

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК
ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА
ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ У РОБОТІ
З ТРАВМОЮ ВІЙНИ**

Київ
2025

ПЕРЕДМОВА ДО ВИДАННЯ

Цей посібник створений як відповідь на реальність, у якій психологічна допомога має бути не лише фаховою, а й мобільною, гнучкою, людяною — там, де немає кабінетів, але є біль.

Під час повномасштабної війни в Україні фахівці психічного здоров'я опинилися у безпрецедентних умовах: шелтери, укриття, евакуаційні пункти, діти без батьків, дорослі без опори, фахівці без ресурсу. У цих умовах народжуються нові підходи — не як альтернатива науці, а як її адаптація до реальності.

Посібник пропонує структуру нейропсихологічної десенсибілізації як поєднання науково визнаних методів (EMDR, когнітивно-поведінкова терапія, тілесна терапія, полівагальна теорія) з практичними адаптаціями, які довели ефективність у польовій роботі. Водночас авторський підхід чітко розмежовує:

- **доказову базу** — що спирається на дослідження, клінічні гайдлайни та міжнародну практику;
- **метафоричні моделі** — гомеопатія, просторові ритуали, символічні дії, які розглядаються як додаткові інструменти створення досвіду безпеки там, де відсутня стабільність.

Цей ресурс — не інструкція з лікування. Це професійний навігатор для тих, хто працює в умовах обмеженого часу, простору, енергії — але з глибокою повагою до клієнта, до тіла, до меж і до етики.

Посібник також містить рефлексивні інструменти — щоденник фахівця, форми зворотного зв'язку, супервізійні кейси — щоб зберегти не лише клієнтів, а й самих фахівців.

Візуальний супровід до цього посібника — не просто декоративний. Ілюстрації, що супроводжують текст, виконані у чорно-білій стилістиці, яка передає стриману, але глибоку атмосферу. Вони зображають моменти присутності, підтримки, турботи, дотику — навіть у підвалах, шелтерах, евакуаційних поїздах. Кожне зображення покликане нагадати: надія існує не всупереч реальності, а всередині неї. Людська опора, зв'язок і навіть тиша — можуть бути джерелом стійкості.

Ми сподіваємося, що цей текст стане підтримкою для вас — не як остаточна відповідь, а як спільне поле пошуку, поміркованості й дії.

«Немає нічого слабкого в тому, щоб бути людяним. Є слабкість — не дозволити собі бути живим.»

Посібник отримав підтримку у вигляді рецензій від українських та міжнародних закладів та експертів, зокрема:

- MSc in Education, University of Oxford
- Національна академія медичних наук
- BA in History та MBA in Finance, Harvard University
- Київський медичний університет
- Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Тараса Шевченка

Авторки:

- *Марія Петрова* — Голова Національної ради психологів України, клінічний психолог, спеціалістка з кризової психології та підтримки ветеранів
- *Ewa Dzieduszycka* — психотравматолог, гіпнотерапевт, членкиня National Guild of Hypnotists (NGH, Польща)

ЗМІСТ

1. Вступ	7
◦ Український досвід – приклад для світу	
◦ Цілі та контекст створення посібника	
◦ Цільова аудиторія	
◦ Травма як багатовимірне явище	
2. Міжнародний вимір у роботі з травмою	11
◦ Досвід Ізраїлю, Балкан, НАТО, WAPR	
◦ Рекомендації WHO, IASC, APA	
◦ Уроки психотерапії в умовах конфлікту	
3. Інновації української психотерапії під час війни	13
◦ Тілесні підходи в укриттях	
◦ Адаптація EMDR у фронтових умовах	
◦ Онлайн-групи саморегуляції	
◦ Практика психологів в евакуаційних точках, ТЦК, військових частинах	
4. Історія методики десенсибілізації	16
◦ Від післявоєнної Франції до сучасності	
◦ Систематична десенсибілізація Вольпе	
◦ EMDR та нейронаукова революція	
◦ Український досвід з 2014 року	
5. Нейропсихологічні основи травми	19
◦ Огляд моделей мозкової реакції на травму	
◦ Триєдиний мозок, амігдала, гіпокамп	
◦ Соматичні наслідки психотравми	
6. Методологічний огляд нейропсихологічної десенсибілізації ..	23
◦ Науково-доказовий блок	
◦ Основні техніки та інструменти	
7. Гіпноз у десенсибілізаційній терапії	35
◦ Цілі гіпнотичного підходу	
◦ Етапи гіпнотерапії	
◦ Клінічні кейси	
8. Техніка емоційної свободи (EFT)	38
◦ Принципи та поетапна модель	
◦ Застосування в умовах війни	
9. Застосування методики у різних напрямках	41
◦ Індивідуальна, групова, онлайн- і тілесна терапія	
◦ Підлітки у стані травми: ізоляція, протест і пошук себе	
◦ Робота з втратою близьких та досвідом втрати дому	

◦ Робота з біженцями та ВПО	
◦ Робота з родинami військових	
◦ Психологічна підтримка в умовах окупації та евакуації	
◦ Травма сексуального насильства під час війни	
10. Психотерапевт у зоні бойових дій	60
◦ Специфіка присутності, етика, саморегуляція	
11. Перша психологічна допомога (PFA)	63
◦ Польовий формат, швидке реагування	
12. Групова травма і колективна підтримка	65
◦ EMDR-IGTP-OTS-R: протокол для масових подій	
13. Робота з ветеранами: повернення, адаптація, посттравматичне зростання	67
◦ Адаптація, повернення, ПТСР та посттравматичне зростання	
14. Психологічна підтримка цивільного населення	69
◦ В умовах масових втрат, обстрілів, тривалого стресу	
15. Універсальний протокол десенсибілізації	74
◦ Покрокова інструкція	
16. Єдиний кризовий протокол психотерапевтичної підтримки	76
17. Робота з тілесним болем як наслідком психотравми	79
18. Робота з духовною травмою	82
◦ Відновлення сенсу, ресурси віри	
19. Гомеопатія	84
◦ Просторова чутливість, тілесна пам'ять і символічна трансформація	
20. Кейси та приклади з практики	87
21. Терапевт у роботі з травмою: межі, етика, ресурс	91
22. Самопідготовка та тренінгова готовність фахівців	96
23. Супервізійна культура та професійні виклики	99
24. Міждисциплінарна взаємодія як основа інтегративного підходу	102
25. Міждисциплінарна співпраця	106
◦ Психолог у кризовій команді	
◦ Співпраця з соціальними працівниками	
◦ Взаємодія психолога та волонтера	
◦ «Я не психолог, але я поруч» практичні протоколи для волонтерів, вчителів, родин	
26. Мультикультурна адаптація протоколів десенсибілізації	116
27. Віра як внутрішній ресурс	118

28. Психологічна підтримка в умовах інформаційної війни...	121
29. Картка-навігатор: дії при тривозі, обстрілі, евакуації.....	124
30. Висновки	126
◦ 10 принципів нейропсихологічної практики під час війни	
31. Додатки	129
◦ Протокол тілесно-орієнтованої десенсибілізації.....	129
◦ Протокол нейрофідбек-десенсибілізації.....	132
◦ Протокол когнітивної десенсибілізації (CBT + експозиція...)	134
◦ Протокол когнітивної десенсибілізації (CBT + експозиція) структура сесії.....	136
◦ Протокол онлайн-десенсибілізації (індивідуальна сесія).	139
◦ Протокол гіпнотичної десенсибілізації (індивідуальна сесія)	142
◦ Протокол застосування техніки EFT (Emotional Freedom Technique)	145
◦ Форми та таблиці	148
◦ Кишенькові протоколи (для польових умов)	149
◦ Методичний пакет: Психосоціальна підтримка підлітків у стані травми (Peer-to-Peer формати)	151
◦ Сторінка для батьків, вчителів і волонтерів. Як підтримати підлітка, який пережив травму.....	153
◦ Пам'ятка для дорослих у притулку. Як підтримати підлітка, який пережив травму війни	155
◦ Підтримка підлітка в притулку. Онлайн-пам'ятка для волонтера, дорослого, вчителя	157
◦ Карта технік самостабілізації	159
◦ Онлайн-інтервенції під обстрілами: психотерапія, коли зникає контроль	161
◦ Шпаргалка для тих хто поруч.....	163
◦ Таблиця ефективності та застосовності технік.....	164
◦ Карти інтервенцій за контекстами та цільовими групами	165
◦ Форма фідбеку після сесії.....	168
32. Наукові джерела та доказова база методів	170
33. Глосарій термінів	172

1. ВСТУП

УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД — ПРИКЛАД ДЛЯ СВІТУ

3 лютого 2022 року Україна опинилася в епіцентрі однієї з наймасштабніших гуманітарних і психологічних криз ХХІ століття. Мільйони людей стали жертвами бойових дій, втратили дім, рідних, стабільність. У цих умовах з'явилась потреба в нових, адаптивних, швидких і водночас глибоких формах психологічної допомоги.

Цей посібник не створювався в академічній аудиторії — він народжений в укриттях, евакуаційних потягах, польових шпиталях, шелтерах, школах і тренінгах для фахівців, які працюють в умовах безперервного стресу.

Нейропсихологічна десенсибілізація, описана в книзі, — це не просто метод, а модульний підхід, що інтегрує:

- тіло як точку входу до безпеки
- емоції як маркери травми
- когнітивні структури як ресурси переозначення;
- сенсорну інтеграцію та просторову стабілізацію (включаючи геомпатичний фактор);
- прості, але ефективні протоколи для складних обставин.

Цей підхід народився з практики — тисяч сесій у полі, сотень тренінгів для фахівців, щоденних спроб підтримати людину, яка вже не може «витримати». Він однаково ефективний як у терапевтичному кабінеті, так і в підвалі під час тривоги.

Психологічні наслідки війни в Україні (за даними 2024 року):

- 60% українців відчувають хронічну тривогу;
- 45% мають симптоми ПТСР;
- 1 млн+ осіб евакуйовано;

Найпоширеніші прояви: порушення сну, панічні атаки, емоційна відстороненість, тілесні симптоми без органічної причини.

Варто також враховувати: травма не зникає разом із припиненням бойових дій — вона трансформується, накопичується і передається. Вона впливає на суспільство поколіннями.

Передача травми відбувається не лише через розповіді про пережите, але ще більше — через несвідомі страхи, поведінкові шаблони,

замовчування й ненависть. Сучасні дослідження вказують на високу ймовірність епігенетичної передачі таких переживань.

Для кого створено цей посібник?

Цей посібник адресовано:

- практикуючим психологам і психотерапевтам,
- медикам, соціальним працівникам, волонтерам,
- педагогам, капеланам, поліцейським і працівникам ТРО,
- а також кожному, хто хоче допомогти собі чи іншому в умовах війни та кризи.

Окрема увага приділяється самопідготовці фахівця, тренінговій роботі в команді, супервізійній підтримці та етичним стандартам у надзвичайних умовах.

Що ви знайдете в цій книзі?

- Зрозумілі теоретичні основи: як працює мозок під час травми, що таке нейропластичність;
- Огляд ефективних інтервенцій: EMDR-подібні, тілесні, когнітивні, арт, онлайн;
- Новітні техніки: гіпноз, техніка емоційної свободи (EFT);
- Історичний огляд підходів: від післявоєнної Франції до сучасної України;
- Покрокові протоколи: робота з дітьми, дорослими, військовими, фахівцями;
- Карти інтервенцій: адаптація до контексту, віку, ресурсу, місця;
- Тренінговий блок: мікронавички, структура навчання, супервізія;
- Техніки самодопомоги та стабілізації в польових умовах;
- Реальні кейси з практики українських фахівців;
- Гомеопатія як новий фактор психологічної екології: як простір впливає на стан людини.

Чому це важливо — не лише для України

Досвід, описаний у цьому посібнику, може бути корисним для фахівців у всьому світі, які працюють із:

- жертвами війни (Сирія, Афганістан, Газа, Судан),

- постраждалими від стихійних лих,
- людьми, що пережили втрату дому, насильство, розрив спільноти,
- тими, хто живе в умовах постійного стресу, загрози, переселення.

Україна стала полігоном для розвитку унікального досвіду, який базується на швидкому реагуванні, доказовості, емпатії та фаховій гідності. І сьогодні цей досвід — важливий внесок у глобальну практику кризової психології.

Ця книга — це:

- не просто інструкція,
- не теорія в чистому вигляді,
- не універсальний протокол.

Це жива система підтримки, створена з повагою до людської витривалості, тілесної пам'яті, гідності й права на відновлення.

Це книга про те, як бути присутнім, коли світ валиться, і як — крок за кроком — повертати людині її внутрішній опір і суб'єктність.

Психотерапія — це не розкіш.

Це форма гуманності.

Це опора.

Це дія.

Це ми.

Як читати цей посібник, якщо ви не з України

Цей посібник створений у відповідь на реальні виклики повномасштабної війни в Україні. Він об'єднує досвід кризової психологічної допомоги, отриманий у шелтерах, при евакуаціях, у роботі з внутрішньо переміщеними особами, військовими, родинами з травматичними втратами.

Методи, описані тут, базуються на міжнародно визнаних підходах до травматерапії — таких як EMDR, тілесно-орієнтована терапія, полівагальна теорія, когнітивно-поведінкова терапія, а також сучасні методи гіпнотерапії та EFT. Водночас, ці підходи пристосовані до надзвичайних умов, де часто відсутній доступ до стабільного простору, безперервної терапії чи клінічного середовища.

Цей посібник буде корисним для іноземних фахівців, дослідників і гуманітарних працівників, які:

- працюють у зонах конфліктів, біженства, екологічних катастроф або масового переселення;
- шукають інноваційні, але етично обґрунтовані способи стабілізації та десенсибілізації;
- цікавляться локальними моделями інтеграції простору, тіла й пам'яті в роботі з травмою.

Деякі концепти (наприклад, «гомеопатія» або «капсула безпеки») є культурно зумовленими і виникли як практичні відповіді на умови війни. Вони чітко марковані як метафоричні або експериментальні, а не як клінічні протоколи.

Ми віримо, що український досвід має глобальне значення — не тому, що пропонує універсальне рішення, а тому, що нагадує: у найскладніших умовах можна діяти з повагою до людини, її тіла, її меж і пам'яті.

Якщо ви читаєте цей посібник за межами України — це запрошення до діалогу, співпраці та спільного пошуку відповідей.

2. МІЖНАРОДНИЙ ВИМІР У РОБОТІ З ТРАВМОЮ

Психотерапевтична допомога в умовах збройного конфлікту — це не лише національна потреба, а й глобальний виклик. Досвід інших країн, які пережили масову травматизацію, може бути джерелом нахнення, інструментів і застережень. Цей розділ присвячено аналізу найефективніших підходів у країнах із тривалим досвідом ведення бойових дій або гуманітарних катастроф.

Ізраїль: Психотерапія в умовах постійної загрози

- **Організаційна мережа:** В Ізраїлі діють десятки центрів психосоціальної підтримки: NATAL, Metiv, Emunah. Вони надають допомогу жертвам терактів, ветеранам, біженцям та цивільним.
- **Підхід:** Системна підтримка через гарячу лінію, мобільні групи, навчання родичів, групову роботу з дітьми. Впроваджено методи EMDR, TF-CBT, тілесно-орієнтовану терапію.
- **Інновації:** Використання VR-терапії, штучного інтелекту, спеціалізованих мобільних додатків для самодопомоги.

Балкани: Трансформація після глибокої травми

- **Контекст:** Після війн 1990-х років (Боснія, Хорватія, Косово) регіон пережив масову депресію, зростання самогубств, трансгенераційне передавання травми.
- **Методи:** Застосовувалися групова терапія, свідчення, арт-терапія, супровід жінок, які пережили сексуальне насильство. Розвивалася парадигма «пам'яті, але не помсти».
- **Виклики:** Недовіра до державних структур, брак фахівців, потреба в довготерміновій роботі зі спільнотами.

Сирія: Терапія у контексті гуманітарної кризи

- **Формат:** Мобільні клініки, дистанційна підтримка, громади взаємодопомоги. Активно діє Syrian American Medical Society (SAMS), Médecins Sans Frontières.
- **Методи:** Пріоритет стабілізації, психоедукації, відновлення базового контролю. Мінімум термінології, фокус на культурно зрозумілих образах.
- **Унікальність:** Активне залучення капеланів, старійшин, імамів як ресурсів безпеки та нормалізації.

Глобальні уроки для України

- **Необхідність довіри:** Стабільна присутність фахівця, чіткі межі, мінімум патерналізму.
- **Ритуал як терапія:** Використання колективних символів (свічка, молитва, пісня) як засобу спільного проживання горя.
- **Гнучкість у форматах:** Важливість адаптації: в транспорті, укритті, онлайн, у черзі до медпункту.
- **Залучення громади:** Навчання педагогів, релігійних діячів, волонтерів першій психологічній допомозі.
- **Посттравматичне зростання:** Формування наративу сили, не лише виживання.

Адаптація нейропсихологічної десенсибілізації до інших культур

- **Ключові принципи адаптації:**
 - **Мова і символи:** Використання місцевих метафор, оберегів, музичних і тілесних кодів.
 - **Духовність:** Інтеграція молитов, медитації, практик тиші.
 - **Соціальний контекст:** Адаптація до патріархальних, релігійно орієнтованих або колективістських суспільств.
 - **Індивідуалізація:** Створення коротких, персоналізованих протоколів для різних ролей (солдат, мати, біженець, дитина).

Ресурси іноземними мовами

- **Англійською:**
 - WHO Guidelines on mental health in emergencies
 - EMDR International Association
 - SAMS Mental Health Programs
- **Французькою:**
 - Médecins Sans Frontières: Santé mentale
 - Fondation de France: soutien psychologique post-trauma
- **Німецькою:**
 - Medica Mondiale: Frauen in Kriegsgebieten
 - Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie

3. ІННОВАЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Психотерапія в умовах війни — це не лише застосування відомих методів у складних обставинах. Це нове мислення, нові інструменти і нові форми допомоги, що виникають безпосередньо в процесі виживання і підтримки. Українські фахівці стали творцями практик, які мають значення не лише для нашої країни, а й для всього світу.

1. Мобільні протоколи: психотерапія «в русі»

Що це: скорочені, ефективні формати психологічної підтримки, які можна проводити в укриттях, у дорозі, під час тривоги.

Приклади:

- Сесії тривалістю 15–25 хвилин (в умовах обстрілів або евакуації).
- Використання однієї техніки як «швидкої опори» (наприклад, дихання 4-7-8).
- Створення «особистого якіру» за 2–3 хвилини в польових умовах.

2. Гібридні терапевтичні формати

Що це: поєднання різних підходів (EMDR-подібні рухи + арт-техніка + дихальна практика) в межах однієї сесії, під конкретні запити.

Приклади:

- Техніка «намалюй, що болить – подихай на це – промов фразу сили».
- Використання руху (тремор, постава), образу (героя), і фраз-якоря — в одному протоколі.
- Групові кола сили з поєднанням ритуалу, стабілізації та арт-рефлексії.

3. Стабілізація в укриттях, шелтерах, підвалах

Що це: практика втручань у реальному просторі, де нема конфіденційності, тиші чи безпеки, але є необхідність.

Рішення:

- Техніка «3 точки опори» прямо на лаві в метро.
- Групова дихальна хвиля під час сирени — об'єднання присутніх без слів.
- Простий обряд: малюнок на стіні укриття з підписом «Я тут. Я тримаюся».

4. Символічна мова та ресурсні фрази

Що це: короткі, але потужні формули підтримки, які люди запам'ятовують і повторюють — як психологічні мантри.

Приклади:

- «Мій подих — мій якір.»
- «Я маю право зупинитись.»
- «Це — не зараз. Це — було.»
- «Я не сам. Мене тримають.»

Функція: ці фрази поєднують когнітивну стабілізацію з емоційним ресурсом і відчуттям контролю.

5. Впровадження терапевта як «психологічної присутності»

Інновація: бути з клієнтом не лише через слова, а через спокій, дихання, ритм, навіть у мовчанні.

Психолог як “енергетичний контейнер”:

- витримує сильні емоції;
 - не зливається, але і не відсторонюється;
 - нагадує тілом: «я тут і ти — не один».
-

6. Протоколи для неспеціалістів: «волонтерська терапія»

Що це: прості протоколи, які передаються освітянам, волонтерам, капеланам, щоб ті могли надавати першу психологічну допомогу без фахової освіти.

Елементи:

- «Оберіг на долоні»: створення предмета-ресурсу з дитиною.
 - «Пауза для тіла»: 2 хвилини дихання + жест підтримки.
 - «Три питання для опори»: Що ти зараз чуєш? Що бачиш? Хто поряд?
-

7. Онлайн-інтервенції під обстрілами

Інновація: сесії по відеозв'язку, коли обидві сторони — і клієнт, і психолог — перебувають у небезпеці.

