

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ НА ФОРМУВАННЯ ПТСР У КЛІЄНТА: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНІКИ

Магдисюк Людмила Іванівна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри практичної психології та психодіагностики
Волинського національного університету імені Лесі Українки
<http://orcid.org/0000-0002-5304-933X>
<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57204591564>
<https://www.researchgate.net/profile/Liudmyla-Mahdysiuk>

Гальчинський Олександр Сергійович,

здобувач третього рівня вищої освіти факультету психології,
асистент кафедри практичної психології та психодіагностики
Волинського національного університету імені Лесі Українки
<https://orcid.org/0009-0001-1995-8644>

У статті описано особливості впливу травматичної події на формування ПТСР у людини, викладено рекомендації щодо психологічного супроводу та практичного застосування психотерапевтичних технік. Виклики війни або інші катаклізми можуть спричиняти спектр емоційних, когнітивних і фізіологічних порушень, інтенсивність яких можуть формувати низку психологічних та ментальних симптомів. Кожна людина реагує на стресогенні подразники в індивідуальний спосіб. Здебільшого людина здатна адаптуватись до впливу подразників на життєдіяльність. Водночас певний відсоток людей зазнає руйнівного впливу події, що може призвести до потенційної патологізації. Ефективна діагностика допоможе чітко визначити ступінь та інтенсивність порушень, а подальша побудова клінічного формулювання буде ефективною в застосуванні клінічних протоколів втручання.

З огляду на професійні джерела, відомо, що значну ефективність у роботі з наслідками травматичних подій демонструють травма-орієнтовані підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія другої та третьої хвилі, травмофокусована терапія та EMDR. Їхня ефективність є доведеною, а дані підходи вважаються науково доказовими. Водночас тривалість психотерапії в більшості з цих методів є перешкодою, адже не завжди клієнт із порушеною повсякденною діяльністю спроможний очікувати на покращення протягом тривалого часу.

Сучасний психолог має володіти низкою технік, які забезпечать пацієнту значне покращення в найкоротший час, а самі інтервенції повинні бути простими у застосуванні для клініциста і легко сприйматися клієнтом. Для фахівців навчальний процес опанування цих технік повинен бути інтенсивним і відносно короткотривалим. Більшість адаптованих методик повинна базуватись на доказовості травмоорієнтованих підходів.

Ключові слова: травматичний досвід, психологічна інтервенція, нейрофізіологія стресу, клінічна діагностика, травмоорієнтовані підходи, психологічна адаптація.

Mahdysyuk Ludmila, Halchynskiy Oleksandr. Features of the impact of a traumatic event on the development of PTSD in the client: psychological support and psychotherapeutic techniques

The article describes the specifics of the impact of a traumatic event on the formation of PTSD in a person, recommendations for psychological support and the practical application of psychotherapeutic techniques. The challenges of war and other cataclysms can cause a range of emotional, cognitive, and physiological disturbances, the intensity of which may generate various psychological and mental symptoms. Each individual responds to stressors in their own unique

way. In most cases, a person is capable of adapting to the impact of these stressors on daily functioning. However, a certain percentage of individuals experience a destructive impact from such events, which may lead to potential pathologization. Effective diagnostics help clearly determine the degree and intensity of disturbances, and subsequent clinical formulation supports the effective application of clinical intervention protocols.

According to professional sources, trauma-oriented approaches – such as second- and third-wave cognitive-behavioral therapy, trauma-focused therapy, and EMDR – demonstrate significant effectiveness in working with the consequences of traumatic events. Their effectiveness is well-established, and these approaches are considered evidence-based. At the same time, the duration of psychotherapy within most of these methods may pose an obstacle, as clients with impaired daily functioning are not always able to wait for improvement over a long period.

A modern psychologist must possess a range of techniques that can provide significant improvement for the patient in the shortest possible time, while the interventions themselves should be easy for the clinician to apply and easily perceived by the client. For professionals, the training process for mastering these techniques should be intensive and relatively short. The vast majority of adapted techniques should be based on evidence-based trauma-oriented approaches.

