роботою чи її пошуком, у школі чи стосунках.

Зловживання алкоголем, сигаретами та наркотиками.

Проблеми в стосунках, віддалення від партнера/партнерки.

Суїцидальні думки. Якщо такі думки виникають, скажіть близьким та зверніться за психологічною підтримкою. Контакти гарячих ліній психологічної допомоги:

Як лікується ПТСР

Є декілька протоколів, і жоден із них не є вичерпним і універсальним. Це означає, що для кожної людини слід добирати підхід і ліки індивідуально, але, все ж, з огляду на протокол та обставини життя.

Людину, у якої діагностували ПТСР, слід запевнити, що вона не божевільна, і що це мине. Фахівець – психотерапевт, психіатр, соціальний працівник, кваліфікований працювати з травмованими людьми, – має надати інформацію про ПТСР та його подолання, краще в письмовій формі.

Слід знайти групу підтримки, яку веде фахівець. Нерідко ПТСР з часом минає без застосування медикаментів, але просто так чекати, що мине, не можна. ПТСР слід “обачно спостерігати” і бути насторожі, щоб не стало гірше.

Створити безпечне середовище. Слід позбутися тригерів травматичних спогадів. Саме тому не можна запускати феєрверки в країні, де триває війна. Серед нас дорослі і діти, які надто добре пригадують гранатомети і “Тополя”.

Провести роботу з близькими. Вони мають зрозуміти, що відбувається, в чому причина і як запобігти панічними атакам та флешбекам, чи що робити, коли вони стаються.

Працювати з пацієнтами та проводити кампанію в суспільстві щодо належного використання мови. Не можна допускати стигматизації, мови ненависті, виключення людей із суспільства.

Психотерапія ПТСР.

Психотерапія потрібна для подолання самої причини, архівування та знешкодження травматичних спогадів.

Ці ж заходи використовують і для запобігання розвитку ПТСР в людей, яким він загрожує. Є й інші підходи, але вони не є обов'язковими.

Зазвичай потрібно 8-10 сесій для подолання ПТСР. Терапія має відбуватися за протоколом, із фахівцем, який вміє працювати з травмованими клієнтами. При цьому треба бути певними, що в клієнта немає дисоціативних розладів, психозу, і він/вона не становлять загрози для інших.

Джерело:

Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ВИДАННЯ

Дерев'янка Світлана Петрівна

**ОСНОВИ ТРАВМОФОКУСОВАНОЇ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**

Навчально-методичні рекомендації
до спецкурсу
«Основи травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії»
для студентів закладів вищої освіти
спеціальності «Психологія»

Технічний редактор

О. Клімова

Комп'ютерна верстка
та макетування

О. Клімова

*Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 23743-13583 ПР від 06.02.2019 р.*

Підписано до друку 17.09.2025 р. Формат 60x84/16.
Обл. друк. арк. 2,61. Ум. друк. арк. 2,75. Зам. № 038.
Редакційно-видавничий відділ НУЧК імені Т.Г. Шевченка.
14013, м. Чернігів, вул. Гетьмана Полуботка, 53, оф. 208.
nuchk.tipograf@gmail.com