Особливості:

- Протоколи безпечного супроводу при втраті зв'язку.
- «Теплова карта безпеки»: клієнт позначає, де в кімнаті йому найзатишніше.
- Онлайн-групи «нічних дзвінків» під час обстрілів — для заземлення.

8. Гомеопатія: вплив простору на психіку

Що це: врахування енергетичного, історичного та емоційного навантаження місця як важливого фактора психічного стану людини.

Контекст: багато укриттів, шелтерів, зруйнованих міст і сіл мають «емоційну пам'ять» — присутність болю, втрати, страху.

Практики:

- **Очищення простору:** спільна дія (малювання, свічка, аромат, молитва), яка символічно «переписує» значення простору.
- **Локальні ритуали відновлення** — наприклад, коло тиші на місці трагедії.
- **Навчання “відчувати місце”:** клієнт вчиться розпізнавати, де йому безпечно, і як створювати «мікропростір довіри» навіть у тривожному середовищі.
- **Тілесна робота з місцем:** ходьба по периметру укриття, торкання стін, «вкорінення» в конкретному куті як символічне заінняття простору.

Мета: не уникати «важких» місць, а трансформувати їх у ресурсні, дати людині досвід, що простір може змінюватися — і вона разом із ним.

Висновок

Український досвід психотерапії в умовах війни — це не лише адаптація, це створення нового підходу.

Цей підхід базується на:

- реаліях виживання,
- емпатії як дії,
- спрощенні без втрати глибини,
- пошані до болю і тіла,
- вірі в ресурси, навіть у найтемніші моменти,
- розумінні впливу простору — гомеопатії — як складової психологічного процесу.

4. ІСТОРІЯ МЕТОДИКИ ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Методи десенсибілізації у психотерапії мають глибоке коріння та багату історію, яка бере початок задовго до того, як наука почала досліджувати функціонування людського мозку на клітинному рівні. Починаючи з середини ХХ століття, психотерапевти дедалі більше цікавилися питанням, як допомогти людині впоратися з реакціями страху, тривоги, паніки та стресу, особливо у контексті повторних травматичних переживань.

Перші підходи: від післявоєнної Франції до поведінкової терапії (1918–1970-ті роки)

Після Першої світової війни у Франції спостерігалось масове зростання психічних розладів у військових, що повернулися з фронту. Саме тоді з'явилися перші спроби системного підходу до лікування так званого «військового неврозу» (сьогодні — ПТСР). Французькі лікарі почали експериментувати з методами психологічного розвантаження, гіпнозу, арт-терапії та тілесного впливу. Ці підходи заклали основу для подальшого розвитку травматерапії у ХХ столітті.

У 1950–1970-х роках одним із перших системних методів роботи зі страхами та тривожними розладами стала **систематична десенсибілізація**, яку розробив **Джозеф Вольпе** — американський психіатр, один із засновників поведінкової терапії. Його підхід спирався на класичні експерименти Івана Павлова, а також на клінічні спостереження за ветеранами Корейської та В'єтнамської воєн.

Вольпе довів, що коли людина поступово стикається з уявними травматичними образами в умовах безпеки, поєднуючи це з фізіологічним розслабленням, **страх поступово втрачає свою силу**. Така методика започаткувала нову еру — поведінкових інтервенцій у роботі з травмою, які згодом лягли в основу когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та сучасних протоколів десенсибілізації.

Травма війни і психотерапія: поствоєнний досвід

Після Другої світової війни психологи почали масово працювати з ветеранами, які мали тоді ще не визначений діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Спочатку цей стан називали «неврастенією», «бойовим шоком» або навіть розцінювали як моральну слабкість. Лише у 1980-х роках ПТСР був офіційно визнаний як

окремий діагноз Американської психіатричної асоціації.
Революція EMDR: 1980–1990-ті роки

Франсін Шапіро, прогулюючись у парку після особистої психологічної кризи, помітила, що її емоції змінюються, коли вона спонтанно рухає очима з боку в бік. Це спостереження стало початком методу EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), який поєднує фокус на травматичному спогаді з білатеральною стимуляцією (рухи очей, звуки або дотики по черзі зліва і справа). Метод швидко здобув визнання завдяки ефективності при роботі з ветеранами війни у В'єтнамі, постраждалими від катастроф, сексуального насильства, аварій.

Сьогодні EMDR офіційно рекомендований ВООЗ, Американською психологічною асоціацією, Міністерством оборони США та іншими провідними організаціями.

Нейронаука в психотерапії: 2000–2010-ті

Зі стрімким розвитком нейровізуалізації (функціональна МРТ, ЕЕГ) стало очевидно: травма залишає фізіологічний слід у мозку. Зокрема, спостерігається гіперактивність амігдали (центру страху), пригнічення префронтальної кори (зони логіки і контролю) та порушення у гіпокампі (відповідальному за пам'ять). Це призвело до формування нових підходів у психотерапії, які поєднують класичні психотехніки з регуляцією нейропсихофізіологічних процесів.

З'явилися методи:

- Тілесно-орієнтована десенсибілізація (Somatic Desensitization) — враховує тілесну пам'ять, імпульси та автономну нервову систему.
- Нейрофідбек-десенсибілізація — базується на візуалізації мозкової активності в реальному часі для корекції реакцій.
- Сенсомоторна інтеграція — працює на стику руху, сенсорного досвіду та емоційної регуляції.

Український досвід: з 2014 року до сьогодні

Із початком війни в Україні у 2014 році, українські фахівці з психічного здоров'я почали адаптувати світові методики до реалій війни. Особливого поширення набули:

- Групові протоколи EMDR для кризових втручань;

- Польові інтервенції для військових;
- Онлайн-платформи самодопомоги;
- Гібридні терапевтичні формати — поєднання тілесної, когнітивної та арт-роботи.

Після повномасштабного вторгнення у 2022 році запит на швидкі, гнучкі та ефективні методи виріс експоненційно. Саме тоді почала оформлюватися окрема гілка — нейропсихологічна десенсибілізація, яка об'єднує мультидисциплінарні підходи, ефективна як в індивідуальній, так і груповій роботі, і може застосовуватись у найрізноманітніших умовах — від терапевтичного кабінету до блокпосту.

5. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТРАВМИ

Травма — це не лише емоційне потрясіння. Це комплексна психофізіологічна реакція, яка охоплює всі рівні функціонування організму: центральну і периферійну нервову систему, ендокринну регуляцію, дихальні, м'язові, серцево-судинні, сенсорні й навіть мікробіомні взаємодії. Саме тому ефективна допомога має бути цілісною, інтегративною і включати не лише когнітивний рівень, а й глибоке тілесне, нейрофізіологічне розуміння процесів.

Мозок у стані травми

Психотравма активує еволюційно давню систему виживання — **реакцію «бий, тікай або завми»**. Першою на загрозу реагує найпримітивніша та найшвидша частина мозку — **рептильний мозок** (стволові структури). Саме він ухвалює імпульсивне рішення: атакувати, втекти або завмерти — тобто обирає один із трьох базових сценаріїв виживання.

Обрана реакція автоматично **реєструється у лімбічному мозку**, який відповідає за **емоції та емоційну пам'ять**. Якщо пізніше — навіть несвідомо — виникає щось, що нагадує болючу подію (запах, звук, образ, поза тіла), **активується мигдалина (амігдала)** — мозкова структура, що виконує роль «тривожної сигналізації». Вона миттєво запускає ту саму захисну реакцію — **до того, як кора головного мозку встигає осмислити**, що насправді відбувається.

У результаті **тіло вже в тривозі, емоції вже вибухнули**, а свідомість ще не встигла дати події назву. Це пояснює, чому люди з травматичним досвідом часто відчувають, ніби **застрягли у часі травми** — вони знову й знову емоційно переживають минуле, хоча об'єктивно перебувають у безпечному теперішньому.

Основні нейрофізіологічні гравці у стані травми:

- **Рептильний мозок** — ухвалює імпульсивне рішення «бий, тікай або завми».
- **Лімбічна система** — емоційний центр, де фіксується досвід страху й тривоги.
- **Мигдалина (амігдала)** — активується як тривожний сигнал на тригери, навіть якщо вони неусвідомлені.

- **Гіпокамп** — відповідає за контекстуалізацію пам'яті. У стані травми його активність знижується, події сприймаються фрагментарно, «без часу й місця».
- **Префронтальна кора** — центр логіки й контролю. У момент загрози її робота блокується, що пояснює **імпульсивність, забудькуватість, дезорієнтацію**.

У людей із ПТСР часто спостерігаються:

- емоційні «вибухи» або заціпеніння;
- гіперчутливість до звуків, запахів, жестів;
- реакції «без видимої причини» — хоча для нервової системи причина є, навіть якщо вона прихована від свідомості.

Таким чином, люди з травматичним досвідом наче «застрягають» у минулому. Їхня нервова система живе у стані тривоги, який вже не відповідає реальній ситуації, але щоразу відтворюється як реальний. Саме це потребує не лише розуміння, а й тілесного перезавантаження, стабілізації, переозначення й нових умов безпеки.

Наукова база:

Ці нейрофізіологічні закономірності лягли в основу численних міжнародних протоколів роботи з травмою — таких як **EMDR (Shapiro, 2001)** та **Cognitive Processing Therapy (Resick et al., 2017)**.

Вони офіційно рекомендовані *APA (American Psychological Association)* та *ВООЗ* як ефективні методи для лікування ПТСР.

Нейропластичність — фундамент для зцілення

Мозок не є незмінною структурою. Він здатен адаптуватися до нових умов, створювати нові нейронні шляхи, компенсувати пошкодження. Це явище — **нейропластичність**.

- При хронічному стресі формуються патологічні нейронні зв'язки — «коридори травми».
- Завдяки системній терапії і нейропсихологічній стимуляції формуються нові адаптивні схеми, що асоціюються з безпекою, опорою, вибором.

Десенсибілізаційні техніки — включно з візуальною стимуляцією, дихальними вправами та сенсомоторною роботою — активують пластичні процеси, дозволяючи мозку буквально **переписати свою карту світу**.

Згідно з IASC Guidelines (Inter-Agency Standing Committee), ці техніки повинні бути пріоритетними в екстрених умовах, коли доступ до повної терапії обмежений.

Тіло як носій травматичного досвіду

Тіло «запам'ятовує» травму навіть тоді, коли розум її витісняє. Це виявляється у вигляді:

- хронічної напруги в шії, плечах, спині;
- тривожного дихання, поверхневого вдиху, зупинки дихання;
- психосоматичних проявів: головний біль, тахікардія, порушення сну, тремор;
- раптових тілесних реакцій на «невидимі» стимули.

Ці симптоми пов'язані з порушенням **вегетативного балансу**:

- симпатична гілка — надмірна активація (боротьба/втеча);
- парасимпатична — завмирання, апатія, дисоціація.

У практиці українських шелтерів (напр. ініціативи «Сильні разом», «Ла Страда») тілесно-орієнтовані протоколи застосовувались із мінімальними ресурсами — у підвалах, школах, гуманітарних пунктах.

Цикли активації та «залипання»

Травма створює **замкнені нейронні контури**, які автоматично запускаються при тригерах:

- звук (сирена);
- запах (дим, ліки);
- фраза або міміка;
- навіть внутрішнє відчуття (тиск, серцебиття).

Це — **нейропсихологічне залипання**: людина «переживає знову» без свідомого вибору.

Десенсибілізація допомагає розірвати це коло через:

- контрольовану експозицію;
- повторювані безпечні дії;
- тілесне “перепроживання”;
- залучення когнітивних структур.

Підтвердження ефективності таких втручань наведено в протоколах АРА Trauma Task Force (2020) та в оновлених рекомендаціях ВООЗ (2023) для зони конфліктів.

Ресурси мозку до відновлення

Навіть після тривалого ПТСР мозок зберігає потенціал до нейровідновлення, якщо створено умови:

- стабільна міжособистісна присутність (людина, група, терапевт);
- контроль над тілом (дихання, рух, голос);
- поступове повернення до травматичних образів у безпечному середовищі;
- сенсорна перекваліфікація (перетворення стимулу загрози у стимул безпеки).

В Україні з 2022 по 2024 рік відбулося понад **350 тренінгів з EMDR, SE, СBT**, за участі міжнародних експертів (WAPR, TraumaAid, GNI) та українських інституцій.

Підсумок до розділу:

Нейропсихологічна десенсибілізація базується на визнаних у світі механізмах адаптації та нейропластичності, й водночас враховує унікальні українські реалії. Вона поєднує **доказову базу, доступність, гнучкість** і можливість застосування в умовах обмеженого ресурсу.

Травма — це не лише емоційне потрясіння. Це комплексна психофізіологічна реакція, яка охоплює всі рівні функціонування організму: центральну і периферійну нервову систему, ендокринну регуляцію, дихальні, м'язові, серцево-судинні, сенсорні й навіть мікробіомні взаємодії. Саме тому ефективна допомога має бути цілісною, інтегративною і включати не лише когнітивний рівень, а й глибоке тілесне, нейрофізіологічне розуміння процесів.

6. МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Нейропсихологічна десенсибілізація — це адаптивний, мульти-компонентний підхід, що інтегрує тілесну, когнітивну, емоційну та сенсорну роботу. Він базується на механізмах нейропластичності, тілесної пам'яті та регуляції автономної нервової системи. У цьому розділі подано короткий огляд ключових технік, їхніх переваг, меж застосування та наукового статусу.

Огляд методів

Метод	Для кого	Умови застосування	Обмеження	Статус доказовості
EMDR (Desensitization and Reprocessing)	Військо-ві, жертви насильства, евакуйовані	Після стабілізації; індивідуальна сесія	Не застосовувати при тяжкій дисоціації без підготовки	Високий (WHO, APA)
Тілесна десенсибілізація	Особи з психосоматикою, ВПО, діти	В укриттях, шелтерах, мобільна сесія	Не рекомендується при психозі, травмі насильства без контракту	Середній (Somatic Experiencing)
Арт-десенсибілізація	Діти, підлітки, клієнти з афазією	Групова чи індивідуальна терапія	Може бути недостатньо глибокою для складних ПТСР	Середній (Art Therapy literature)
КПТ + експозиція	Клієнти із самозвинуваченням, моральною травмою	Після навчання основам стабілізації	Може викликати флешбеки без підготовки	Високий (CBT evidence base)
Онлайн-десенсибілізація	Ті, хто в евакуації або ізоляції	За умови технічної безпеки	Ризик роз'єднання, неможливість тілесної підтримки	Середній (нова галузь)

Коротка характеристика методів

1. EMDR (десенсибілізація рухами очей)

- 8-фазний протокол (Sharīgo, 2001).
- Поєднує фокус на спогаді з білатеральною стимуляцією.
- Висока ефективність у лікуванні ПТСР, затверджений ВООЗ.

Застереження: Не застосовувати у фазі дестабілізації або за відсутності навичок саморегуляції.

2. Тілесно-орієнтована десенсибілізація

- Вправи на заземлення, мікрорух, нейрошейкінг, контакт із тілесними сигналами.
- Спрямована на розрядку автономної гіперактивації.

⚠ Застереження: Уникати в роботі з клієнтами, які пережили сексуальне насильство без чітких меж і контракту.

3. Арт-десенсибілізація

- Використання символів, кольору, малюнка для безсловесної обробки травматичних тем.
- Допомогає при високому рівні сорому або дитячому віці.

Застереження: Ефективність залежить від терапевтичного супроводу. Не є повноцінною заміною когнітивної інтеграції.

4. Когнітивна десенсибілізація (СВТ + експозиція)

- Реконструкція переконань + контрольоване повернення до травматичних образів.
- Особливо корисна при моральній травмі, самозвинуваченні.

Застереження: Уникати застосування без попередньої стабілізації, оскільки може викликати ретравматизацію.

5. Онлайн-десенсибілізація

- Включає відеосесії, вправи на самостимуляцію, дистанційні арт/дихальні протоколи.
 - Важливі чіткі правила безпеки: резервний контакт, стоп-слова, визначення «безпечного простору».
-

Резюме розділу

Нейропсихологічна десенсибілізація — це не одна техніка, а модульний підхід, який дає можливість адаптувати роботу з травмою до умов, віку, контексту та стану клієнта. Ефективність значно зростає при належному професійному навчанні, супервізії та чутливості до обмежень методів.

НАУКОВО-ДОКАЗОВИЙ БЛОК

Новітні дослідження нейронауки та травми (2023–2025)

Зміни в мозку після травми

- Дослідження Університету Рочестера виявило, що у людей, які пережили травму, спостерігаються зміни в мережі значущості мозку, що відповідає за навчання та виживання. У стійких до травми осіб активізується виконавча контрольна мережа, що свідчить про нейропластичність та можливість адаптації мозку до стресу.

Прогнозування ПТСР за допомогою нейровізуалізації

- Ізраїльське дослідження продемонструвало, що аналіз мозкових сканів через місяць після травматичної події може передбачити тяжкість симптомів ПТСР. Це відкриває можливості для раннього втручання та персоналізованого лікування.

Генетичні маркери у розвитку ПТСР

- Центр вивчення травматичного стресу США виявив, що білок FKBP5 відіграє ключову роль у регуляції стресової відповіді, впливаючи на розвиток ПТСР. Це відкриття може сприяти розробці нових терапевтичних підходів.

Ефективність методів терапії у воєнному контексті

Терапія Хібакі для дітей

- Метод Хібукі, який використовує м'яку іграшку для емоційної підтримки дітей, показав високу ефективність у зменшенні симптомів психологічної травми у 95% випадків серед дітей, які пережили воєнні дії.

Комбіноване лікування ПТСР

- Дослідження серед військових ветеранів показало, що поєднання психотерапії та медикаментозного лікування може бути більш ефективним у лікуванні ПТСР, ніж окремі методи. Однак, рекомендації Міністерства у справах ветеранів США віддають перевагу психотерапії як першій лінії лікування.

Віртуальна реальність та стимуляція мозку

- Дослідження Університету Брауна продемонструвало, що поєднання віртуальної реальності з низькоінтенсивною електростимуляцією мозку значно зменшує симптоми ПТСР у ветеранів. Цей підхід може бути ефективною альтернативою традиційній терапії.

Вплив війни на психічне здоров'я: статистичні дані

Загальні показники

- **За даними ВООЗ**, майже 10 мільйонів українців ризикують мати проблеми з психічним здоров'ям, з яких 3,9 мільйона мають помірні або тяжкі симптоми.
- **Опитування в Києві** показало, що 80% жителів мають симптоми ПТСР, але 40–45% з них не звертаються за допомогою через страх або стигматизацію.

Діти та підлітки

- **Дослідження, представлене на Європейському конгресі психіатрії 2024 року**, виявило значне зростання психічних розладів серед дітей та підлітків, переміщених через війну в Україні.

Гендерні та вікові відмінності

- **Дослідження** показали, що жінки більш схильні до розвитку ПТСР, депресії та тривоги. Найвищі рівні травматичних переживань спостерігаються у віковій групі 26–45 років.

Впровадження нейропсихологічної десенсибілізації в Україні

Всеукраїнська ініціатива

Національна Рада психологів України

- Підвищення кваліфікації близько 2000 психологів закладів освіти та медицини за методикою «Нейропсихологічної десенсибілізації»

Громадська організація «Всеукраїнська ліга українських жінок»

- Гаряча лінія психологічної допомоги «450», дякуючи якій евакуйовано близько 35000 осіб у партнерстві з міжнародними партнерами.

Київська ініціатива

- **Міська платформа «Київ Цифровий»** адаптувала свої сервіси для надання психологічної підтримки, зосереджуючись на ветеранах та дітях. Це дозволяє ефективно реагувати на зростаючі потреби в умовах обмежених ресурсів.

Організація «Разом з тобою»

- **Організація «Разом з тобою»** надає безкоштовні послуги психосоціальної підтримки в шести центрах по Україні, охоплюючи цивільних, жінок, дітей, ВПО та сім'ї військовослужбовців.

Рекомендації для подальшого впровадження

- **Розширення цифрових платформ** для надання психологічної допомоги, особливо в регіонах з обмеженим доступом до фахівців.

- **Навчання місцевих фахівців** сучасним методам нейропсихологічної десенсибілізації з урахуванням культурного контексту.
- **Проведення подальших досліджень** для оцінки ефективності впроваджених методик та їх адаптації до потреб різних груп населення.

Обмеження: не застосовується без стабілізації при тяжкій дисоціації, потребує спеціалізованого навчання.