Key words: traumatic experience, psychological intervention, neurophysiology of stress, clinical diagnosis, trauma-oriented approaches, psychological adaptation.

Постановка проблеми. Одним з основних викликів психологічного супроводу клієнта, який зазнав впливу стресової або травматичної події, є клінічна діагностика. Саме вона закладає основу формулювання клінічного запиту та практичного супроводу.

Кінцевою метою клінічної діагностики і вимірювання рівня стресу та розладів загальної адаптації є підбір необхідних технік та протоколів для зменшення як самого стресу, так і його наслідків у майбутньому. Перед сучасним травмоорієнтованим клініцистом стоїть складне завдання: клінічно правильно визначити природу розладу, встановити його назву згідно з діагностичними критеріями та підібрати алгоритми втручання, базуючись на власній професійній компетенції. Важливо зазначити, що сила та глибина впливу травматичної події на людину залежить не тільки від характеру травми, а й від додаткових факторів, таких як індивідуальні особливості людини, наявність травматичного досвіду в минулому, соціальна підтримка тощо [1].

Метою дослідження є визначення рівня ефективності застосування психологічних травмоорієнтованих технік та підходів у супроводі клієнта з травматичним досвідом або реакцією на стресогенний чинник.

Результати дослідження. Для більш структурованого розуміння природи впливу травматичної події на фор-

мування посттравматичного стресового розладу варто звернутися до наукових джерел та переглянути результати досліджень. М. Шерінга разом із колегами дійшли висновку, що серед 62 дітей віком 0–17 років, госпіталізованих після фізичних ушкоджень, лише 2% дітей віком до 7 років демонстрували клінічні ознаки ПТСР. Дослідження К. Мерікангес вказує, що з вибірки 10 123 підлітків віком 13–18 років ризик постраждати від ПТСР протягом життя був на рівні 5%. За відсутності лікування у дітей та підлітків симптоми ПТСР стають хронічними [2].

Згідно з дослідженням Д. Кліпарка, реакція на травму серед молоді не обмежується симптомами ПТСР. Серед 4023 підлітків віком 12–17 років спостерігалися ознаки коморбідності. У 2,5% хлопців та 4,7% дівчат спостерігалися ознаки депресії, а в деяких випадках і зловживання психоактивними речовинами. Відповідно до моделі адаптивної переробки інформації та дослідження В. Фелітті (1998), було підтверджено вплив несприятливих подій дитинства на формування широкого кола розладів ментального здоров'я у дорослому віці [3].

Аналіз результатів дослідження. Дослідники виділили 4 категорії несприятливого дитячого досвіду [4]:

1. Суворі фізичні покарання.
2. Словесні образи з боку однолітків.
3. Несприятливий життєвий досвід.
4. Наявність психотичних станів.

Усі вказані категорії корелювали з високими показниками депресивних розладів та узалежненням від психоактивних речовин у майбутньому. Причиною таких наслідків є неопрацьовані спогади про ці події, які фізіологічно зберігаються разом із когнітивними, емоційними та соматичними елементами, які людина відчувала в травматичній події. Окремі симптоми, такі як занепокоєння, тривога або інші сильні відчуття, виникають через неправильне зберігання спогадів у короткочасній, а не довготривалій пам'яті, або в епізодичній, а не в семантичній [5].

Важливо також враховувати нейробіологічні аспекти стресової реакції. Існує чимало досліджень на тему впливу стресогенного фактора на нейробіологію мозку підлітків. Спільним висновком більшості з них є те, що рівень кортизолу у молоді, котра зазнала впливу травматичної події, значно вищий порівняно з молоддю без травматичного досвіду. Це дає підстави припускати, що у майбутньому людина може зазнати додаткових ментальних порушень внаслідок довготривалого впливу кортизолу на мозок. Відомо, що стрес здатний модифікувати активність нейромедіаторів і гормонів у мозку та наднирниках, що, своєю чергою, впливає на зміну серцевого ритму, дихання, тиску і спричиняє відчуття тривоги. З часом ці показники стають більш відчутними і можуть впливати на зміну структури головного мозку або окремих його ділянок. Отже, можна стверджувати, що експозиція до травматичного досвіду підлітків не тільки призводить до психологічних та ментальних порушень, а й спричиняє руйнівний вплив на фізіологію [6].