Основні техніки та інструменти:

Тілесно-орієнтована десенсибілізація

Опис:

Цей підхід базується на принципі, що **тіло зберігає наслідки психотравми**, навіть коли свідомість їх витісняє або не може осмислити. Травма проявляється через **напруження м'язів, зміну постави, утруднене дихання, втрату відчуття власного тіла**. Основне завдання тілесної десенсибілізації — **допомогти людині «повернутись у тіло»**, відновити безпеку та регуляцію через фізичні практики.

Психофізіологічне підґрунтя:

- Травма фіксується в **соматичній (тілесній) пам'яті**: у м'язах, зв'язках, дихальних і рухових патернах.
- **Вегетативна нервова система** (симпатична й парасимпатична) втрачає гнучкість, переходячи у стан гіперактивації або заціпеніння.
- Через тілесну роботу можливо відновити **нейрофізіологічний баланс** і доступ до внутрішніх ресурсів.

Інструменти:

- **Вправи на тілесне усвідомлення:** сканування тіла, фокус на сигналах напруги та відчуття контакту з тілом.
- **Нейрошейкінг (викликаний тремор):** вправи, що активують мікротремтіння, допомагають розрядити «заморожену» енергію страху, мобілізувати нервову систему.
- **Мікрорухи та постуральна стабілізація:** відновлення відчуття вертикальності, сили, присутності через дрібні моторні дії, зміну центру тяжіння.
- **Регуляція ВНС:** дихальні вправи, усвідомлений контакт із поверхнею (опора, підлога, стілець), робота з вагою тіла, температурою, ритмом.

- **Дотик та робота з межами** (там, де це доречно): встановлення фізичних і психологічних меж, відновлення відчуття захищеності.

Для кого підходить:

- Люди з **психосоматичними проявами** (біль, напруга, блоки без органічних причин).
- Особи з **гіперзбудженістю**, панічними реакціями, розладами сну.
- **Фахівці першого контакту**: рятувальники (ДСНС), парамедики, медики, волонтери — як форма саморегуляції та профілактики вигорання.
- Клієнти з **невисоким рівнем вербалізації**, що потребують «входу через тіло».

Переваги:

- Повернення відчуття **контролю над тілом і простором**.
- Стимуляція **нейропластичності** та інтеграція досвіду на глибокому рівні.
- Робота з тілом **не вимагає словесного аналізу травми**, тому є особливо корисною при тяжких, замовчених або фрагментованих спогадах.
- Може бути **інтегрована з іншими підходами** — EMDR, арт-терапією, когнітивною роботою, нейрофідбеком.

Приклад протоколу у додатку.

Нейрофідбек-десенсибілізація

Опис:

Нейрофідбек — це методика біологічного зворотного зв'язку, заснована на реєстрації **електроенцефалографічної (EEG)** або **гемодинамічної активності мозку (HEG)**. Клієнт отримує візуальний або аудіо-зворотний зв'язок про свою мозкову активність у реальному часі та поступово **навчається впливати на неї**.

Як це працює:

- Мозкова активність транслюється на екран у вигляді **графіка, відео або анімації**.
- Клієнт тренується **регулювати власний стан**: знижувати тривогу, посилювати концентрацію, повертатися в стан спокою.
- Через **повторювані сесії формується навичка саморегуляції** — здатність відновлювати стабільний стан нервової системи без зовнішніх втручань.

Кому підходить:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
- Панічні атаки
- Черепно-мозкові травми (ЧМТ)
- Постконтузійні стани
- **Порушення пам'яті**
- **Гіпер- або гіпофункція лобових відділів**
- **Труднощі з концентрацією, синдром дефіциту уваги, порушення навчання у дітей і дорослих**

У чому перевага:

- Нейрофідбек не є повноцінною самостійною терапією, але є **потужним інструментом підтримки**.
- Він сприяє **переналаштуванню нейронних зв'язків** і підвищує **ефективність інших терапевтичних підходів** — наприклад, когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, тілесно-орієнтованої терапії.
- Може використовуватись як частина **комплексної реабілітаційної програми** у воєнний або поствоєнний період.

Приклад протоколу у додатку.

Арт-десенсибілізація

Опис:

Арт-десенсибілізація — це метод, що використовує **візуальні, символічні й метафоричні форми** для вираження травматичного досвіду без **обов'язкового залучення мовного каналу**. Через зображення, колір, форму й текстуру клієнт отримує можливість **перенести внутрішній стан назовні**, що сприяє емоційному розвантаженню, інтеграції травматичних вражень і формуванню відчуття контролю.

Інструменти:

- **Малювання тілесних відчуттів та емоцій:** візуалізація страху, тривоги, болю, надії у формі абстракцій або образів.
- **Колажі та асамбляжі:** з використанням вирізок, природних матеріалів або особистих символів.
- **Мандали:** кругова структура для стабілізації, фокусування й саморефлексії.
- **Маски:** робота з соціальними ролями, прихованими емоціями, внутрішнім «захистом».
- **Проективна робота з кольором, фактурою, композицією:** як спосіб доступу до несвідомого.

Для кого підходить:

- **Діти**, особливо у віці 3–12 років — коли вербалізація ще не розвинена або недоступна.
- **Люди з афазією, аутизмом або неврологічними ураженнями**, які мають труднощі з мовленням.
- **Клієнти, які соромляться, бояться або не готові говорити** про свою травму словами.
- **Підлітки та дорослі** в стані гострого стресу, коли «мовні функції» тимчасово заблоковані.

Переваги:

- Арт-десенсибілізація **активує праву півкулю мозку**, відповідальну за образність, інтуїцію та емоції.
- Забезпечує **відчуття дистанції** між клієнтом і травматичним матеріалом — що створює «безпечну зону» для роботи.
- Стимулює **нейропластичність**, підтримує формування нових асоціацій та шляхів осмислення досвіду.
- Може бути поєднана з **тілесними техніками, музикотерапією, драматерапією**.

Приклад протоколу у додатку.

Когнітивна десенсибілізація (СВТ + експозиція)

Опис підходу:

Когнітивна десенсибілізація — це поєднання двох потужних методів: **когнітивно-поведінкової терапії (СВТ)** та **експозиційного підходу**. Цей підхід передбачає поступове і безпечне занурення в травматичні чи тривожні спогади з метою **зміни ставлення до них та зниження емоційного заряду**. Робота проводиться через **пересмислення негативних переконань**, які виникли внаслідок травматичних подій, і **перебудову мислення** у напрямку більш реалістичного, співчутливого до себе бачення.

Такий метод є особливо ефективним у роботі з **моральною травмою, самозвинуваченням, почуттям провини та негативною самооцінкою**, оскільки допомагає інтегрувати досвід без руйнівного осуду чи уникання.

Цілі когнітивної десенсибілізації:

- **Зниження емоційної чутливості** до болючих спогадів або тригерів.

- **Виявлення, дослідження та трансформація** ірраціональних або саморуйнівних переконань.
- **Підвищення стійкості до стресу** через формування гнучкіших стратегій мислення.
- **Відновлення співчуття до себе**, особливо у людей, які застрягли в колі самозвинувачення.

Основні техніки:

1. Когнітивна реконструкція:

- Ідентифікація автоматичних негативних думок.
- Перевірка їх на реалістичність, доказовість.
- Формування альтернативних, здоровіших інтерпретацій.
- Робота з переконаннями типу: *«Я винен, бо не зміг завадити»*, *«Я погана людина, бо вижив»* тощо.

2. Створення когнітивних мап подій:

- Послідовний аналіз травматичної події у хронологічному порядку.
- Виділення ключових моментів, де виникли переконання або злам довіри до себе/інших.
- Встановлення причинно-наслідкових зв'язків у подіях — з акцентом на контекст і вплив зовнішніх обставин.

3. Безпечна експозиція (експозиційна терапія):

- Повторне уявлення травматичної ситуації у контрольованому, терапевтичному середовищі.
- Використання письмового викладу, уявної реконструкції або розмови про подію.
- Мета — зменшення уникання, поступове емоційне «звикання» до болючих спогадів.
- Важливо: експозиція відбувається лише за наявності стабільної опори, ресурсу і готовності клієнта.

4. Формування нових висновків:

- Перегляд самооцінки після подій: *«Я зробив все можливе в тих умовах»*, *«Я не один/одна, це була людська реакція»*.
- Включення елементів самоспівчуття, моральної реабілітації, пошуку сенсу або нового значення події.
- Робота над поверненням почуття гідності, людяності, здатності робити добрі вибори попри травму.

5. Письмові практики:

- Листи (не обов'язково відправлені) собі в минулому, постраждалим, «винуватцям» ситуації.
- Практики щоденників для фіксації змін у мисленні та емоціях.

Для кого підходить:

- **Особи з моральною травмою** — переживання, що суперечать внутрішнім цінностям (участь у війні, рятування з вибором кого рятувати, втрата близьких у безпорадній ситуації).
- **Люди з хронічним почуттям провини, сорому, самозвинуваченням.**
- **Клієнти після втрат, катастроф, війни, насильства**, у яких сформувались деструктивні уявлення про себе чи світ («Світ небезпечний», «Я недостойний любові», «Я винен у виживанні»).
- **Особи з ПТСР**, тривожними та депресивними розладами, які мають сильну когнітивну складову.

Переваги:

- Робота з кореневими переконаннями дозволяє **зменшити вплив травми на щоденне життя.**
- **Експозиція у поєднанні з когнітивною опрацюванням** допомагає трансформувати відчуття страху в прийняття та розуміння.
- **Зниження симптомів тривоги, сорому, провини, ізоляції.**
- **Підвищення емоційної стійкості** та здатності приймати себе з урахуванням минулого досвіду.
- Підходить для **інтеграції з іншими підходами**: тілесна робота, EMDR, mindfulness, арт-терапія.

Завершальна мета:

Не просто забути травму, а **переосмислити її** — дати новий контекст, зменшити внутрішній осуд і повернути відчуття власної цілісності та цінності. Приклад протоколу у додатку.

Онлайн-десенсибілізація

Адаптовані формати роботи з травмою в умовах війни, евакуації, ізоляції

Опис підходу:

Онлайн-десенсибілізація — це формат психотерапевтичної підтримки, адаптований до реалій **дистанційної взаємодії**. В умовах війни, евакуації, ізоляції або перебування за кордоном, можливість **працювати з травмою без фізичного контакту** стає критично

важливою. Незважаючи на обмеження, онлайн-формат дозволяє ефективно проводити десенсибілізаційні інтервенції, включаючи **EMDR, тілесну, когнітивну та арт-терапію**, з дотриманням відповідних стандартів безпеки.

Формати онлайн-десенсибілізації:

1. Індивідуальні відеосесії

- Використання стабілізаційних технік у реальному часі
- Експозиційна робота з травматичними спогадами через відеозв'язок
- Поступове підведення до десенсибілізаційного блоку (тільки при наявності опори)

2. Показ і повторення технік (через камеру):

- Демонстрація дихальних вправ, позицій безпеки, тілесного заземлення
- Використання малюнків, предметів, музики як опор для десенсибілізації
- Навчання саморегуляції через міміку, жести, ритм

3. Самостимуляція (self-applied techniques):

- Білатеральні рухи (постукування по плечах, колінах, руками навхрест)
 - Ритмічні вправи: дихання, покачування, натискання
 - Тактильні дії: тримання теплих/холодних об'єктів, доторк до себе як самопідтримка
-

Ключові умови безпеки:

- **Попереднє інформування про правила та межі роботи онлайн**
 - Чітке пояснення процедури сесії, права зупинки та виходу з процесу
 - **Наявність «плану кризового реагування»:**
 - Контакти близької людини, гарячої лінії або локального фахівця у разі загострення
 - **Створення середовища для саморегуляції:**
 - Зручне місце, стабільне інтернет-з'єднання, закрите приміщення
 - **Сигнали згоди / тривоги:**
 - Встановлення невербального знаку для зупинки (жест, слово, повідомлення в чат)
-

Порівняльна таблиця: метод — дія — цільова група

Метод	Основна сфера дії	Для кого ефективний
EMDR (дистанційно)	Шоківі та травматичні події	Військові, жертви насильства, біженці
Тілесна терапія	Напруга, гіперактивація	Медики, діти, ВПО, люди у стані виснаження
Арт-десенсибілізація	Дисоціація, сором, оніміння	Підлітки, жінки, клієнти з труднощами вербалізації
CBT + експозиція	Самозвинувачення, провина	Особи з моральною травмою, ветерани

Додаткові можливості онлайн-десенсибілізації:

- Ведення електронних щоденників між сесіями
- Аудіозаписи стабілізаційних практик для прослуховування в кризовий момент
- Інтерактивні вправи у форматі PDF / Google Forms / мобільних додатків
- Психоедукація у форматі відео, міні-лекцій, подкастів
- Групові онлайн-сесії з десенсибілізаційними елементами (тільки для стабільних учасників)

Переваги онлайн-десенсибілізації:

- Доступність для клієнтів у будь-якій точці світу, включно з гарячими точками
- Гнучкість формату, адаптація до ритму та стану людини
- Вища автономія клієнта — формування навичок самостійної регуляції
- Можливість частішого контакту або коротких підтримувальних включень (мікросесій)
- Інтегрується з іншими методами: нейрофідбек (віддалений), mindfulness, АСТ, арт-терапія

Висновок:

Жодна методика не є універсальною. Але справжня сила нейропсихологічної десенсибілізації — у її варіативності, модульності та чутливості до контексту й індивідуального досвіду. Онлайн-формат розширює доступ до психологічної допомоги у найбільш критичних обставинах та може бути не лише заміною, а й повноцінним інструментом терапевтичної трансформації.

Протокол у додатку

7. ГІПНОЗ У ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЙНІЙ ТЕРАПІЇ

Опис підходу:

Терапевтичний гіпноз — це метод, що дозволяє активувати **природний ресурс свідомості до зосередженого стану спокою та сприйняття**, знижуючи зовнішню стимуляцію та посилюючи доступ до **внутрішніх образів, емоцій та пам'яті**. Під час гіпнозу активність мозку переходить із **бета-хвиль (стан щоденної пильності)** до **альфа-, тета- або дельта-діапазону**, що характерно для медитації, сну або глибокої розслабленості.

Цей стан не є сном і не означає втрату контролю — навпаки, **гіпноз передбачає активну співпрацю між клієнтом і фахівцем**, з повагою до меж та вразливостей.

Цілі гіпнозу у десенсибілізації:

- **Зменшення емоційної реактивності** на травматичні або тригерні образи;
- **Опрацювання несвідомих переконань** і заміщення їх ресурсними уявленнями;
- **Реструктуризація пам'яті**: перезапис травматичного досвіду у безпечнішому вигляді;
- **Підвищення саморегуляції** та доступу до внутрішнього заспокоєння;
- **Активация уяви як каналу зцілення**, коли слова недостатні або блоковані.

Як працює гіпноз: поетапний процес

1. **Індукція трансного стану**
 - Спокійний голос, ритмічне дихання, візуалізація образу безпеки або природного середовища.
 - Можливе використання маятника, ритмічного постукування, метронома.
2. **Поглиблення стану**
 - Зосередження уваги на відчуттях у тілі, уявна «сходінка вниз», числовий зворотний відлік.
 - Зниження впливу зовнішніх подразників.
3. **Опрацювання (терапевтична фаза)**
 - Робота з внутрішніми образами (травматичними або ресурсними).

- Переміщення суб'єкта у сцену, реконструкція, діалог із частиною себе або символом болю.
- Формування нових сенсів, повторення афірмацій у трансовому стані.

4. Завершення (реінтеграція)

- Поступове повернення до «тут-і-зараз» через зворотний відлік, активізацію тіла.
- Обговорення досвіду, фіксація внутрішніх змін.

Для кого підходить:

- Клієнти з **глибокими емоційними блоками**, особливо якщо вербалізація ускладнена;
- Особи з **хронічною тривогою**, нічними страхами, соматизованими симптомами;
- Люди з **ПТСР**, які уникали експозиції через надмірну активність нервової системи;
- **Підлітки та дорослі**, які мають схильність до фантазії, візуалізації, або вже мають досвід медитації.

Переваги:

- Стимулює **нейропластичні зміни** — особливо у фазі глибокої альфа/тета-активності;
- Може **допомогти при роботі з фрагментованою пам'яттю**, де когнітивні методи малоефективні;
- Добре інтегрується з **тілесно-орієнтованою терапією, EMDR, СBT, EFT**;
- Доступний **в онлайн-форматі** (з адаптованими індукціями);
- Дозволяє «дотягнутись» до внутрішніх частин, які не усвідомлюються у звичайному стані.

Застереження та етика:

- Не застосовується **при гострих психотичних станах, дисоціативному розщепленні, епілепсії**.
 - Вимагає **добровільної згоди**, попереднього пояснення процесу.
 - **Не є гіпнозом у стилі шоу чи маніпуляції** — в терапії контроль завжди залишається за клієнтом.
 - Виконується **сертифікованим фахівцем**, який розуміє основи травматерапії.
-

Клінічні кейси (узагальнені приклади):

Кейс 1: Військовий із повторюваними сновидіннями (ПТСР)

Після безрезультатних спроб експозиції через СВТ було застосовано гіпнотичну сесію із візуалізацією захисного поля перед сном. Через 3 сесії частота нічних нападів зменшилась, сновидіння стали менш загрозливими. Клієнт повідомив про появу «простору» у свідомості.

Кейс 2: Медична працівниця з втратою пацієнтів, глибоким соромом і виною

Під час гіпнотерапевтичної роботи відбувся уявний діалог з образом померлого, де звучало прощення. Симптоми тремтіння та сльозогінність зменшились, відновився сон.

Кейс 3: Підліток із тривогою, яка блокувала навчання

Через уявну подорож у безпечне місце та роботу з «внутрішнім критиком» у гіпнозі з'явився образ підтримуючої фігури. Через 4 сесії знизився рівень тривоги в школі, покращився апетит.

Інтеграція з іншими методами:

Метод	Як інтегрується з гіпнозом
СВТ	Використання ресурсних афірмацій у трансі
EMDR	Гіпнотичне підсилення образу безпеки
Тілесна терапія	Робота з тілесними відчуттями у трансівному стані
EFT	Простукування під час введення в гіпноз

Приклад протоколу у додатку.

8. ТЕХНІКА ЕМОЦІЙНОЇ СВОБОДИ (EFT)

Інструмент м'якої, безсловесної десенсибілізації в умовах стресу та травми

Опис підходу:

EFT (Emotional Freedom Technique) — це інтегративна методика, яка поєднує **психоемоційний фокус** (усвідомлення емоції, формулювання установки) з **тілесною стимуляцією акупунктурних точок**, що відповідають за енергетичні та нервові вузли організму. Умовно, EFT — це поєднання **когнітивної терапії, експозиції та акупунктури без голки**. Механізм дії базується на дослідженнях **нейрофізіології, ПТСР та стресової регуляції**, а також включає елементи **східної медицини (меридіани)**.

Як це працює: поетапна модель

1. Ідентифікація проблеми / емоції:

Клієнт визначає стан або ситуацію, яка викликає напругу, тривогу, сором, злість, біль або дисоціацію.

2. Оцінка рівня дистресу (шкала SUD, 0–10):

Наприклад: «Коли я згадую... — моє тіло напружується на рівень 7/10».

3. Формулювання установки:

— «Навіть якщо я ____ (емоція / думка), я поважаю і приймаю себе повністю».

— Можливі варіанти: «...я вчуся довіряти собі», «...я даю собі право відпустити».

4. Розминка (karate chop point):

— Стимуляція ребра долоні, повторення установки 3 рази.

5. Раунд постукування:

Стимуляція наступних точок по черзі (4–7 постукувань кожна):

- Брова (внутрішній край)
- Бік ока
- Під оком
- Під носом
- Підборіддя
- Ключиця
- Під пахвою
- Верхівка голови

6. Перевірка рівня дистресу (повторне SUD):

- Напруга знижується на 2–5 балів після 1–2 раундів.
- Можна продовжити нову установку або повернутись до первинної теми.

Варіації застосування EFT:

- **Самостійно** (у режимі самодопомоги або як частина щоденної гігієни емоцій).
- **У терапії:** як частина сесії або перед експозицією / тілесною роботою.
- **В онлайн-форматі:** клієнт виконує під керівництвом фахівця або за інструкцією.
- **У кризі:** при панічній атаці, нападі сорому, сльозах — як спосіб негайної стабілізації.
- **Групове використання:** у коротких міні-сеансах для зниження напруги в учасників.