Сучасна психологія спирається на практичні моделі, які дають клініцисту як теоретичне підґрунтя, так і практичний алгоритм психологічного втручання. Однією з найпоширеніших моделей розуміння ПТСР є біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля (1977). Відповідно до цієї моделі основою психічного здоров'я є вплив трьох взаємопов'язаних систем: біологічних характеристик людини, психологічних факторів та реакції оточення [5; 7].

У цьому підході формування та хронізація симптомів ПТСР розглядається як комплексний вплив порушень діяльності

ЦНС на фізіологічні функції людини, попереднього життєвого досвіду та наявності попереднього травматичного досвіду й опірності до стресогенних факторів у поєднанні з реакцією на суспільство. Наприклад, підліток, який зазнав руйнівного впливу травматичної події, фізіологічно відреагує кортизоловою активністю, що тимчасово погіршить здатність до критичного мислення. Якщо при цьому він має схожий попередній досвід, під час якого набув адаптивних стратегій подолання кризи, в тому числі завдяки підтримці соціуму (рідних, психотерапевта тощо), то його адаптація до події та реакції на неї будуть більш продуктивними, ніж у підлітка з низьким рівнем резистентності та з відсутньою підтримкою оточення. Спираючись на цю модель, психолог може не лише ефективно оцінювати вплив факторів на формування психопатології, а ще й аналізувати динаміку впливу психотерапії на рівень адаптації клієнта до наслідків травмувальної події [8].

Додатковою сучасною моделлю роботи з ПТСР є когнітивна модель А. Елірса та Д. Кларка (2000). Згідно з цією моделлю, людина, яка постраждала від наслідків травматичної події, сприймає її як триваючу загрозу, навіть якщо небезпека вже минула. Відчуття загрози підтримується порушенням процесів зберігання фрагментів події в пам'яті. Спогади про травму є фрагментарними, а не цілісними та послідовними. Їх активація відбувається легко, провокується зовнішніми та внутрішніми подразниками і проявляється у вигляді інтрузій та флешбеків, тим самим даючи хибне сприйняття цих симптомів як реакцію на актуальність загрози «тут і тепер» [5].

Своєю чергою такі реакції формують хибне сприйняття та переконання щодо неправильності світу та схеми власної дефективності з подальшою поведінковою реакцією, яка спрямована на уникнення потенційних подразників та думок, пов'язаних із травматичними спогадами. Комплекс реакцій психіки з унікаючим складником веде до формування неефективних копінг-стратегій, які потенційно можуть мати інвалідизуючий ефект, що потребуватиме комплексного та тривалого психологічного супроводу [9].

Спираючись на представленні дані, можна виділити такі ключові моменти [1; 10]:

1. Результатом клінічної діагностики є об'єктивний діагноз, який відповідає стандартам Американської психіатричної асоціації (APA).

2. Стресові стани можуть мати в собі руйнівний потенціал, що не тільки впливає на фізіологію людини, а й генерує низку когнітивних та емоційних порушень, які з часом можуть набути хронізації з подальшою інвалідизацією.

3. Клінічні моделі сприяють кращому розумінню проблеми та можуть вважатися клінічною «підказкою» для застосування психотерапевтичних підходів.

Не менш важливими є самі клінічні підходи, практики та алгоритми втручання. Без сумніву, психотерапія повинна бути доказовою та базуватися на теоретичних знаннях, підтверджених емпіричними дослідженнями. Найбільш емпірично підтвердженою вважається травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) другої та третьої хвилі, зокрема травмофокусована терапія прийняття та відповідальності (ТФ-АСТ). Метою ТФ-КПТ є зменшення симптомів травматичного стресу та повернення людини до нормального функціонування шляхом переосмислення травматичної події та її наслідків [10].