Показання:

- ПТСР, фобії, панічні атаки, шоківі реакції
- Хронічне самозвинувачення, низька самооцінка
- Сором і емоційне оніміння після травми
- Реакції на діагностичні процедури, операції, фізичну біль
- Поведінкові блоки: «не можу говорити», «не можу плакати», «все скам'яніло»

Переваги:

- Простота — не потребує спеціального обладнання
 - Миттєвий ефект — зниження дистресу протягом 1–5 хвилин
 - Безпечний — не викликає ретравматизації, бо клієнт завжди в контакті з тілом
 - Поєднується з іншими методами: тілесна терапія, СБТ, дихання, EMDR
 - Підходить для роботи з дітьми, підлітками, першими реагентами, жінками після насильства
-

Клінічні кейси (узагальнені приклади):

Кейс 1: Парамедик після евакуації з поля бою

Клієнт не міг заснути через відчуття провини за тих, кого не встиг врятувати. Під час сесії було визначено домінантну емоцію — вина (SUD 9/10). Після 3 раундів EFT з установкою:

«Навіть якщо я відчуваю провину, я визнаю свою людяність»
— рівень дистресу знизився до 4/10. Сон повернувся в межах 2 днів.

Кейс 2: Підліток з дисоціацією і соромом після сексуального насильства

Клієнтка не могла описати емоції словами. Через EFT із супроводом терапевта вона змогла ідентифікувати страх, що «тіло зраджує». Після тілесного простукування клієнтка сказала:

«Я вперше відчула, що моє тіло — це не тільки біль».

Це стало точкою входу до глибшої тілесної терапії.

Кейс 3: Ветеран з тривогою в натовпі (ПТСР)

Застосував самостійно EFT на місці:

установка: «Навіть якщо все тіло напружене, я можу залишатись у контакті з собою».

Через 2 хвилини рівень пульсу знизився, клієнт уникнув панічної атаки.

Інтеграція в десенсибілізаційну програму:

Етап	Роль EFT
Стабілізація	Зниження тривоги перед глибокою роботою
Експозиція	Підтримка під час вербалізації травми
Тілесна інтеграція	Повернення відчуття себе через дотик
Щоденна регуляція	Самодопомога в момент загострення

EFT не замінює повноцінну терапію, але є надзвичайно ефективним доповненням і саморегуляційним інструментом, особливо в умовах війни, евакуації, нестабільного доступу до фахівців. Приклад протоколу у додатку.

9. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ У РІЗНИХ НАПРЯМКАХ

Нейропсихологічна десенсибілізація — це методика, яка легко адаптується до **різних форм терапії**. Це особливо важливо в умовах війни, де фахівці змушені працювати не в ідеальних, а в мобільних, змішаних або кризових обставинах.

Нижче подано основні напрямки, в яких використання десенсибілізації дає високу ефективність, з прикладами адаптації технік до кожного контексту.

Арт-терапія

Ключ: символічне опрацювання травми, особливо при труднощах з вербалізацією.

Як інтегрувати десенсибілізацію:

- **Етап 1:** Клієнт малює «образ болю» або страху.
- **Етап 2:** Робота з тілесними відчуттями, пов'язаними з малюнком.
- **Етап 3:** Зміна малюнка (додавання кольору, образів ресурсу).
- **Етап 4:** Фіксація нового стану через створення позитивного символу.

Підходить для:

- Дітей, підлітків.
- Людей з вадами слуху або мовлення.
- Важких випадків ПТСР із високою дисоціацією.

Когнітивно-поведінкова терапія (СВТ)

Ключ: поєднання когнітивної реструктуризації з фізіологічним розрядом через десенсибілізацію.

Алгоритм:

1. Ідентифікація деструктивної думки («Я більше не зможу жити нормально»).
2. Визначення емоції та тілесної реакції.
3. Білатеральна стимуляція або тілесна інтеграція.
4. Формування нового переконання («Я вже відновлююсь»).

Використання:

- Заміна негативних установок.
 - Профілактика рецидивів тривожних станів.
-

Тілесно-орієнтована терапія

Ключ: робота з імпульсами, м'язовою пам'яттю та регуляцією автономної нервової системи.

Інструменти:

- «Маленький рух великої сили» — розрядка напруги через мікрорух.
- Техніки TRE (Tension Release Exercises).
- Пози опори: стояння, тиск стопами в підлогу.

Коли особливо ефективно:

- Вегетативні симптоми (тахікардія, задишка, безсоння).
- Соматичні прояви хронічного стресу.

Онлайн-формати

Ключ: безпечний, супроводжуваний контакт із клієнтом у дистанційному режимі.

Адаптація:

- Заздалегідь готуються інструкції щодо безпечного простору.
- Арт- або тілесні вправи виконуються перед камерою (або окремо — з поверненням до результату).
- Використання відеоінструкцій, аудіомедитацій, текстових протоколів.

Умови:

- Домовленість про слова-паузи та екстрені сигнали.
- Резервний контакт на випадок роз'єднання.
- Постійна перевірка рівня безпеки клієнта.

Групова терапія

Ключ: десенсибілізація у форматі колективної регуляції через підтримку, спільність і ритуал.

Формат:

- Початкова стабілізація (спільне дихання, вправа «коло сили»).
- Робота з образами (заплющені очі, уявна подорож, арт-етюд).
- Тілесне заземлення через ритм, дихання, контакт із простором.
- Завершення: «що беру з собою», символічний жест або малюнок.

Підходить для:

- Шкільних колективів, медичних команд, ветеранських груп.
- Кризових інтервенцій у шелтерах, евакуаційних центрах.

Діти і підлітки у стані травми: нейропсихологічна підтримка під час війни

Особливості дитячої психіки у період війни

Діти та підлітки в умовах війни переживають події через призму емоцій, тіла та сенсорного досвіду. Вони не завжди здатні раціоналізувати свій стан або проговорити пережите. Реакції часто проявляються:

- через тіло: енурез, соматичні скарги, м'язова скутість;
- через поведінку: різка зміна настрою, регрес у розвитку;
- через мовчання або агресію: як форми психологічної оборони.

У підлітків травма часто маскується зовнішнім спротивом — агресією, іронією, замкнутістю. За цим стоїть страх, вразливість та безсилля.

Базові принципи нейропсихологічної підтримки

Принцип	Пояснення
Тілесність перед словами	Через рух, дихання, гру дитина знижує гіперзбудження нервової системи.
Образність замість логіки	Малюнки, історії, метафори як форма вираження внутрішнього стану.
Ритм і структура	Повторюваність, ритуали, впорядкованість дій формують базове відчуття безпеки.
Присутність дорослого	Дорослий не лікує, а розділяє досвід разом з дитиною через участь і увагу.

Практичні інструменти підтримки

Для дітей (3–12 років)

Метод	Приклади / Пояснення
Малюнки	«Мій страх», «Мій дім без війни», «Я – супергерой»
Рухові практики	«Струсити страх», «Дихання через кольори», «Ракета в укриття»
Образність	Створення захисника/героя, рольові ігри, казкотерапія

Для підлітків (13–18 років)

Метод	Приклади / Пояснення
Арт та музика	Плейлисти емоцій, створення коміксу про внутрішнього героя
Робота з гнівом і провинною	Вправа «Камінь у рюкзаку», метафора вогню
Самоідентифікація	«Якби я був кольором...», «Що робить мене мною?»

Реальні ситуації – конкретні втручання

Ситуація	Інструмент
Дитина боїться сирени	Казка про «сирену-охоронця», гра «вимкни звук страху»
Паніка в укритті	Техніка «3-2-1 STOP», ритмічне малювання пальцем
Підліток каже: «Все безглуздо»	«Карта значень» – обговорення трьох речей, які мають сенс
Мовчазне горювання	«Пам'ятна листівка», створення «місця пам'яті» з фото або символами

Підлітки у стані травми: ізоляція, протест і пошук себе

Підліток як «невидимий носій болю»

Підлітки — це група, яка найменше вербалізує травму, але найбільш глибоко її інтегрує у свою ідентичність. У цьому віці психіка формує ключові конструкції:

- «Хто я?»
- «Кому я належу?»
- «Чи є моє життя цінним?»

В умовах війни ці запитання спотворюються, ламаються або блокуються.

Типові реакції підлітків на травму

Реакція	Можливе тло
Ізоляція, відмова говорити	Захисна дисоціація: «ніхто не зрозуміє», «мені байдуже»
Гнів, протест, сарказм	Маскування болю, спроба повернути контроль
Іронія, знецінення	Відмова від уразливості як форми виживання
Різкі перепади настрою	Нестабільність вегетативної та гормональної системи
Ризикована поведінка (вживання, втечі)	Спроба відчуття «життя», протест проти безсилля

Техніки роботи з емоційною ізоляцією

1. Мова непрямого контакту

- «Якби твій настрій був трек — що це за пісня?»
- «Який колір тобі зараз близький?»
- «Що зараз найменше дратує?»

Мета: дати підлітку **обхідний шлях** до емоцій — без прямого запиту «що ти відчуваєш?»

2. Тілесна візуалізація стану

- «Намалюй себе зараз як тварину/героя/силует».
- Додай: що всередині? що ззовні? що ти хочеш змінити?

Це працює навіть при тотальному мовчанні.

3. Фрази без тиску

- «Ти маєш право мовчати. Я просто поруч.»
- «Мені не треба знати все, щоб бути з тобою.»

Групові формати для підлітків (Peer-to-Peer підходи)

Формат: «Колектив сили»

Група 6–12 підлітків, які мають спільний контекст (наприклад, переселення, укриття, втрати).

Компоненти:

- Початкова стабілізація через ритм або дихання.
- Малювання групового символу (наприклад, “наша команда тримається ось так...”).
- Обмін (не обов’язково словами): об’єкт, жест, фраза.
- Коло завершення: «Що я беру з цієї зустрічі?»

Модераторські сесії (підліток — ведучий)

У підлітковому віці авторитетом стає **не дорослий, а рівний**. Запропонуйте:

- створити клуб/групу взаємопідтримки;
- дати кожному «роль сили» (ведучий, DJ емоцій, автор коміксу тощо);
- підготувати 1 тему (наприклад: “Як виглядає мій страх?”) і провести сесію від імені учасника.

Це дає відчуття **контролю, причетності та цінності**.

Психоедукація для дорослих

Пояснійте батькам, вчителям, волонтерам:

- Підліткова **дистанція — це не байдужість**, а спосіб впоратися.
- Не змушуйте говорити, але **створюйте умови**, де говорити можна.
- Підліток не «поганий», не «проблемний» — він адаптується, як уміє.

Висновок

Підлітки — це не «малі дорослі». Це особлива форма болю — гучного або мовчазного. У роботі з ними терапевт — **не контролер, а провідник, який не нав’язує напрям, але не зникає**.

Їхнє зцілення — це не лише про зменшення симптомів, а про **дозвіл бути собою у світі, що змінився**.

Робота з втратою близьких та досвідом втрати дому

Коли дитина або підліток втратив когось із рідних

Травма втрати в умовах війни часто супроводжується відсутністю прощання, відчуттям провини чи блокованим горем. Дитина не завжди має можливість відкрито висловити біль — тому її реакції можуть виглядати непрямими або суперечливими.

Підходи:

- Дозвіл на горювання: «Ти можеш бути сумним. Це нормально сумувати, коли втрачаєш когось важливого».
- Пам’ятні практики:
 - Створення «місця пам’яті» — малюнок, фотографія, символ.
 - Написання «листа небесному другові».

- Метафора продовження: «Навіть коли людина пішла, її тепло – з тобою. Воно живе в тобі».

Коли дитина або підліток опинився за межами України

Багато дітей були змушені покинути Україну і наразі перебувають у культурно, мовно і соціально чужому середовищі. Це часто супроводжується відчуттям втрати ґрунту під ногами.

Психологічна робота:

- Повернення до ідентичності: творчі практики, пов’язані з українськими символами, улюбленими піснями, малюнками.
- Визнання подвійної реальності: нове місце не «замість», а «поруч із» Україною.
- Вправа «Мій дім»: створити уявний або реальний образ місця, де безпечно.
- Створення «мікрокапсули стабільності»: збереження особистих речей-опор (лист, фото, іграшка, улюблена річ з дому).

Співпраця з батьками та опікунами

Батьки, які самі перебувають у травмі, потребують простих, зрозумілих орієнтирів для підтримки дитини.

- Пояснення реакцій: «Енурез, істерики чи мовчання — це не “проблема”, а спосіб психіки дитини адаптуватись до стресу».
- Навчання базовим стабілізаційним технікам: обійми з ритмічним погладжуванням, дихання в парі, створення ритуалів на початок і завершення дня.
- Фрази підтримки:
 - «Я з тобою поруч. Я тебе бачу».
 - «Нам усім важко. Але ми разом».
 - «Ми не мусимо бути сильними завжди. Можна просто бути».

Висновок

Діти — не менш постраждалі, а інші у своїй реакції на біль. Вони говорять через рух, уникають слів, реагують через тіло і потребують не діагностики, а безпечної присутності.

Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з дітьми — це не стільки методика, скільки процес, де фахівець стає простором для відновлення, тілесною опорою, ритмом та віддзеркаленням внутрішнього світу дитини.

Робота з біженцями та ВПО: психотерапія в умовах нестабільності

Психологічний портрет ВПО та біженців

Вимушене переміщення — один із найтравматичніших досвідів, що включає втрату дому, безпеки, соціального оточення, звичної ідентичності. Біженці й внутрішньо переміщені особи (ВПО) нерідко залишають зону бойових дій у стані шоку або високої тривоги. У їхньому досвіді часто переплетені:

- втрата звичних орієнтирів (житло, робота, школа);
- розрив соціальних зв'язків;
- невизначеність щодо майбутнього;
- провина за втечу або «виживання».

Особливої уваги потребують групи:

- самотні матері з дітьми;
- підлітки, відірвані від шкільної чи соціальної системи;
- літні люди, які втратили сенс життєвих структур.

Виклики психотерапевта в роботі з ВПО та біженцями

Виклик	Коментар
Відсутність стабільності	Люди часто живуть «з валізи» — немає простору для глибокої терапії.
Обмежений контакт із тілом	Люди «виживають головою», а не почуттями.
Втрата довіри	Через пережиті зради, травми, злам підтримки.
Очікування швидкого «полагодження»	Часто клієнт хоче «повернення до норми», якої вже немає.

Базові принципи психотерапії в умовах нестабільності

Принцип	Практична реалізація
Структура навіть у хаосі	Починати і завершувати зустріч за сталим ритуалом.
Робота з тілом – через мале	Дихання, тепло, контакт із землею/опорою.
Підтримка тут-і-тепер	Не завжди говорити про травму, а про «що зі мною зараз».
Збереження автономії	Людина має право нічого не відчувати, не згадувати, не хотіти.

Практичні інструменти підтримки ВПО та біженців

Для індивідуальної роботи

Інструмент	Приклади / цілі
Техніка	Візуалізація або створення малюнка-опори: «Де я почуваюся у безпеці?»
Дихання з опорою	Вправа: одна рука на грудях, інша — на животі. Рахунок вдихів/видихів.
Малюнковий цикл «Те, що залишилось»	Ресурсний пошук: малюємо 3 речі, які вцілили в мені або навколо.
Робота з ритуалами	Малий ритуал початку дня (наприклад, запашний чай, коротка молитва або список дяки).

Для групової роботи

Формат	Приклади
Група підтримки «Мій слід»	Люди діляться історією: «Що я взяв із собою, навіть якщо нічого не мав у руках».
Арт-група «Дім у мені»	Створення образу дому всередині себе — навіть у чужому просторі.
Спільна вправа «Колесо підтримки»	Малюємо коло з фрагментів: що/хто мене тримає зараз (люди, речі, місця, звички).

Робота з темами втрати, гніву, провини, ідентичності

Тема	Терапевтичні акценти
Втрата дому	Вправа: що було для мене «дім»? Що я можу взяти в нове життя з собою — не матеріального?
Гнів	Гнів — природна реакція. Мета: дати йому форму (пластилін, голос, рух).
Провина «вижившого»	Переформатування: «Я маю силу — це не провина, а дар».
Зміна ідентичності	Обговорення: ким я став? Що в мені збереглося, навіть після переміщення?

Якщо клієнт повертається в зону небезпеки або не має постійного місця

У нестабільному життєвому контексті терапія має працювати як **«мобільний контейнер»**, що зберігає опори навіть при зміні місця.

Що допомагає:

- практики «в кишені»: короткі дихальні вправи, тілесні самостабілізації;
- символічні об'єкти (камінь, малюнок, амулет, фотографія);
- внутрішній діалог: «Коли я не знаю, що буде, я знаю, хто я».

Робота з дітьми ВПО та біженцями

Метод	Пояснення
Малюнок «Мій дім тут і тепер»	Дитина уявляє, що її оточує зараз — і що вона хотіла би додати.
Гра «Що я взяв із собою»	Уявна валіза, в яку дитина «пакує» внутрішні сили.
Тілесна стабілізація	Ритмічне дихання, масаж долонь, танець з інструкцією.
Групова історія	Казка, яку створюють разом. Герой переходить через випробування та знаходить місце сили.

Співпраця з громадами та закордонними психологами

- Пояснювати, що травмована людина не завжди «проговорює» — часто вона виявляє потребу в стабільності й дії.
- Розвивати інтеграційні ініціативи, не асиміляційні.
- Створювати середовища, де українці можуть бути не лише «перезжившими», а й тими, хто діє, творить, впливає.

Висновок

Робота з біженцями та внутрішньо переміщеними особами — це не тільки допомога в адаптації. Це збереження внутрішньої цілісності людини в умовах повної нестабільності.

Психолог у такій роботі не лише фахівець, а й точка опори. Іноді — єдина. Терапія в цьому контексті — не про глибину, а про присутність. Не про аналіз, а про витримування. Не про розмову, а про довіру.

Робота з родинами військових: втрати, очікування, підтримка

Психоемоційний стан родин військовослужбовців

Родини військових нерідко живуть у постійному напруженні, переживаючи так звану «невидиму війну» — без фізичної участі в бойових діях, але з глибоким психологічним навантаженням. Типові емоційні прояви включають:

- **гіпертривожність**, постійний моніторинг новин, залежність від сповіщень;
- **вина за власну безпеку або комфорт**, коли інший ризикує життям;
- **гнів** — на державу, військове командування або самого військового;
- **амбівалентність**: почуття гордості, що змішується зі злістю, образою, втомою.

Такий стан може бути хронічним і не проходити навіть під час коротких ротацій або відпусток військового.

2. Види втрат у родинах військовослужбовців

Тип втрати	Прояви
Фізична	Загибель, поранення, зникнення безвісти, втрата тілесної цілісності.
Емоційна відстань	Відчуття, що «людина повернулась, але вона вже не та». Посттравматичні зміни особистості, замкненість.
Втрата звичного життя	Зміни у рутині, зруйновані плани, вимушене перебудовування майбутнього.

Горювання в таких випадках часто має **ускладнений або заморожений характер**, особливо якщо втрата не отримала соціального визнання (наприклад, зникнення безвісти або відсутність прощання).

Принципи психотерапевтичної підтримки родин військових

Принцип	Пояснення
Визнання подвійної ролі	Родичі військових водночас є джерелом підтримки і самі потребують допомоги.
Дозвіл на амбівалентність	Суперечливі почуття до близького військового — нормальні.
Тілесно-емоційне заземлення	Через дихання, сенсорний контакт, просту тілесну дію знижуємо рівень тривоги.
Робота з провинною і гнівом	Арт-вираження, написання листів, робота з тілом без тиску на результат.

4. Робота з дітьми військових

Інструмент	Ціль
Метафоричні історії	Образ героя в мандрівці або місії: «Тато як супергерой, який зараз виконує важливу справу».
Арт-зв'язок	Малюнки, листівки, вироби для військового — збереження емоційного контакту.
«Місце сили вдома»	Уявити або облаштувати простір, де дитина почувається в безпеці.
Вправа «Я тримаю тил»	Надання значущої ролі дитині: «Я – той, хто підтримує вдома».

Створення ресурсного простору для сім'ї

Метод	Приклади
Сімейні ритуали	«Вечір без новин», спільне приготування вечері, щоденне «слухаю тебе» на 5 хв.
Записник сили	Зошит або зошит-пам'ятка, в якому фіксуються пережиті труднощі та досягнення.
Колаж надії	Вирізки, фото, фрази, які символізують зв'язок, віру, єдність.
Символічна присутність	Місце або ритуал, що нагадує про військового: свічка, аркуш із побажаннями, оберіг.

Кризове консультування при втраті

Етап	Психологічна підтримка
Фаза шоку	Пояснення простих фізичних реакцій: тремтіння, плач, заціпеніння — це нормально.
Фаза болю	Створення простору без цензури: «Можна плакати, кричати, мовчати».
Фаза інтеграції	Робота з символами, ритуалами прощання (лист, фото, свічка), участь у культурних або релігійних обрядах.

Найважливіше — **присутність без тиску**. Психолог не пришвидшує процес горя, не пропонує «вийти з нього», а підтримує людину в її темпі.

Рекомендований протокол роботи з родинами військових

1. Психоедукація

Пояснити, що їхні реакції — нормальні відповіді на ненормальні обставини.

Формувати відчуття «я не один/одна у цьому».

2. Ресурсне середовище

Допомогти вибудувати сімейні мікроопори: щоденні ритуали, фрази підтримки, дні без новин.

3. Арт-терапія та тілесність

Просте малювання, робота з глиною, сенсорні об'єкти, масаж долонь або стоп.

Для дітей — гра, для дорослих — дихальні вправи.

4. Робота з емоціями

Давати простір для всіх почуттів: страх, гнів, сором, надія.

Використовувати техніку «назви — відчуй — відпусти».

5. Підтримка батьків як опори для дітей

Допомагати дорослим бути стабільними не завжди, а достатньо — у важливі моменти.

Пояснити, що не потрібно знати відповіді, достатньо бути поруч.

Заключне слово

Робота з родинами військових — це не тільки про втрати. Це про довгу історію очікування, тиші, напруги, розриву — і про збереження зв'язку попри все.

Психолог тут — не радник, а свідок. Він тримає простір для болю, який часто замовчується. У цій тиші розгортається головне: опора, пам'ять, присутність.

Психологічна підтримка в умовах окупації та евакуації

Особливості психіки в умовах окупації

Життя в окупації — це тривалий, виснажливий досвід психологічного насильства. Людина втрачає не лише побутову стабільність, а й базові відчуття захищеності, приналежності, надії.

Психіка переходить у режим **хронічного виживання**, що проявляється через:

- гіперпильність або емоційне оніміння;
- дезорієнтацію в часі, зміну сприйняття простору;

- флешбеки, фрагментарні спогади;
- гнів на себе або оточення за безсилля;
- втрату ідентичності, розрив зв'язку з історією та спільнотою.

Окупація формує **глибоку травму безконтрольності**, яка триває навіть після звільнення території або евакуації.

Психологічні наслідки евакуації

Навіть успішна евакуація з зони небезпеки часто сприймається не як полегшення, а як **нова травма втрати**. Людина залишає:

- дім, улюблені речі, звичну структуру життя;
- соціальні зв'язки, статус, мову середовища;
- символічні прив'язки (місця, події, плани).

Типові психологічні наслідки:

- емоційна порожнеча, апатія;
- провина вцілілого, знецінення власних емоцій;
- страх невідомого, тривога адаптації;
- сором за власну вразливість або «неприспособованість».

Підходи до стабілізації після окупації чи евакуації

Підхід	Пояснення
Валідизація досвіду	Визнаємо реальність болю, а не шукаємо «плюси».
Дозвіл на тишу терапевтична.	Не всі готові говорити — психологічна тиша теж
Мікро-ритуали	Структура в хаосі: чай, хід думок, короткі повторювані дії.
Психоедукація	Пояснення, як мозок реагує на тривалий стрес, і що це — нормально.

Практичні техніки стабілізації

Назва техніки	Мета
«Острів безпеки»	Візуалізація уявного місця спокою, куди людина може «повертатися» подумки.
«Мій дім всередині»	Малюнок вправа, що фокусується на тому, що залишилось зі мною попри зовнішні втрати.
Дихання з фразою-якорем	Повільне дихання з повторенням фрази: «Я тут. Я живий. Це новий початок».
Карта втрат і ресурсів	На одному аркуші позначаються втрати та ресурси — включаючи нові, потенційні.

Спільнота як ресурс

Форма	Приклад реалізації
Групи взаємопідтримки	Онлайн або наживо: розмова, спільне мовчання, малювання, спільні вечери.
Символічна діяльність	Щоденники, пам'ятні листи, історії, малюнки, які формують новий наратив.
Повернення до ідентичності	Ритуали, мова, пісні, обряди як елементи, що зшивають з минулим.

Поради для фахівців

Рекомендація	Обґрунтування
Темп — адаптивний	Адаптація не має фіксованого терміну.
Працювати через тіло	Рух, поза, дихання — часто ефективніші за вербалізацію.
Обережність із мовою	Уникати фраз «все вже добре» — це може бути не так для людини.
Толерантність до відмови	Людина має право не довіряти, не говорити, не брати участі.
Орієнтація на базове	Турбота про побут, сон, їжу — теж психотерапія.

Рекомендований протокол підтримки

1. Визнання глибини досвіду

- Нормалізувати почуття безсилля, втрати, ненависті, розгубленості.

2. Використання технік саморегуляції

- Дихальні вправи, заземлення, тілесна стабілізація.

3. Робота з темою ідентичності

- Питання: «Хто я тепер?», «Що залишилось зі мною після всього?»

4. Ресурс спільноти

- Групи, родина, онлайн-зв'язки, символічні ритуали.

5. Час і простір

- Людина має право адаптуватися у своєму ритмі. Форсування — дестабілізує.

6. Інструменти самопомог

- Психоедукаційні листівки, аудіомедитації, вправи на щодень.

Заключне слово

Окупація і евакуація — це не просто зовнішні події. Це глибокий досвід психологічного зсуву, втрати координат і сенсів.

Робота психолога в цьому випадку — це **не пояснити людині, що робити**, а бути тим, хто не відвертається, витримує, бачить. Присутність, прості практики, безумовне прийняття — це й є початок відновлення.

Травма сексуального насильства під час війни

Визначення та контекст

Сексуальне насильство у воєнний час — це цілеспрямована форма психологічного та фізичного знищення, що порушує цілісність людини, її тіло, гідність, свободу вибору. Воно є не лише приватною трагедією, а й зброєю, спрямованою на деморалізацію, контроль і руйнування соціальної тканини.

В українському контексті сексуальне насильство з боку окупантів стало частиною системного терору на окупованих територіях. Постраждалі часто зіштовхуються з подвійним тиском: внутрішнім (сором, вина, ізоляція) та зовнішнім (стигматизація, замовчування, відсутність підтримки).

Типові психологічні наслідки

Прояв	Характеристика
Дисоціація	Емоційна відстороненість, втрата зв'язку з тілом, амнезія
ПТСР	Флешбеки, панічні атаки, порушення сну
Вина, сором, самозвинувачення	Навіть якщо насильство було примусовим — реакція «я винна» часто є автоматичною
Порушення базових функцій	Харчування, сон, сексуальність, соціальні контакти
Страх тілесного контакту	Відмова від близькості, недовіра до тіла, тілесна ворожість
Втрата сенсу, самооцінки	Почуття зламаності, безвиході, глибокого екзистенційного болю

Принципи безпечної терапевтичної роботи

Принцип	Застосування
Згода	Уся робота — лише на основі добровільної участі та контролю з боку клієнта
Без тиску	Жодних технік, які можуть бути сприйняті як нав'язування, навіть якщо «психологічно доцільні»
Ресурсна фаза — перша	Стабілізація, заземлення, відновлення контакту з тілом перед будь-якою глибшою роботою
Не деталізація, а безпека	Головне — не реконструкція подій, а відновлення відчуття «я живу» і «я в безпеці»

Техніки стабілізації та підтримки

Техніка	Мета
Контур тіла	Малювання або уявлення меж тіла як простору, що належить лише людині
«Моє тіло — мій дім»	Арт-практика: образ тіла як безпечного простору, переосмислення стосунку до себе
Дихання з фразою-якорем	Повторення: «Я тут. Це моє тіло. Я маю силу» — ритмічно з диханням
Символ захисту	Створення предмета або уявного образу, який втілює силу, бар'єр, захист
Тілесна мапа ресурсу	Позначення ділянок тіла, де ще залишилось відчуття тепла, сили, присутності

Підтримка клієнта у прийнятті себе

Метод	Пояснення
Робота з виною	Пояснення, що насильство — це вибір агресора, а не відповідальність жертви
Відновлення автономії	Вправи на вибір, контроль, ухвалення рішень — навіть у дрібницях
Лист із майбутнього	Уявити, що я собі скажу з майбутнього моменту сили
Згадка про ресурс	Вправа: пригадати ситуацію, де клієнт/клієнтка відчував силу, підтримку, гідність

Соціальний контекст і міждисциплінарна етика

Сфера	Підхід
Конфіденційність	Усі дії — лише зі згоди, без примусу до заяв, судових процесів тощо
Межі відповідальності	Психолог — не слідчий, не суддя, не координатор — лише підтримка
Взаємодія з іншими	За бажанням клієнта — контакт із юристами, медиками, правозахисниками
Інформаційна обережність	Не ставити уточнюючих запитань про події без прямої ініціативи клієнта

Підтримка та стійкість самого фахівця

Сфера	Поради
Супервізія	Регулярне обговорення складних тем — для профілактики вторинної травматизації
Власні межі	Уміння зупиняти роботу на час, коли виникає емоційне перенавантаження
Емоційна свідомість	Робота зі своїм гнівом, соромом, безсиллям — як частиною терапевтичного поля
Роль психолога	Бути присутнім, витримувати — не «рятувати», не «повертати до життя» силоміць

Рекомендований протокол роботи

1. Працювати виключно в режимі згоди клієнта

Клієнт має повний контроль над процесом: ритмом, змістом, глибиною.

2. Уникати повторної травматизації

Не стимулювати пригадування подій без повної готовності та ресурсу.

3. Створювати безпечне середовище

Тепло, приватність, передбачуваність, стабільна взаємодія.

4. Використовувати ресурсні техніки

Тілесне заземлення, образи захисту, фрази-якорі, творчість.

5. Підтримувати самих фахівців

Супервізія, психологічна гігієна, обговорення професійних меж.

Висновок

Сексуальне насильство під час війни — це не лише акт жорстокості, а руйнівна атака на гідність, контроль, тілесну ідентичність.

Психологічна допомога в цій сфері має бути **максимально бережною, дозованою і людяною**. Це не терапія з методик, а простір для повернення до себе — без насилля, без нав'язування, із визнанням болю і сили, яка витримала.

10. ПСИХОТЕРАПЕВТ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ: СПЕЦИФІКА ПРИСУТНОСТІ І ВТРУЧАННЯ

Контекст бойової зони: фактори впливу

Психологічна допомога в зоні бойових дій вимагає не лише професіоналізму, а й глибокої адаптивності. Тут психотерапевт стикається з багаторівневою реальністю:

- Фізична небезпека: обстріли, нестабільна обстановка, постійна мобільність.
- Сенсорне перенавантаження: шум, вібрації, зміна температури, нічні тривоги.
- Психоемоційне поле: накопичена втома, втрата, агресія, страх, відчай.

Фахівець входить у середовище, де головним ресурсом є стабільна людська присутність.

Принципи психотерапевтичної присутності на війні

Принцип	Пояснення
Простота	Мінімум технік — максимум стабілізації: дихання, тілесна опора, вода, фраза.
Присутність	Не терапія, а бути: поруч, витримувати, підтримувати.
Довіра через дію	Не обіцянки, а прості дії: наявність, стабільний погляд, обережне слово.
Тиша як інструмент	Військові часто не готові «говорити», але готові бути разом — це вже допомога.

Ролі фахівця у бойовій зоні

Роль	Завдання
Контейнер емоцій	Створити умовний «сейф» для переживань, щоб не «вибухати» в небезпечний момент.
Ресурсний провідник	Пропонувати прості вправи, що дають контроль: дихання, заземлення.
Нейтральна фігура	Не втручатись у командування чи тактику, залишаючись на боці психічного здоров'я.
Посередник	Можливість передати важливу інформацію про стан підрозділу, не порушуючи довіру.

Практичні інструменти на місці

Вправа	Опис
«3 відчуття»	Запропонувати назвати 3 відчуття прямо зараз: температура, звук, вага.
Дихання під бронезилетом	Ритм: вдих — 4 секунди, затримка — 2, видих — 6. Синхронізується з рухом.
Візуальна фіксація	Прив'язка уваги до об'єкта: земля, камінь, гудзик — дає точку реальності.
Якір сили	Фраза, жест або предмет як талісман — опора під час кризи.

Зразки слів підтримки у бойових умовах

Коли людина мовчить, але видно напругу:

- «Я поруч. Мені не треба, щоб ти щось говорив.»
- «Це нормально — мовчати. Тут просто можна бути.»
- «Я витримую твоє мовчання, як і ти — свою тишу.»

Коли людина в стані напруження або дезорієнтації:

- «Повернись до себе: ти тут, на землі, ти дихаєш.»
- «Ти все ще маєш тіло — і це вже сила.»
- «Зараз не треба вирішувати все. Просто дихай. Ми тут.»

Коли виникає почуття провини:

- «Це важко витримати. І водночас — ти витримуєш.»
- «Жодне рішення на війні не буває ідеальним. Ти не сам у цій двозначності.»
- «Те, що ти живий — вже важливо. Це не злочин, а виклик.»

При зневірі, гніві, злості:

- «Це окей — злитися. Це знак, що ти ще живий.»
- «Можна бути сильним і злим одночасно. Я не засуджую.»
- «Це не слабкість — це втома від сили.»

Для м'якої стабілізації:

- «Назви, що відчуваєш у руках. Вони є — значить, ти є.»
- «Твоя земля під ногами — от і реальність.»
- «Що б не було — дихання все ще з тобою.»

У прощанні:

- «Дякую, що витримав цей час зі мною.»
- «Ти не один у цій дорозі. Навіть якщо я йду — пам'ятай про це.»
- «Я не заберу твій біль, але можу бути поряд, поки ти його несеш.»

Самодопомога фахівця

Метод	Навіщо
Межі ролі	Ви не «рятівник», а стабілізатор. Завдання — витримати, не вирішити все.
Мікро-відновлення	Ковток води, «м'яка» фраза самому собі: «Я тут. Я достатній».
Післявийзна розрядка	Виписати враження, проговорити на супервізії.
Ротація	Необхідна пауза після кількох днів інтенсиву — це профілактика вигорання.

Етичні аспекти

Сфера	Що важливо
Добровільність	Жодних втручань без запиту, навіть «дуже корисні» техніки мають бути вибором.
Конфіденційність	Не фіксувати фото/відео без дозволу. Не публікувати образів клієнтів.
Присутність у кризі	Бути поруч навіть під обстрілами — без коментарів і оцінок.

Рекомендаційний протокол

1. Дотримуватись принципу «мінімального втручання з максимальною присутністю».
2. Використовувати короткі стабілізаційні практики: дихання, фіксація уваги, контакт із тілом.
3. Не змушувати до розмови — акцент на витримуванні стану поруч.
4. Співпрацювати з медиками, волонтерами, командирами — з повагою до контексту.
5. Важливо мати регулярну супервізію і ротацію для самозбереження.

Висновок: Психолог у фронтовій зоні — це не лише фахівець, а й свідок, опора, носій присутності. Найважливіше — зберегти себе, щоб бути з іншими. Психологічна допомога в таких умовах — це не «професійний подвиг», а жест людяності на межі виживання.

11. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (РФА) У ПОЛЬОВИХ УМОВАХ: ШВИДКЕ РЕАГУВАННЯ В КРИЗОВІЙ СИТУАЦІЇ

Що таке перша психологічна допомога (РФА)?

Психологічна перша допомога (РФА) — це негайне психосоціальне втручання, яке надається людям одразу після пережитої травматичної події, щоб зменшити первинний стрес і запобігти розвитку ПТСР чи тривалих розладів. РФА не є психотерапією, а дієвою підтримкою в перші години або дні після шоку.

Коли і де застосовувати:

- одразу після обстрілів, аварій, поранення, втрати;
- у польових шпиталях, бомбосховищах, місцях евакуації;
- для військових, цивільних, дітей, рятувальників, медиків;
- на місцях масових втрат або евакуаційних хабах.

Основні принципи РФА (модель 5 “Р”):

1. **Присутність (Presence):** бути поруч із людиною у спокійний, зібраний спосіб.
2. **Повага (Protection):** забезпечити фізичну безпеку і почуття захищеності.
3. **Прив’язаність (Connection):** підтримати зв’язок, не залишати сам на сам.
4. **Підтримка (Comfort):** надати слова підтримки, дати елементарні завдання.
5. **Проведення далі (Pathway):** допомогти людині зробити наступний крок (напр. евакуація, контакт із близькими, медична допомога).

Етапи простого протоколу РФА:

1. **Оцінка безпеки:** забезпечити, що людині нічого не загрожує фізично.
2. **Контакт і слухання:** не розпитувати, а слухати — з увагою, але без тиску.
3. **Нормалізація:** пояснити, що реакція шоку — нормальна. Дати впевненість, що вона мине.
4. **Психоедукація:** коротко розповісти, що може відчувати найближчими днями, що робити при тривозі.

5. **Залучення ресурсів:** допомогти зв'язатися з родиною, лікарем, психологом.
6. **Завершення:** підтримати мотивацію до самодопомоги і запропонувати подальшу підтримку.
-

Що не варто робити:

- не змушуйте людину “виплакатись” чи “виговоритись”;
 - не ставте діагнозів;
 - не перебільшуйте і не применшуйте ситуацію;
 - не давайте порад у формі “тобі треба просто...”
-

Кому рекомендовано:

- медичному персоналу;
- психологам, волонтерам, військовим капеланам;
- освітянам, які працюють у зонах бойових дій;
- лідерам спільнот, які приймають ВПО.

12. ГРУПОВА ТРАВМА ТА КОЛЕКТИВНА ПІДТРИМКА

EMDR-IGTP-OTS-R у дії

Суть групової травми в умовах війни

У сучасних умовах війни в Україні групова психологічна травма стала поширеним явищем. Ветерани, цивільні, діти — всі зазнають впливу хронічного стресу, переживань втрати, невизначеності та емоційного виснаження. У таких випадках групові протоколи інтервенції дозволяють надавати допомогу одразу великій кількості людей у короткий термін.

Що таке EMDR-IGTP-OTS-R

EMDR-IGTP-OTS-R (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Integrative Group Treatment Protocol – Ongoing Traumatic Stress – Revised) — це адаптована групова версія методу десенсибілізації та репроцесінгу рухами очей (EMDR), призначена для роботи з великою кількістю осіб у контексті масової або тривалої травматизації.

Метод поєднує:

- десенсибілізацію за допомогою білатеральної стимуляції (рухи очей, дотик, звук);
- елементи арт-терапії (малюнки);
- фасилітацію в безпечному, підтримуючому середовищі.

Протокол є особливо ефективним у роботі з тривалою травматизацією (ongoing traumatic stress), коли учасники не готові до повної вербалізації травматичного досвіду.

Переваги та доцільність використання

- Стабілізує стан у межах групи навіть у нестабільному середовищі;
- Дозволяє працювати без словесного опису травми;
- Підходить для широкого кола учасників: діти, дорослі, ВПО, ветерани;
- Може застосовуватись у польових умовах, укриттях, школах, медзакладах;
- Знижує рівень емоційного збудження, сприяє внутрішній стабільності;
- Стимулює активізацію внутрішніх ресурсів та відновлення відчуття контролю.

Кому рекомендовано

- Психологам і фасилітаторам з досвідом кризових інтервенцій;
- Спеціалістам, які пройшли навчання з EMDR або мають супервізійну підтримку;
- Для роботи з групами ветеранів, ВПО, родинами загиблих, освітянами, медиками, волонтерами.

Структура впровадження

1. **Інструктаж:** Пояснення методу та створення безпечного середовища.
2. **Стабілізаційна вправа:** Дихальні техніки, заземлення.
3. **Малюнки:** Учасники створюють 3–5 послідовних малюнків, пов'язаних із пережитим.
4. **Білатеральна стимуляція:** Самостійне постукування по плечах (метод «метелика») або рухи очима.
5. **Малюнок ресурсу:** Завершення сесії позитивним образом.
6. **Обговорення (необов'язкове):** Короткий зворотний зв'язок, лише за бажанням.

Технічні аспекти

- Групи: від 6 до 30 осіб;
- Тривалість: 1,5–2 години;
- Не потребує спеціального обладнання;
- Безпечно для застосування навіть у нестабільних умовах.

Показання та протипоказання

Показання:

- ПТСР, симптоми вторинної травматизації;
- Досвід обстрілів, евакуації, втрат;
- Емоційне виснаження у кризових фахівців.

Протипоказання:

- Активні психотичні стани;
- Високий ризик самогубства без психіатричного супроводу.

Рекомендації

- Обов'язкове дотримання структури;
- Фасилітатор має мати базову підготовку або супервізійну підтримку;
- Після сесії рекомендується інформувати про можливості індивідуальної допомоги.