Шлях до змін лежить через зміну переконань щодо ставлення до події, опрацювання емоційного складника та повернення до ефективної щоденної діяльності. Низка досліджень ефективності ТФ-КПТ підтверджує вплив психотерапії на симптоми ПТСР та зменшення гостроти коморбідних станів депресії та тривоги у пацієнтів. Дослідження М. Лі (2024) демонструє ефективність групової психотерапії у зниженні проявів депресії та тривожних станів. Крім того, результати свідчать, що групова ТФ-КПТ ефективна як серед підлітків, так і серед дорослих з ознаками комплексного ПТСР [7].

З розвитком психології як науки у 1990-х роках була заснована концептуальна модель терапії прийняття та відповідальності. Вона вважається представником третьої хвилі КПТ і ставить за мету розвиток психологічної гнучкості. Терапія

прийняття та відповідальності надзвичайно ефективно застосовується в клінічному супроводі людей із травматичним досвідом. Основна мета ТФ-АСТ полягає у підвищенні психологічної гнучкості, відкритому сприйнятті власного досвіду в моменті «тут і тепер» без осуду, а також у здійсненні діяльності відповідно до власних цінностей.

Ефективність цього підходу є беззаперечною. Багато терапевтичних технік і метафор є доволі простими для застосування психологом і легкими для сприйняття пацієнтом. Важливим складником підходу є відсутність потреби «долати» симптом. Актуальність технік дозволяє пацієнту приймати симптом таким, який він є, без потреби уникати його. Прийняття симптому допомагає клієнту навчитися жити з ним та діяти відповідно до власних цінностей.

До травмоорієнтованих підходів також належить метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), який Ф. Шапіро розробила у 1987 році. Відповідно до цього підходу, пережиті травматичні події формують у мережах нашої пам'яті систему різних каналів, що процесуально не обробляються. Необроблена інформація стає фрагментарною і спричиняє низку психофізіологічних реакцій, які перешкоджають нормальному функціонуванню людини [10].

Сам терапевтичний ефект досягається шляхом білатеральної стимуляції (БЛС). Під впливом стимуляції обох сторін тіла пробуджуються обидві частини нервової системи, мозок починає активувати нейрони в обох півкулях, що сприяє покращенню концентрації, розв'язанню проблем та емоційній регуляції. До методів БЛС належать рухи очима, послідовне доторкання до передпліччя або до колін, а також слухова стимуляція через чергування сприйняття звуків правим та лівим вухом [9].

Перелік травмоорієнтованих підходів та практик дозволяє зробити висновок, що всі техніки потребують від клініциста не лише уміння їх застосовувати, а й чіткого клінічного розуміння доцільності використання кожного методу. Крім того, важливим фактором, що впливає на процес застосування окремих технік, є чітке розу-

міння принципів діяльності ЦНС та нейрофізіології людини [2].

Складність цих процесів зобов'язує фахівця ментального здоров'я проходити тривалі навчальні програми, метою яких є підготовка психолога до теоретичного та практичного володіння відповідними методиками. Завершальною фазою такого навчання є складання акредитаційного іспиту з подальшим вступом до відповідної професійної асоціації [8].

Разом з тим існує чітке розуміння, що в умовах війни та постійної кризи психолог не завжди має можливість проходити тривале та дороге навчання. Сучасні обставини вимагають від фахівця швидкого опанування травмоорієнтованих технік. Такі техніки повинні базуватись на чіткому розумінні функціонування організму в умовах тривалого стресу, бути простими для розуміння та застосування, а також

«дружніми» для сприйняття клієнтом. Навчальний процес опанування цих технік повинен бути інтенсивним і відносно короткотривалим. Більшість адаптованих методик повинна базуватись на доказовості травмоорієнтованих підходів.