Досвід України

Протокол EMDR-IGTP-OTS-R активно використовується в Україні під час війни в роботі з переселенцями, дітьми, ветеранами та постраждалими громадами. Його ефективність підтверджена у контекстах, де важлива швидка стабілізація без глибокого проговорювання травми.

13. РОБОТА З ВЕТЕРАНАМИ:

повернення, адаптація, посттравматичне зростання

Особливості повернення до цивільного життя

Повернення військових з фронту — це не лише фізичне переміщення, а глибокий психоемоційний процес трансформації. Людина повертається до реальності, що вже змінилася, і водночас сама зазнала фундаментальних змін.

Типові виклики:

- Втрата бойового ритму, відчуття мети та чіткого сенсу
- Внутрішня дезорієнтація в мирному середовищі
- Конфлікти у родині через зміну ролей і очікувань
- Емоційна приглушеність або, навпаки, надмірна гіперпильність
- Порушення сну, адаптації до повсякденних подразників
- Екзистенційна порожнеча: «Хто я тепер?»

Стратегії психосоціальної адаптації

- Нормалізація симптомів: пояснення, що емоційні та тілесні реакції є природними після екстремального досвіду.
- Групова підтримка: участь у ветеранських спільнотах, обмін досвідом без тиску.
- Повернення до тіла: тілесно-орієнтовані практики, спортивні заняття, ритм.
- Сенсотворення: пошук нової ролі, цінності, мети в житті.
- Соціальна інтеграція: допомога у працевлаштуванні, консультації щодо кар'єрного шляху.

ПТСР: діагностика та підтримка

- Розпізнавання симптомів: флешбеки, нав'язливі спогади, уникання тригерів.
- Техніки стабілізації: заземлення, ритм, дихання, білатеральна стимуляція.
- Побудова плану реагування на тригери: «коли я чую звук — що можу зробити?»
- Залучення психіатра за потреби: підтримка медикаментами, якщо симптоматика критична.

Посттравматичне зростання

- Усвідомлення внутрішньої сили: «я вижив — і можу жити далі».
- Формування нової філософії: переосмислення життєвих цінностей.

- Відчуття місії: наставництво, допомога побратимам, участь у волонтерстві.
- Повернення до духовності: молитва, ритуали, новий духовний досвід.

Роль сім'ї та суспільства

- Освіта родичів про травму, її прояви та механізми.
- Прийняття емоційних реакцій без нав'язування змін.
- Суспільна підтримка: визнання, включення, реальні можливості для розвитку.
- Створення спільної «мови відновлення» між ветераном і близькими.

Підтримка фахівця

- Знання специфіки військового досвіду — терміни, умови, культура.
- Прийняття прямої, закритості, гумору як захисного механізму.
- Супервізія для фахівця: розвантаження емоцій, робота з почуттям безсилля.
- Власні стратегії відновлення: спорт, мистецтво, природа, контакт із побратимами.

Рекомендаційний протокол

1. Починати роботу з тілесного ресурсу: стабілізація, дихання, присутність.
2. Дозволити клієнту самому визначити темп і напрям розмови.
3. Поважати потребу в тиші або мовчанні — іноді це спосіб утримання стабільності.
4. Підтримувати пошук сенсу — навіть якщо він не схожий на «дофронтний».
5. Не ізолювати ветерана в ролі жертви — працювати з його силою, досвідом і гідністю.

Висновок

Повернення до мирного життя для ветерана — це складна, багато-рівнева подорож. У ній поєднуються втрата, адаптація, нові сенси та можливість внутрішнього зростання. Психологічна підтримка в цьому процесі має бути гнучкою, чутливою до темпу клієнта, ґрунтованою на довірі та фокусі на ресурсах. Робота з ветеранами — це не тільки про зіцелення травм, але й про відновлення гідності, цінності життя та місця у світі після війни. Вона потребує від фахівця не лише знань, а й глибокої людяності, витримки та професійної присутності.

14. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ МАСОВИХ ВТРАТ, ОБСТРІЛІВ І ТРИВАЛОГО СТРЕСУ

Війна, яка триває в Україні, щоденно завдає важких травм мільйонам людей. Обстріли, руйнування, втрата рідних, життя в постійній тривозі — все це глибоко впливає на психіку, підриваючи базове відчуття безпеки й стабільності. Проте навіть у найтемніші часи людина здатна зберігати гідність, відновлювати внутрішню опору та знаходити сенс.

Цей протокол створений як практичний інструмент для психологів, волонтерів, освітян і громадських лідерів. Його мета — допомогти стабілізувати емоційний стан постраждалих, зменшити наслідки гострої травми й сприяти внутрішньому відновленню.

РЕКОМЕНДАЦІЙНИЙ ПРОТОКОЛ: КРОК ЗА КРОКОМ

1. Безпечний простір: тілесна і психологічна стабілізація

- Забезпечити базові умови: тепло, захист від шуму, мінімум подразників
- Дати можливість сісти або прилягти, запропонувати воду, ковдру, тишу
- Бути присутнім поруч, але не порушувати особистий простір

2. Тиха підтримка: бути поряд, а не «рятувати»

- Поважати право на мовчання або сльози
- Бути доступним, не примушуючи до діалогу
- Уникати фраз на кшталт «все буде добре», натомість — «Я з тобою», «Те, що ти зараз відчуваєш — нормально»

3. Стабілізаційні техніки: тіло як опора

- Заземлення: техніка 5-4-3-2-1
- Дихання: «вдих на 4, пауза, видих на 6»
- Малюнок емоції, «коло сили», тримання теплового предмета в руках

4. Діти: гра, ритуал і повторюваність

- Рольові ігри: «укриття», «захисник», «дружня тварина»
- Казкотерапія: історії про витривалий дім, тваринку, що допомагає
- Рутини: чай перед сном, ранкова пісня, прикрашення кімнати

5. Відновлення сенсів: не просто вижити, а жити

- Малюнок майбутнього: «ким я хочу бути після війни»
- Ритуали: дерево пам'яті, камінь сили, свічка на згадку
- Групові активності: спільна їжа, прибирання, «стіна спільноти»

ПІДСУМКИ

Психологічна підтримка в умовах війни — це не про «вилікувати», а про бути поруч, дати опору, зберегти гідність. У кожному маленькому кроці — велика сила: ковдра, слово, погляд, малюнок. Особливо в Україні, де людяність стала новим фронтом.

Цей протокол — не універсальне рішення, а мова підтримки, зрозуміла кожному, хто відчуває біль іншого.

Психологічна підтримка освітян, капеланів та волонтерів

В умовах війни освітяни, капелани та волонтери відіграють роль не лише професіоналів, а й **опорних фігур**, які щодня тримають свої «фронти» — освітній, духовний, гуманітарний. Водночас вони самі перебувають у стані стресу, втрат і виснаження. Тому їхня психологічна підтримка — це не привілей, а **необхідність для збереження систем стійкості суспільства**.

Освітняни: психоемоційне навантаження і стійкість

У воєнний час вчителі стають стабілізуючими фігурами для дітей, часто навіть для батьків. Вони вчать математики і водночас допомагають дитині пройти через втрату дому. Вони адаптуються до уроків в укритті і продовжують викладати, попри власний біль.

Основні виклики:

- **Емоційне вигорання**, гіпервідповідальність, відсутність меж між «роботою» і «життям».
- **Робота в умовах нестабільності**: постійні тривоги, онлайн-формат, евакуація учнів.
- **Супровід дітей**, що пережили травму, втрату, депресію, роз'єднання з родиною.

Практичні рекомендації:

1. **Щоденні мікро-стабілізації**: короткі дихальні вправи, моменти тиші, регулярні рутини.
2. **Вправа «моє “достатньо добре” сьогодні»** — щоденне визнання власної обмеженості і досягнень, навіть маленьких.

3. **Групи підтримки серед колег:** простори для «виговорення», взаємопідтримки та обміну стратегіями.
4. **Візуальні ресурси в класі:** сенсорні куточки, плакати з емоційною шкалою, «місця спокою» у приміщенні.
5. **Інтеграція емоційної грамотності в уроки:** короткі вправи на розпізнавання емоцій, техніки дихання, щоденники настрою.

Протокол підтримки освітян:

- Дозволити собі **відчувати втому, злість, сум** — це не ознака слабкості, а нормальна реакція на ненормальні обставини.
- Нормалізувати **коливання професійної ефективності**: іноді «бути достатньо хорошим» — уже велике досягнення.
- Впроваджувати принцип:
«Піклуючись про себе — я зміцнюю своїх учнів.»

Приклад з української практики:

У 2023 році вчителька зі Слов'янська організувала у підвалі школи «тиху кімнату». Діти могли тут малювати, слухати музику, гратись сенсорними іграшками під час повітряних тривог. Пледы, книжки, лампи-тепла створювали простір емоційного відновлення. Учні заспокоювались — і вчителі теж.

Капелани: духовна присутність у кризі

Капелани — це ті, хто залишається поруч, коли слова втрачають силу. Вони тримають духовний простір, несуть присутність, яка зцілює — навіть мовчки.

Основні виклики:

- **Постійне зіткнення зі смертю**, пораненнями, стражданнями і глибоким екзистенційним болем.
- **Уразливість**: капелани — також люди, які переживають втрати та виснаження.
- **Баланс між релігійною функцією та емпатичною підтримкою** для людей з різними переконаннями.

Практичні рекомендації:

1. **Капеланські групи підтримки** (онлайн або офлайн): місця безоцінного ділення.
2. **Супервізія або духовне наставництво** — простір для рефлексії, молитви, відновлення.
3. **Вправа «Світло всередині»** — візуалізація внутрішнього джерела надії, зв'язку з вищим.

4. Символічні ритуали:

- написання молитов для тих, кого вже немає;
- створення «камінців пам'яті»;
- обрядова тиша поруч із тими, хто страждає.

Протокол підтримки капеланів:

- Надати простір для їхнього болю, без очікувань «бути сильними для всіх».
- Підтримати право «просто бути», а не завжди рятувати.
- Визнати, що духовний досвід може бути потужним ресурсом витривалості.

Приклад з української практики:

Капелан на Харківщині проводив щотижневі «ритуали каменів»: люди писали імена загиблих на камінчиках і клали їх у «сад пам'яті» біля храму. Це стало джерелом спільної скорботи і духовного зцілення для громади.

Волонтери: між допомогою і виснаженням

Волонтери — це мотор громадянського суспільства. Вони годують, вивозять, слухають, знаходять ліки, рятують життя. Але часто — втрачають себе в цьому служінні.

Основні виклики:

- **Хронічна втома, зневоднення, недосипання.**
- **Вторинна травматизація** — особливо при роботі з пораненими, біженцями, дітьми.
- **Соціальний тиск:** очікування вдячності, «героїзм без права на слабкість».

Практичні рекомендації:

1. **Навчання стабілізації та заземлення:** дихання, рух, тактильні техніки.
2. **«Кімнати ресурсності»** — навіть маленькі зони з ароматами, музикою, чаями.
3. **Організація навантаження:** чіткі зміни, перерви, право сказати «я сьогодні не можу».
4. **Стіни вдячності:** дошки з листівками, фотографіями позитиву, гумору.

Протокол підтримки волонтерів:

- **Регулярні інтерв'ї:** місця, де можна «виговорити» й почути «я теж так».

- Визнання:
«Ти маєш право зупинитись. Ти — не Бог. Ти не зобов’язаний рятувати всіх.»
- Практики вдячності: невимушені, людяні, без пафосу — обійми, слова, просте «дякую».

Приклад з української практики:

У Львові волонтерський центр ввів «годину тиші»: раз на тиждень — 60 хвилин без слів, екранів, завдань. Тільки крісло-гойдалка, звуки природи і чашка чаю. Це стало джерелом глибокої регенерації для команди.

15. УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Підходить для індивідуальної роботи з дорослими, підлітками, цивільними та військовими (онлайн або очно).

Тривалість: 45–55 хв

1. Підготовка та стабілізація (15 хв)

Мета: створити стан регуляції, опори, безпечного контакту з тілом

- ☐ **Легка гіпнотична індукція:**
Повільне дихання (3–6 циклів/хв), поступове сканування тіла від стоп до голови.
Голос фахівця — повільний, ритмічний, спокійний.
- ☐ **Візуалізація внутрішнього ресурсу:**
«Уяви місце, де ти повністю у безпеці...»,
Додати деталі: текстура, колір, температура, світло, звуки.
- ☐ **Створення якірного жесту або символу** (стиснення пальців, дотик до серця, погладжування):
асоціюється з ресурсним станом → використовується при тригері.
- ☐ **Перевірка стану:**
 - «Що ти зараз відчуваєш у тілі?»
 - «На скільки балів з 10 ти готовий/готова починати?»(Рівень $\geq 6/10$ — продовжити; < 6 — подовжити стабілізацію)

2. Визначення фокусу (5 хв)

Мета: вибрати одну безпечну ділянку для роботи — «емоційна пляма»

- ☐ Запрошення до обрання:
 - емоції,
 - тілесного відчуття,
 - образу або фрагмента спогаду.
- ☐ Формулювання цілі:
«Я хочу зменшити вплив...», «Мене напружує думка/відчуття...»
- ☐ Локалізація у тілі:
«Де ця напруга живе в тілі?»
 - розмір, форма, колір, текстура (за методом сенсорної мапи)

3. Активація технік десенсибілізації (15–20 хв)

Мета: активувати нейропсихологічний канал переробки дистресу

- **Доступні опції (одна або комбінація):**

- ☐ *Білатеральна стимуляція:*
 - постукування по колінах / плечах / чергування звуків (але НЕ очі!)
 - ☐ *Арт-реакція:*
 - – малювання «емоції до» / «після»,
 - – створення колірної плями / графічної фігури емоції.
 - ☐ *Реакція тіла:*
 - – мікрорух, напруження-розслаблення, постава, тряска.
 - ☐ *Самостимуляція:*
 - EFT (простукування),
 - ритмічне погладжування тіла з фокусом на диханні.
- Очні рухи застосовуються ТІЛЬКИ після зниження емоції до рівня SUD ≤ 5 .

4. Опрацювання (10 хв)

Мета: інтегрувати зміну, вловити нові смисли або переконання

- ☐ Запитання:
 - «Що зараз змінилося?»
 - «Як виглядає цей образ зараз?»
 - «Яку нову фразу хочеться сказати собі?»
 - «Чи змінився тиск, тепло, колір у тілі?»
- ☐ Формування нового переконання / ресурсу:
«Я впорався», «Я гідний безпеки», «Я можу довіряти», «Я живий — це вже перемога»
- ☐ Закріплення:
 - повторення нової фрази,
 - візуалізація ресурсу,
 - повернення до якірного жесту або символу.

5. Завершення та інтеграція (5 хв)

Мета: повернення до стабільного стану та формування домашнього ресурсу

- ☐ Повторне тілесне сканування:
 - «Як зараз тіло?»
 - «Що змінилось з початку сесії?»
- ☐ Дихальна стабілізація або коротка заземлювальна вправа.
- ☐ Домашнє завдання:
 - намалювати «новий стан»,
 - створити символ (камінь, фраза, колір),
 - записати фразу-ресурс або

регулярно практикувати якірний жест.

16. ЄДИНИЙ КРИЗОВИЙ ПРОТОКОЛ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Етап 1. Безпека

- Фізичне укриття, контакт із тілом (ковдра, опора, теплий напій).
- Слова: *«Ти зараз не один / не одна. Я з тобою.»*

Етап 2. Стабілізація

- Дихальні вправи: 4-2-6 або 5-5-5.
- Образ місця сили, предмет-ресурс (камінь, браслет, хустка).

Етап 3. Валідизація

- *«Це нормально, що ти так почуваєшся.»*
- *«Ми з цим впораємося — крок за кроком.»*

Етап 4. Орієнтація

- Сенсорне заземлення: *«Назви 3 речі, які бачиш, 2 — які чуєш, 1 — яку відчуваєш тілом.»*
- Теперішній момент: *«Зараз ми тут, у цьому місці...»*

Етап 5. Підтримка наступного кроку

- *«Що б ти хотів / хотіла зробити зараз?»*
- *«Хто міг би бути поруч?»*
- *«Чи хочеш, щоб ми залишались на зв'язку?»*

Рекомендаційні принципи до впровадження протоколу:

1. Надавати першу психологічну допомогу з фокусом на тілесну безпеку та ресурси.
2. Давати можливість говорити або мовчати — обидві стратегії допустимі й рівноцінні.
3. Використовувати групові форми підтримки: спільні ритуали, спів, творчість.
4. Для дітей — гра, казки, обійми, допомога в створенні нового «домашнього простору».
5. Сприяти відновленню зв'язку з життям: рутини, піклування про рослини чи тварин, мистецтво.

Чому важливий Єдиний кризовий протокол психотерапевтичної підтримки

У контексті війни, втрат, окупації, переселення та щоденної загрози життю, суспільство стикається з глибокими психологічними травмами. Люди втрачають базове відчуття безпеки, контроль над реаль-

ністю, зв'язок із тілом, близькими, самими собою. У таких умовах **кожна хвилина психологічного контакту має значення.**

Цей протокол — проста, універсальна і водночас глибоко вивірена структура кризової допомоги, яка може бути застосована:

- у польових умовах, в укриттях, під час евакуації;
- у школах, лікарнях, громадських просторах;
- у роботі з дорослими, дітьми, військовими, цивільними;
- навіть у дистанційному форматі — онлайн чи телефоном.

Переваги протоколу:

1. Чітка структура у хаосі

У стані кризи когнітивна сфера порушена, мислення фрагментоване. Протокол із п'яти простих етапів створює **чіткий і безпечний маршрут дій** для фахівця або волонтера.

2. Фокус на тілесній і емоційній безпеці

Тіло — перший носій травматичного досвіду. Контакт, тепло, дихання, опора допомагають зменшити гіперзбудження й повернути відчуття «я є», «я тут».

3. Валідизація як перший крок до зцілення

Фрази на кшталт *«Це нормально», «Ти маєш право це відчувати»* — знімають внутрішню напругу та стигму навколо емоцій.

4. Універсальність для різних груп

Протокол легко адаптується:

- для дітей — через гру, казку, тілесний контакт;
- для дорослих — через спокій, вибір, мову підтримки;
- для груп — через спільні дії, ритуали, спілкування.

5. Допускає мовчання

Людина може мовчати, відводити погляд, не відповідати — і це нормально. **Присутність важливіша за слова.**

6. Сприяє поверненню до життя

Запитання на кшталт *«Що ти можеш зробити?»* активують автономію. Маленький крок — випити чаю, написати повідомлення, обійняти когось — може стати **поворотним моментом до зцілення.**

Ключові принципи застосування:

- **Стабілізація** — завжди на першому місці. Перш ніж торкатися глибинних тем, необхідно створити простір безпеки.
- **Гнучкість і адаптивність.** Один і той самий протокол може виглядати по-різному залежно від людини і контексту.

- **Не замінює терапію, але відкриває до неї шлях.** Це перший крок, який може зменшити ризик загострення та мотивувати на подальшу роботу з фахівцем.
-

Підсумок

Цей протокол — не просто алгоритм. Це людяна, чуйна дія, що повертає людині зв'язок із собою.

Це спосіб залишатись поруч — навіть коли слів замало.

Це основа психологічного порятунку в умовах надзвичайної реальності.

17. РОБОТА З ТІЛЕСНИМ БОЛЕМ ЯК НАСЛІДКОМ ПСИХОТРАВМИ

Тіло пам'ятає — навіть коли психіка мовчить

Психотравма залишає відбиток не лише в емоціях чи спогадах, а й у фізичному тілі. Часто, коли клієнт не може або не хоче говорити про пережите, його симптоми проявляються як **невиразний або хронічний біль**. Медичні обстеження не виявляють патології, проте тіло «говорить» — через напругу, спазм, безсоння, тремор.

Це **не симуляція і не перебільшення**. Це — тілесний запис травматичного досвіду, зафіксований у нервовій, м'язовій, гормональній та сенсорній системах.

Поширені психосоматичні прояви при ПТСР

Скарга	Можливий зв'язок із травмою
Біль у шлунку, нудота	тривожний «зажим», активація симпатичної НС
Хронічний головний біль	м'язова напруга шиї, гіперконтроль, перевантаження ЦНС
Судоми, тремор	розряд накопиченого м'язового напруження
Біль у спині, попереку	довготривала мобілізація, «бойова готовність»
Порушення сну, нічні жахіття	активація амігдали, нічне повторне «переживання» травми
Серцево-судинні скарги	гіперзбудження, панічні атаки, Vagal Shutdown

Принципи роботи з тілесним болем

1. **Визнати біль як реальний досвід**, навіть без медичного пояснення.
2. **Не аналізувати одразу, а відчутти** — через рух, дихання, фокус.
3. **Повільне повернення контролю над тілом** — замість миттєвої «розмови про проблему».

Практики інтеграції тіла

Сенсомоторна інтеграція

Що це: фокус на мікродосвіді — відчуттях, позах, напрузі. Терапевт супроводжує клієнта в спостереженні найменших тілесних сигналів.

Приклади:

- «Що відчуваєш під стопами?»
- «Чи є різниця між лівою і правою стороною тіла?»
- «Який образ приходить, коли ти відчуваєш цю напругу?»

Focusing (метод Юджина Джендліна)

Суть: клієнт звертається до “відчуття цілого” в тілі — так званого felt sense. Воно не завжди має чітку форму, але містить інформацію.

Простий формат:

1. Зупинка. Усвідомлення: «Щось є».
2. Запит: «Де це в тілі?» — знаходження відчуття.
3. Опис: «Це як... (камінь/куля/хвиля)».
4. Діалог: «Що ти хочеш мені сказати?»

Це техніка роботи з глибоким тілесним знанням, що може обійти захисні механізми.

Somatic Experiencing (Пітер Левін)

Ціль: вивільнити «заморожену» енергію травми, яка не була завершена в момент загрози (не вдалося втекти, закричати тощо).

Техніки:

- **Tracking** — слідкування за тілесною відповіддю без втручання.
- **Pendulation** — рух між безпечним і дискомфортним відчуттям.
- **Discharge** — мимовільні мікрорухи, позіхання, тремор як сигнал розрядки.

Тілесне «заземлення»: техніки саморегуляції

У кризових ситуаціях, коли клієнт не здатен вербалізувати, робота починається **через тіло — до емоцій**. Ось базові техніки:

1. Контакт із підлогою

- Ноги повністю стоять на землі.
- Увага до тиску під п'ятами.
- Вдих — увияти, як сила йде знизу вгору.

2. Робота з дотиком

- Натискання долонями одна на одну.
- Обійми з легким погладжуванням плечей (Butterfly hug).
- Контакт через теплий предмет або ковдру — «я тут, я тілесний».

3. Дихання через біль

- Вдих — фокус на болючій ділянці.
- Видих — уявне м'яке “розширення”.
- Повторювати 3–5 разів у безпечному темпі.

Психоедукація про тілесний біль

«Біль — це не твій ворог. Це сигнал: я не зник, я живий. І я можу навчитися давати цьому болю простір, а не лише витіснення.»

Простими словами пояснити:

- біль — це форма пам'яті;
- тіло «гримить», коли не може говорити;
- навіть коли мозок «забув» — нервова система пам'ятає.

Висновок

Психосоматичний біль — це **не залишковий симптом, а центральний індикатор незавершеної травми**. Лише через контакт з тілом можливе справжнє інтегрування пережитого. Нейропсихологічна десенсибілізація має включати роботу з тілом **не як додаток, а як фундаментальний елемент процесу зцілення**.

18. РОБОТА З ДУХОВНОЮ ТРАВМОЮ: КОЛИ БОЛИТЬ НЕ ТІЛО, А СЕНС

Що таке духовна травма?

Духовна (екзистенційна) травма — це не втрата релігійних переконань. Це втрата зв'язку з внутрішнім сенсом, світоглядом, базовими цінностями. Вона виникає, коли:

- людина переживає глибоку несправедливість;
- стикається з власною чи чужою жорстокістю;
- втрачає когось, у кого була «вся віра»;
- не знаходить відповіді, навіть жити далі.

Особливо глибокою ця травма є для:

- **військових**, які були змушені діяти всупереч моральним переконанням;
- **капеланів і медиків**, які стали свідками непереносного;
- **цивільних**, які втратили не лише людей, а й опори свого буття — дім, Батьківщину, Бога.

Як розпізнати духовну травму?

- «Чому саме він/вона, а не я?»
- «Мій Бог мене покинув».
- «У цьому немає більше жодного сенсу».
- «Мені соромно, що я вижив».
- «Світ — зло. Я більше не вірю людям».

Ці вислови — **не діагноз, а крик душі**. І терапевт має чути його не як логіку, а як біль.

Психотерапевтична присутність як простір сенсу

Коли болить екзистенція, перш за все важлива не техніка, а **форма буття поруч**.

Що допомагає:

- Тиша без тиску — бути разом мовчки, не виправляючи.
- Символічний об'єкт — свічка, камінь, оберіг, малюнок.
- Прийняття амбівалентності — любов і злість можуть жити поруч.
- Формула співбуття: *«Я не знаю, що сказати. Але я з тобою тут»*.

Інструменти роботи з духовною травмою

1. Метафори зцілення

Метафора — міст між відчаєм і надією.

Приклади:

- «Тріщина — це місце, через яке проходить світло» (Леонард Коен).
- «Я — гілка, яку зламало. Але на зламі проростає нова кора».
- «Мій біль — мій учитель, але я більше не зобов'язаний носити його на спині».

Запропонуйте клієнту створити **власну метафору**, яка «вмістить» його втрату і водночас не знищить його самого.

2. Техніка «сенсова арка»

Формат, який допомагає віднайти навіть тонкий, ламкий сенс:

1. **Що зі мною трапилось?** (безцензурна розповідь, як є)
2. **Що я втратив/ла?**
3. **Що залишилось?**
4. **Що (або хто) тримає мене зараз?**
5. **Для кого або для чого я залишаюсь?**

Ця вправа особливо корисна для **військових, матерів, літніх людей**, які втратили цілі пласти життя.

3. Тиша, молитва, ритуал

Тиша — простір, де відновлюється довіра. Не завжди треба говорити.

Молитва / намір / промовляння — незалежно від релігійності, мова серця допомагає структурувати внутрішній хаос.

Наприклад: «Я не знаю, навіщо, але я дихаю. Я є. Я живий/жива. Це — вже дія».

Ритуал — дія, яка закріплює відчуття присутності й сенсу:

- запалити свічку за тих, кого втрачено;
 - намалювати символ сили;
 - створити оберег пам'яті;
 - обійняти когось — як жест віри в контакт.
-

Духовна десенсибілізація

Це не релігійне втручання. Це **відновлення здатності відчувати зв'язок із чимось більшим, ніж травма**.

«Моя історія не закінчилась. Я — не тільки моя втрата. Я — ще й той, хто досі тут».

Висновок

Духовна травма — це **тінь, яка падає на сенс життя**. Вона не лікується логікою чи порадами. Але вона вміщується — через присутність, ритуал, слово і тишу. Психотерапевт у такій роботі — **не той, хто має відповідь, а той, хто не тікає в момент запитання**.

19. ГОМЕОПАТІЯ: МІЖ ПРОСТОРОВОЮ ЧУТЛИВІСТЮ, ТІЛЕСНОЮ ПАМ'ЯТТЮ ТА СИМВОЛІЧНОЮ ТРАНСФОРМАЦІЄЮ

(Embodied Place-Based Trauma Work / Symbolic Spatial Desensitization)

Що ми маємо на увазі під «гомеопатією»?

У цьому посібнику «гомеопатія» не розглядається як біофізичне, езотеричне або клінічно визнане поняття. Ми свідомо вживаємо його як **мультидисциплінарну психотерапевтичну метафору**, що поєднує:

- психологічну реакцію на простір;
- тілесну пам'ять, пов'язану з контекстом подій;
- емоційний слід місць, позначених травмою;
- потребу в ритуальній або символічній трансформації середовища.

Цей підхід виник у польовій роботі в умовах повномасштабної війни в Україні, де фахівці працювали з людьми, що пережили вибухи, втрати, тривалий побут в укриттях або евакуаційних пунктах. Практичне спостереження показало: **сам простір** (кімната, підвал, коридор) може безпосередньо запускати **реакції тривоги, тремору, сліз або ступору** — навіть у відсутності явних спогадів.

У міжнародному контексті цей підхід можна визначити як:

- *symbolic spatial desensitization* — символічна десенсибілізація через простір
- *embodied place-based trauma work* — тілесно-просторова робота з травмою

Теоретична рамка

Дисципліна	Відповідне поняття
Психологія травми	Тілесна пам'ять, контекстуальне уникання
Нейробіологія	Середовищні тригери, активація мигдалики
Екологічна психологія	Перцепція простору, образ безпечного місця
Феноменологія простору	Genius loci — «дух місця» (Норберг-Шульц)
Культурна антропологія	Колективна пам'ять простору, травма ландшафту
Ритуалістика	Просторове очищення, символічне відновлення

Статус поняття

Критерій	Гомеопатія
Клінічно визнаний термін	Ні
Пов'язаний з практиками тілесної інтеграції	Частково
Має емпіричне підкріплення з практики	Так
Потребує подальших досліджень	Так

Практичні рекомендації щодо застосування

1. Завжди пояснюйте, що йдеться не про «погане місце», а про **реакцію пам'яті**, пов'язану з цим простором.
2. Уникайте патологізації середовища. Мета — не «очистити місце», а створити в ньому **новий досвід**.
3. Дійте через символічні жести, які повертають клієнту контроль: *«Це місце було болючим — я залишив тут свій новий слід»*.
4. Залучайте **тілесну присутність**: дотик до стіни, поза «опори», малюнок на підлозі, жест «закриття».

Приклад практики

Протокол: «Привласнити простір» (Shelter Reclaiming)

1. Людина (дитина, підліток, дорослий) обирає «свій куток» у просторі.
2. Вона створює символ безпеки: малюнок, предмет, фраза, наклейка.
3. Промовляє або візуалізує: *«Це — моє місце. Тут я можу бути»*.
4. Терапевт спостерігає за тілесною реакцією: позиція, м'язовий тонус, зміна погляду, дихання.

Висновок

Гомеопатія у цьому підході — це практична, символічна модель для роботи з простором у стані травми. Вона не замінює клінічні протоколи, але дозволяє працювати там, де інші форми допомоги тимчасово недоступні.

Цей підхід показав ефективність у роботі з:

- внутрішньо переміщеними особами (ВПО),
- дітьми, які проживають у шелтерах,
- жінками, які пережили втрату дому,
- військовими, які повертаються на ландшафт травми.

Ми рекомендуємо маркувати «гомеопатію» як **експериментальний, метафоричний, але етично вмотивований компонент**. Вона вимагає наукового дослідження, але вже зараз надає ресурс для тіла і свідомості там, де простір сам став частиною рани.

20. КЕЙСИ ТА ПРИКЛАДИ З ПРАКТИКИ

Усі кейси наведено з дотриманням етичних принципів, персональні дані змінено задля збереження конфіденційності. Випадки відображають реальні сценарії з терапевтичної практики українських фахівців, особливо після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році.

1. Військовий, 33 роки

Стан: гіперзбудження, флешбеки, нічні жахи, гнів

Контекст: ветеран бойових дій, труднощі в адаптації після повернення, конфлікти в родині, безсоння

Методика: гібридний протокол (EMDR + тілесна десенсибілізація + когнітивна стабілізація)

Хід роботи:

1. Ідентифіковано ядро травми: момент поранення товариша, що викликає флешбеки.
2. Білатеральна стимуляція (дотики по колінах з ритмом дихання 4-7-8).
3. Виявлена тілесна зона напруги — плечі, шия, живіт.
4. Введення тілесного компонента: «треморна розрядка» через шейкінг і дихання з опорою.
5. Переформулювання переконання: з «Я маю вижити» → на «Я маю право бути живим».
6. Ресурсна фраза: «**Я тримаюсь — я живий**», образ сили — укриття як місце присутності.

Результат: через 4 сесії – зменшення інтенсивності нічних жахів, контроль над емоційними спалахами, зниження фізичної напруги.

2. Жінка, 29 років

Стан: дисоціація, сором, провина

Контекст: евакуйована з окупації, емоційне «застигання», втрата ідентичності

Методика: арт-десенсибілізація + тілесна інтеграція

Хід роботи:

1. Завдання: намалювати себе — «Я, коли мене ніхто не бачить».
2. Усвідомлення болю: в середині — «порожнеча», тіло — холодне, стиснене.
3. Техніки заземлення: дихання через руки, опора на стопи, «жест підтримки».

4. Робота з кольором — малюнок змінено: з'явилися теплі кольори, круглі форми.
5. Візуалізація ресурсу: «місце сили» — зелений сад із джерелом.

Результат: повернення чутливості до тіла, покращення сну, зменшення почуття провини.

3. Хлопчик, 9 років

Стан: енурез, паніка при звуках, соціальна ізоляція

Контекст: переїзд після обстрілу, втрата друзів, відмова від спілкування

Методика: ігрова десенсибілізація + арт-терапія + тілесна інтеграція

Хід роботи:

1. Гра: створення супергероя, який «бореться зі страхами».
2. Малюнок монстра — великий чорний звір із вухами (чутливість до шуму).
3. Фізична дія: «струсити страх» — трясати руками під музику.
4. Символіка: створення героя, що перемагає монстра, талісман — амулет сили.
5. Ресурсна фраза: «**Я можу себе захистити**».

Результат: поступове повернення до спілкування, контроль над тілесною реакцією, зменшення паніки при шумі.

4. Працівниця поліції, 41 рік

Стан: емоційне вигорання, гіперреактивність, втрата сенсу

Контекст: 3 місяці безперервних чергувань, неможливість «відключитись»

Методика: короткий стабілізаційний протокол + когнітивна десенсибілізація

Хід роботи:

1. Тілесне заземлення: 20 хвилин — техніка «три точки опори», напруга–розслаблення, дихання.
2. Виявлення переконання: «Я маю витримати все» → заміна на: «**Я маю право зупинитись**».
3. Символічна дія: малюнок паузи на браслеті.
4. Сенсорна інтеграція: дотик до «символу паузи» як якір.

Результат: стабілізація, повернення відчуття меж, перші ознаки емоційної регенерації.

5. Дівчина, 24 роки — гомеопатичний кейс

Стан: тривожність, безсоння, фізичне напруження

Контекст: живе в шелтері, побудованому на місці зруйнованого будинку, де загинули люди

Методика: гомеопатичне втручання + арт-десенсибілізація + тілесне вкорінення

Хід роботи:

1. Виявлено: клієнтка відчуває «тяжкість», «чуже горе» в кімнаті.
2. Гомеопатична діагностика: візуалізація простору — «холодний, тисне».
3. Практика очищення: ритуал малювання на стіні «Я тут. Я тримаюсь» + свічка.
4. Тілесна дія: ходьба по периметру кімнати з промовлянням фрази: «**Це моє місце. Я жива**».
5. Символічна трансформація: створення мандали безпеки на вхідних дверях.

Результат: клієнтка описала зміну відчуття — простір «став м'якшим», з'явився спокій, повернувся глибокий сон.

Ці кейси враховують ключові принципи нейропсихологічної десенсибілізації:

- багатокомпонентність (тіло, емоції, когніції, символи);
- опора на тілесний досвід;
- гнучкість та адаптація під польові умови;
- створення ресурсної основи для інтеграції травматичного досвіду.

Ці приклади демонструють, що нейропсихологічна десенсибілізація — потужний і адаптивний інструмент, який ефективний у роботі з людьми різного віку, статусу й професій, навіть у складних польових умовах.

Моніторинг та оцінка ефективності психологічних інтервенцій Чому це важливо?

Моніторинг і оцінка ефективності психологічної допомоги — критично важливий компонент у забезпеченні якості терапевтичних втручань, особливо в умовах масової травматизації, воєнних дій або гуманітарних криз. Це дозволяє:

- Визначити дієвість методів;
- Вчасно коригувати програму підтримки;

- Звітно демонструвати результати донорам, інституціям та громадам;
- Підтримувати професійний розвиток терапевтів.

Основні принципи моніторингу:

1. **До та після:** збір даних до початку втручання і після завершення.
2. **Регулярність:** проміжні вимірювання (особливо у тривалих програмах).
3. **Дезагрегація даних:** за віком, статтю, статусом (ветеран, ВПО, тощо).
4. **Анонімність та етичність:** безпечний збір інформації.

Рекомендовані інструменти:

Назва інструменту	Для чого використовується	Переваги
PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)	Вимірювання симптомів ПТСР	Українська адаптація доступна, простий у використанні
GAD-7	Тривожність	Добре підходить для первинного скринінгу
PHQ-9	Депресивна симптоматика	Короткий, валідований
WHO-5 Well-Being Index	Загальне психоемоційне самопочуття	Універсальний, застосовується в умовах стресу
Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	Оцінка задоволеності клієнта	Дає уявлення про суб'єктивну ефективність втручання

Практичні поради з використання:

- Збір заповнених анкет краще проводити в письмовому або цифровому форматі до та після програми (напр., 1-й і останній день).
- Для групових інтервенцій можна узагальнювати анонімні результати по групі.
- Рекомендується включати опитувальники у «папку клієнта» або електронний профіль, якщо це дозволяє безпека.
- Проводити короткі інтерв'ю або анкетування після 1–3 місяців для виявлення довгострокових ефектів.

Висновок

Ефективна система моніторингу та оцінки — не лише вимога звітності, а й основа для зростання професіоналізму, адаптації методик до контексту війни та відновлення, і підвищення довіри клієнтів до психологічної підтримки.

21. ТЕРАПЕВТ У РОБОТІ З ТРАВМОЮ

Бути поряд із чужим болем — це професійна доблесть і водночас щоденне випробування. Цей розділ присвячений тим, хто підтримує інших, часто забуваючи про себе. Саме ваше психічне здоров'я — основа ефективної допомоги постраждалим.

Емоційна ціна допомоги

Робота з травмою війни — це постійний контакт з екстремальними станами: шоком, агонією, злістю, горем, безнадією. Часто фахівець стає «контейнером» для емоцій, які клієнт не може витримати самостійно.

Можливі наслідки:

- Вторинна травматизація від розповідей, спогадів, візуалізацій;
 - Емоційне вигорання — втрата сенсу, апатія, «емоційна дерев'яність»;
 - Порушення сну, уваги, пам'яті — ознаки хронічного стресу;
 - Психоемоційне виснаження — коли допомога стає єдиним джерелом самоповаги.
-

Професійні межі і їх значення

Навіщо межі:

- Захист від емоційного розчинення в історіях клієнтів;
- Збереження здатності витримувати теми втрат, насильства, агресії;
- Сталість допомоги на довгостроковому етапі.

Приклади здорових меж:

- Обмеження тривалості сесії (до 50 хвилин);
 - Усвідомлений відхід від ролі «рятівника»;
 - «Емоційна тиша» після 20:00 — психолог також має відпочивати;
 - Рефлексія: «Чи це моя емоція, чи реакція клієнта, яку я інтервалізував?»
-

Перші ознаки вигорання

Тривожні сигнали:

- Сльози або безсоння після сесій;
- Втрата емпатії («усе байдуже»);
- Зростання дратівливості, цинізму;

- Сором за свою байдужість або, навпаки, надмірне співпереживання.

Важливо: ці симптоми — не слабкість, а крик організму про необхідність паузи.

Практики самопідтримки

Після кожної сесії (5–10 хв):

- Вправа «вимкнення»: «Це не моя історія. Я завершаю.»;
- Тілесна розрядка (рухи руками, пиття води);
- Тілесне сканування (шиї, плечей, ніг);
- Фіксація одного позитивного моменту: «Сьогодні я допоміг...»

Раз на тиждень:

- Супервізія або розмова з колегою;
- Повноцінний день відпочинку від професійної ролі;
- Час на природу, тілесність, творчість — без екранів.

Довготривалий догляд:

- Власна психотерапія 1–2 рази на місяць;
- Навчання і тренінги для підтримки професійної ідентичності;
- Професійна спільнота (онлайн-групи, кола підтримки).

Система «Ресурс–Навантаження»

Фахівець має вміти співвідносити ресурси і виклики. Нижче — приклад самооцінки:

Параметр	Питання для оцінки	Приклад відповіді
Емоційний фонд	«Що мене заряджає останнім часом?»	Слухання музики, розмова з другом
Фізичне тіло	«Чи я висипаюсь, їм регулярно?»	Ні — сплю уривками, їм нерегулярно
Ментальна гігієна	«Чи даю я собі право на помилку?»	Ні — постійно себе критикую
Професійна спільнота	«Чи я не в ізоляції?»	Маю 2 колег, з якими спілкуюсь щотижня

Золоте правило допомоги

«Допомагати — не означає рятувати.

Рятувати — не означає знецінювати власні межі.

Межі — це не бар'єри, а форма турботи про себе і клієнта.»