Висновки. Виклики війни вимагають від сучасного психолога перебувати в постійному пошуку нових та дієвих підходів до психологічного супроводу клієнта. Фактор часу та актуальності запиту клієнта не завжди дозволяє повною мірою застосовувати класичні психотерапевтичні практики, а вимагає від клініциста використання спрощених версій технік, спрямованих на повернення до щоденної діяльності шляхом активації критичного мислення. Навчання опанування таких технік дозволяє клініцисту застосовувати їх під час навчального процесу, тим самим формуючи професійну впевненість та креативність.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Клінічний посібник із психічних розладів у дітей та підлітків. Покрокове керівництво із лікування / за ред. Крістофера А. Флесснера, Джона С. П'ячентіні. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2021. 750 с.
2. Коен Дж., Маннаріно Е., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів : «Свічадо», 2016. 264 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
4. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977. Vol. 196, Number 4286. P. 129–136.
5. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38. Issue 4. P. 319–345.
6. Thielemann J. F. B., Kasparik B., König J., Unterhitzenberger J., Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2022. Vol. 134.
7. Xie S., Cheng Q., Tan S., Li H., Huang T., Xiang Y., Zhou X. The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2024. Vol. 86. P. 127–134.
8. Гарріс Р. Терапія прийняття та відповідальності, яка сфокусована на травмі. Практичний посібник для роботи з розумом, емоціями та тілом. Київ : «Науковий світ», 2024. 448 с.
9. Бордман М. Подолання травм і ПТСР за допомогою EMDR: як керувати тригерами, пережити травматичні спогади та повернутися до нормального життя. Робочий зошит. Київ : «Науковий світ», 2025. 206 с.
10. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Том 1. Основні принципи. Київ : «Науковий світ», 2023. 336 с.

REFERENCES:

1. Klinichniy posibnyk iz psykhiichnykh rozladiv u ditei ta pidlitkiv (2021). Pokrokovе kerivnytstvo iz likuvannia [Clinical Guide to Mental Disorders in Children and Adolescents. A Step-by-Step Guide to Treatment] / za red. Kristofera A. Flessnera, Dzhona S. Piachentini. Lviv : Halytska Vydavnycha Spilka, 750 p. [in Ukrainian].
2. Koen, Dzh., Mannarino, E., Deblindzher, E. (2016). Psykhoterapiia z ditmy ta pidlitkamy, yaki perezhyly travmu ta vtratu [Psychotherapy with children and adolescents who have experienced trauma and loss]. Lviv : «Svichado», 264 p. [in Ukrainian].
3. Herman, Dzh. (2021). Psykholohichna travma ta shliakh do vyduzhannia [Psychological trauma and the path to recovery]. Lviv : Vydavnytstvo Staroho Leva, 424 p. [in Ukrainian].
4. Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136 [in English].
5. Ehlers, A., Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345 [in English].
6. Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J., Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134. [in English].
7. Xie, S., Cheng, Q., Tan, S., Li, H., Huang, T., Xiang, Y., Zhou, X. (2024). The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 86, 127–134 [in English].
8. Harris, R. (2024). Terapiia pryiniattia ta vidpovidalnosti, yaka sfokusovana na travmi [Acceptance and Responsibility Therapy, which focuses on trauma]. Praktychnyi posibnyk dlia roboty z rozumom, emotsiiamy ta tilom. Kyiv : «Naukovyi svit», 448 p. [in Ukrainian].
9. Bordman, M. (2025). Podolannia travm i PTSR za dopomohoiu EMDR: yak keruvaty tryheramy, perezhyty travmatychni spohady ta povernutysia do normalnoho zhyttia [Overcoming Trauma and PTSD with EMDR: How to Manage Triggers, Relive Traumatic Memories, and Return to Normal Life]. Robochyi zoshyt. Kyiv : «Naukovyi svit», 206 p. [in Ukrainian].
10. Shapiro, F. (2023). Psykhoterapiia emotsiinykh travm za dopomohoiu rukhiv ochei (EMDR) [Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Psychotherapy for Emotional Trauma], Tom 1. Osnovni pryntsyipy. Kyiv : «Naukovyi svit», 336 p. [in Ukrainian].

Дата надходження статті: 28.11.2025

Дата прийняття статті: 16.12.2025

Опубліковано: 30.12.2025