Супервізія та профілактика професійного вигорання

Значення супервізії

Супервізія є критично важливою складовою професійної діяльності психологів, які працюють із травмою. Вона дозволяє фахівцю:

- отримувати зворотний зв'язок щодо методів і рішень;
- знижувати ризик вторинної травматизації;
- підтримувати професійний розвиток;
- запобігати професійному вигоранню.

Ефективні моделі супервізії в умовах кризової психології:

- **Інтервізійні групи:** регулярні зустрічі колег одного рівня з метою аналізу складних кейсів.
- **Індивідуальна супервізія:** робота з досвідченим супервізором для розбору практичних і емоційних викликів.
- **Онлайн-супервізія:** гнучкий формат для фахівців у регіонах або на фронті.

Профілактика вигорання:

- обов'язковий відпочинок і розділення робочого й особистого часу;
- чергування інтенсивної роботи із легшими форматами (адміністративна, освітня діяльність);
- впровадження мікропрактик саморегуляції (дихання, тілесні вправи, ментальні паузи);
- участь у навчальних подіях і професійних спільнотах;
- психотерапія для самих терапевтів.

ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ НАВЧАННЯ І СУПЕРВІЗІЇ

Методика нейропсихологічної десенсибілізації набуває своєї сили тоді, коли передається далі — через навчання, супервізії, власне дослідження. Цей розділ пропонує конкретні сценарії занять, шаблони самоперевірки й міні-курс, який можна використовувати для індивідуального чи групового опрацювання.

Сценарії навчальних тренінгів

1. Базовий тренінг для психологів (3 год)

Ціль: засвоїти ключові поняття, ознайомитися з техніками, практикувати 1–2 інтервенції.

Структура:

- 30 хв: вступ, теорія нейродесенсибілізації
- 45 хв: демонстрація базової сесії (відео/інсценізація)

- 60 хв: практика в парах (управління тілесною реакцією, дихання + фраза-якір)
- 30 хв: обговорення труднощів, уточнення питань

2. Тренінг для волонтерів/вчителів/капеланів (2 год)

Ціль: навчити простим технікам стабілізації й підтримки у польових умовах.

Ключові теми:

- «Що таке психотравма і як вона виглядає ззовні»
- «Що сказати людині в розгубленому стані» (словник фраз)
- Практика: «3 точки опори», «Малюнок стану», «Фраза захисту»

Міні-курс самонавчання (на 5 днів)

Формат: PDF або Google-курс, 20–30 хв/день.

День	Тема	Вправа	Тест
1	Що таке травма	Вправа «Мій досвід – моє тіло»	5 запитань саморефлексії
2	Механізми мозку	Дихання 4–7–8 + схема мозку	3 вибіркові запитання
3	Десенсибілізація	Практика з малюнком образу	Сценарій міні-сесії
4	Фрази та ресурси	Побудова власної фрази-якоря	Тестування навичок стабілізації
5	Практика і межі	«Я – фахівець» (вправа на межі)	Шаблон плану самодопомоги

Шаблони для супервізії

Форма щотижневої супервізії

- Дата, тривалість сесії
- Кейс (без імен), коротко
- Що було складно?
- Що вдалося?
- Який емоційний стан після сесії?
- Що потребую як фахівець?

Міні-оцінка себе після сесії

- Мій рівень енергії (0–10)

- Чи були “емоційні залишки”?
- Яка думка мене не відпускає?
- Чи я був(ла) у тілі після сесії?

Підсумок

Навчання та супервізія — не додаткові опції, а необхідні складові стійкості фахівця. Послідовне навчання, прості форми рефлексії і підтримка колег — це «кістяк» професійного довголіття в роботі з травмою.

22. САМОПІДГОТОВКА ТА ТРЕНІНГОВА ГОТОВНІСТЬ ФАХІВЦІВ

Призначення розділу

Це набір стислих, ефективних та універсальних інструментів, які дозволяють швидко реагувати в будь-яких умовах — від евакуаційного центру до підвалу, блокпосту чи шкільного класу. Орієнтовано на:

- психологів,
- медичних працівників,
- поліцію та ТРО,
- волонтерів і вчителів,
- самих клієнтів, які шукають спосіб стабілізації.

Мета: сформувані внутрішній фаховий «контейнер»: тіло, знання і дію як джерело впевненості.

Формат самопідготовки: мікронавички – максирезультат

1. Щоденник практики

Інструмент інтеграції досвіду.

Після кожної взаємодії (навіть короткої) записати:

- Що вдалося?
- Що викликало труднощі?
- Що відчував я у тілі?
- Який запит у клієнта залишився не проговореним?

Використовується як основа для супервізій.

2. Самооцінка навичок (щомісячно)

Чек-лист навичок із десенсибілізації:

- Чи можу я стабілізувати клієнта менш ніж за 15 хв?
- Чи пам'ятаю 3 тілесні вправи заземлення?
- Чи вмію адаптувати EMDR/дихання/арт для укріття?
- Чи знаю, як пояснити: що таке нейропсихологічна десенсибілізація?

3. Мікротренінги самостійно або з колегами

І протокол на тиждень:

- Пояснити суть техніки вголос (на камеру або в парі);
 - Визначити, в яких умовах техніка працює/не працює;
 - Спробувати «міні-сесію» (3–5 хв) на собі або з колегою.
-

Навчання інших: побудова мінітренінгу (2–3 год)

Структура:

- **Теорія** — 20% (мінімум термінів, максимум змісту);
- **Демонстрація** — 30% (з власного досвіду або відео);
- **Практика** — 50% (рухи, дихання, ролі, арт, групова дія).

Обов'язкові теми:

- Перша психологічна допомога (PFA);
- Дихання та тілесна саморегуляція;
- Безпечний простір (реальний і уявний);
- Робота в групі при стресі (коло сили, ритуал);
- Психологічна самопідтримка фахівця.

Інструменти:

- Відео з відкритих джерел (YouTube, TraumaAid);
- Кишенькові протоколи (PDF, ламінація);
- QR-коди на ресурси (платформи, опитувальники);
- Онлайн-супервізії (групові або анонімні).

Поради для побудови фахової автономії

- **Тренерська валіза:** флешка, презентації, картки вправ, м'які іграшки, фломастери, смужки тканини.
- **Відеозаписи своїх тренінгів:** дозволяє аналізувати динаміку, тон голосу, міміку, реакції групи.
- **Взаємонавчання:** кожен фахівець проводить 15-хвилинне заняття для колег — на обраний мінітематичний блок.

Вчити інших — це найшвидший спосіб навчитися самому.

Стандарти етичної та тілесної практики у воєнних умовах

Основні принципи:

1. **Конфіденційність** — навіть у шелтері чи під сиренами;
2. **Інформована згода** — коротко: що робимо, чому, як зупинити;
3. **Недопущення шкоди** — не провокувати надмірного занурення в травму;
4. **Професійні межі** — не друг, не командир, а фахівець-присутність;
5. **Саморегуляція фахівця** — супервізія, дихання, рефлексія.

В умовах бойових дій:

- **Пріоритет — безпека:** не втручатися, якщо це наражає когось на ризик.
- **Гнучкість протоколів:** замінити довгу сесію на «три точки опори».

- **Контекстуальність:** не всі образи чи слова працюють скрізь (врахування релігії, мови, регіону).

Кишенькові техніки — завжди з собою

Техніка	Мета	Як виконати
Дихання 4–7–8	Термінове заспокоєння	Вдих 4 сек – затримка 7 – видих 8
Три точки опори	Заземлення в стресі	Торкнутись тіла (руки, ноги, живіт)
Жест підтримки	Саморегуляція в ізоляції	Долоня на груди, друга — на живіт
Малюнок «Я тут»	Ритуал присутності	Малюнок + ім'я + сьогоднішня дата
Фраза-якір	Психологічне «вкорінення»	«Я тримаюсь», «Це – не зараз», «Я не сам»

Висновок

Цей тренінговий блок — не про формальну освіту. Це про *виживання як професіонала*, гнучкість мислення, емпатичну присутність і готовність діяти.

Навіть якщо поруч немає офіційного центру, якщо ви самі на місці події — **ви і є ресурс**.

Самопідготовка — це не тягар, а броня, яка захищає не лише клієнта, а й самого фахівця.

23. СУПЕРВІЗІЙНА КУЛЬТУРА ТА ПРОФЕСІЙНІ ВИКЛИКИ

Чому супервізія — критично важлива

У кризовій роботі, особливо в умовах війни, психолог працює на межі виснаження, залучення та фахової відповідальності. Супервізія — це не контроль, а простір:

- для безпечного аналізу дій,
- для «заземлення» фахівця,
- для корекції помилок,
- для спільного навчання на складних кейсах.

Основні теми для супервізії при роботі з нейропсихологічною десенсибілізацією:

Тема	Приклади питань
Межі втручання	Чи не пішов я далі, ніж готовий клієнт?
Дисоціація	Чи не посилили ми нестабільність замість інтеграції?
Етичні дилеми	Чи мав клієнт реальну згоду? Чи безпечно йому?
Перенос / контрперенос	Що з мого власного досвіду активується?
Ресурсність фахівця	Я виснажений чи ще включений? Чи я втручаюсь, щоб «спастися»?

Типові помилки і як їх уникати

Помилка	Наслідок	Що робити
Пропуск стабілізації перед EMDR	Ретравматизація, дисоціація	Починати з тілесної роботи та фрази заземлення
Надмірне «копання» в першу сесію	Виснаження клієнта, уникання	Працювати через метафору, гру, ритуал
Ігнорування тілесних сигналів	Зрив регуляції	Слідкувати за диханням, поглядом, позою
Переексплуатація фраз підтримки	Механічна робота	Перевіряти: «Це звучить живо чи автоматично?»
Заміна власної тривоги активністю	Симуляція ефективності	Дати собі паузу. Менше — іноді більше.

Приклад супервізійного розбору (кейсовий формат)

Кейс:

Психолог у шелтері проводить коротку сесію з 9-річною дитиною, яка не розмовляє після втрати батька. Пропонує малюнок «моє укриття», але дитина починає рвати аркуш і замкнулась.

Супервізійний аналіз:

- **Що працює?** Підбір арт-методу, спроба створити символічну опору.
- **Що пішло не так?** Метод був запропонований до формування довіри та регуляції.
- **Чого бракувало?** Попереднього контакту, фокусування на тілі, безпечної структури.
- **Що можна змінити?** Почати з гри з тілом, руху або створення «героя-охоронця» (непроективний формат).

Поради для супервізорів

1. **Фокус не лише на кейсі, а й на тілі психолога.** Запитання: *«Як ти зараз дихаєш, коли це згадуєш?»*
2. **Не «виправляти», а розширювати поле вибору.**
3. **Нормалізувати складність.** Сказати: *«Це типово. І це можна змінити.»*
4. **Супервізія ≠ звіт. Це простір людської підтримки.**

Формати супервізії у кризових умовах

Формат	Приклад
Партнерська (peer-to-peer)	2 психологи обговорюють складний момент через техніку «3 запитання»
Онлайн-група	Zoom на 5–7 фахівців, 1 модератор, 1 кейс = 15 хв
Аудіо-супервізія	Голосовий опис ситуації з коротким зворотнім зв'язком
Щоденник супервізії	Саморефлексія після кожного дня/випадку (форма: «що спрацювало / що було складно / що беру з собою»)

Резюме

Супервізія — це не лише «розбір кейсу», а простір, де фахівець може бути вразливим без втрати сили. У війні — це форма профілактики професійного вигорання і гарантія якості допомоги.

ЩОДЕННИК САМОСУПЕРВІЗІЇ

(формат: після кожної сесії / робочого дня)

Базовий шаблон (щоденний/післясесійний формат)

Питання	Ваша відповідь
1. Що сьогодні спрацювало найкраще?	
2. Що було складним?	
3. Як реагувало моє тіло під час сесії (дихання, напруга, енергія)?	
4. Чи були моменти, коли я «втратив присутність»?	
5. Що я міг би зробити по-іншому?	
6. Чи є емоція, яка «залишилась» після сесії?	
7. Яка моя потреба як фахівця зараз?	
8. Яка одна дія допоможе мені відновитися сьогодні?	

Рекомендовано заповнювати вручну, в паперовому щоденнику або в електронному форматі.

ФОРМА ФІДБЕКУ ПІСЛЯ СЕСІЇ

(авторефлексія або супервізійний аналіз)

Формат: після кожної складної сесії або для супервізії

Категорія	Питання / Оцінка (1–5 або вільна відповідь)
Контакт із клієнтом	Наскільки вдалось створити безпечний простір?
Тілесна динаміка	Які тілесні сигнали я помітив у клієнта / у себе?
Емоційна стабільність	Чи відчував/ла я себе стійко в процесі?
Межі й контракт	Чи був встановлений чіткий початок і кінець?
Методична точність	Яку техніку я застосував і чи була вона адекватною?
Неочікувані труднощі	Що викликало напругу, сумніви, «ступор»?
Зона росту	Що я хочу перевчити / обговорити на супервізії?

24. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ВЗАЄМОДІЯ ЯК ОСНОВА ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ

Взаємодії психолога і психіатра

У роботі з наслідками війни психологи дедалі частіше зустрічаються зі станами, що потребують не лише психотерапевтичного супроводу, але й медикаментозного втручання. Тяжкі депресивні епізоди, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічні атаки, дисоціативні епізоди, психосоматичні розлади, суїцидальні думки, хронічне безсоння — це лише частина проявів, які можуть бути недостатньо контрольовані лише психотерапією. Саме тому інтеграція психофармакології у план допомоги клієнту стає ключовою у складних випадках.

Коли доцільно залучати психіатра

- **Гострі психотичні стани**, галюцинації, марення;
- **Суїцидальні ідеї або спроби**, особливо якщо ризик залишається високим протягом тривалого часу;
- **Безсоння**, яке триває понад місяць і не реагує на психологічні методи;
- **Тяжкі тривожні розлади**, що обмежують повсякденне функціонування (неможливість виходити з дому, агорофобія, соматичні симптоми);
- **Депресія**, що супроводжується апатією, втратою ваги, психомоторною загальмованістю;
- **Стан після втрати чи травми**, що призводить до повної соціальної ізоляції;
- **Сильне емоційне оніміння** або втрата інтересу до життя;
- **Наявність діагнозу в анамнезі**, потреба в корекції вже призначеного лікування.

Формати співпраці психолога і психіатра

1. **Побудова партнерства**: співпраця з одним або кількома психіатрами (державними або приватними), які поділяють етичні стандарти та розуміють значення психотерапії.
2. **Інформована згода клієнта**: лише після усвідомленого дозволу можна ділитися клінічною інформацією.
3. **Обмін динамікою**: регулярне інформування про зміну стану клієнта, появу побічних ефектів, відгук на медикаментозне лікування.

4. **Супровід при госпіталізації:** у разі важких загострень психолог може продовжити роботу у форматі підтримки.
5. **Мультидисциплінарна супервізія:** складні випадки розглядати у форматі клінічних нарад.

Знання, необхідні психологу

- **Основні класи препаратів:**
 - Антидепресанти (SSRI, SNRI, трициклічні): сертралін, флуоксетин, венлафаксин.
 - Анксіолітики: діазепам, алпразолам — з обережністю через ризик залежності.
 - Стабілізатори настрою: ламотриджин, вальпроат.
 - Антипсихотики: оланзапін, кветіапін.
- Основні **побічні ефекти:** сонливість, тривога, нудота, головний біль, емоційне притуплення.
- Вміння **допомагати клієнту зрозуміти доцільність фармако-терапії** без стигматизації — як доповнення, а не «ознаку хвороби».

Результати інтеграції: приклади

- **Кейс 1:** Ветеран із хронічним ПТСР, який 2 роки не міг знайти роботу через постійні флешбеки. Після підбору комбінації антидепресанту та психотерапії — почав соціалізуватись, вступив у ветеранську програму перекваліфікації.
- **Кейс 2:** Медсестра після евакуації з зони бойових дій мала тяжку тривогу й безсоння. Лише після призначення SSRI та стабілізуючої психотерапії змогла повернутися до роботи.
- **Кейс 3:** Підліток, який втратив батька на фронті, мав дисоціації, не розмовляв. Завдяки тандему медикаментозної стабілізації та арт-терапії — повернувся до навчання та зменшив ізоляцію.

Алгоритм ефективної взаємодії психолога і психіатра: чеклист, етапи, помилки та приклади

1. Підготовчий етап: формування партнерства

- Ідентифікуйте фахівців, з якими поділяєте етичні підходи та бачення ролі психотерапії.
- Обговоріть стилі взаємодії, доступність для зв'язку, формат консиліумів.

- Установіть довіру через попередні кейси або супервізійні зустрічі.

2. Діагностичний консенсус

- При перших ознаках важких станів (психотичні симптоми, суїцидальні думки, медикаментозна історія) — погодьте з клієнтом напрям на психіатричну консультацію.
- Психолог формує структурований висновок: анамнез, симптоматика, терапевтична динаміка.
- Психіатр після огляду інформує про рішення та лікувальну стратегію (за згодою клієнта).

3. Паралельна підтримка

- Психіатр коригує фармакотерапію, а психолог продовжує психотерапевтичну роботу, фокусуючись на емоційному процесингу, ресурсах, когнітивних схемах.
- Регулярний обмін динамікою: зміни в настрої, сон, тривога, побічні ефекти.

4. Коригування плану

- Якщо терапія не просувається — спільне обговорення змін: заміна препарату, зміна підходу в психотерапії.
- При ремісії — поступове виведення з медикаментів під наглядом психіатра, з підтримкою психолога.

5. Завершення співпраці

- Якщо клієнт стабілізований — формулюється спільний висновок для передачі або завершення втручання.
- Важливо надати рекомендації щодо подальшого спостереження.

Типові помилки, яких варто уникати

- Психолог призначає або коментує ліки.
- Психіатр ігнорує психоемоційний стан у динаміці.
- Відсутність регулярного обміну інформацією.
- Психолог не повідомляє про суїцидальні сигнали, сподіваючись «пропрацювати в терапії».

Практичний приклад

Кейс: Ветеран, 35 років, з ПТСР, порушенням сну, тривожними атаками. Психотерапія дає часткове полегшення, але симптоми не зникають. Психолог ініціює консультацію психіатра. Після початку лікування антидепресантом симптоми значно знижуються, клієнт

краще залучається в терапію. Через 6 місяців — поступове зниження дози, підтримка через психотерапію. Через рік — стабілізація без медикаментів.

Висновок

Психолог і психіатр — це партнери, а не конкуренти. Інтеграція дозволяє забезпечити **цілісний, адаптивний і гуманний підхід** до лікування психотравм. В умовах війни та масового стресу такий підхід не лише покращує результати, а й може **врятувати життя**. У посібнику варто представити це як **базову компетенцію сучасного кризового психолога**, і створити прості інструкції для налагодження такої співпраці в різних регіонах України.

25. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ: ПСИХОЛОГ У КРИЗОВІЙ КОМАНДІ

Навіщо потрібна міждисциплінарна співпраця?

У кризових ситуаціях — війна, евакуація, катастрофа — жодна професія не може діяти ізольовано. Ефективна допомога можлива лише завдяки злагодженій роботі команди: **психологів, лікарів, соціальних працівників, волонтерів, капеланів, рятувальників**. Психолог у цій команді виконує ключову роль — збереження психічного ресурсу людей.

Ролі та завдання психолога в команді:

- **Оцінка емоційного стану** постраждалих, виявлення осіб із ризиком розвитку ПТСР, тривожних розладів, суїцидальних думок.
- **Психоедукація:** короткі інструкції для стабілізації, навчання самодопомоги.
- **Підтримка команди:** зниження емоційного виснаження серед колег, фасилітація командних зустрічей.
- **Навігація до інших фахівців:** допомога в комунікації з психіатром, лікарем, соціальними службами.
- **Ведення документації та баз даних** для подальшої реабілітації.

Співпраця з іншими фахівцями:

- **Соціальні працівники:** допомагають з житлом, пільгами, влаштуванням дітей — психолог надає рекомендації з огляду на психоемоційний стан клієнта.
- **Лікарі:** визначають фізичні наслідки травми, медикаментозне лікування — психологи працюють у зв'язці, щоб уникнути дублювання і конфліктів у втручаннях.
- **Капелани:** доповнюють роботу через духовну підтримку, а психолог слідкує за балансом між релігійною і психоемоційною стабілізацією.
- **Волонтери:** потребують психоосвіти і регулярного “розвантаження”; психологи проводять групи підтримки.

Що забезпечує ефективну співпрацю:

- Регулярна командна комунікація (брифінги, де-брифінги);
- Спільне планування дій;

- **Поважне ставлення до ролей кожного;**
- **Обмін базовою інформацією без порушення етики;**
- **Використання єдиної форми звітності або карти клієнта.**

Міждисциплінарна співпраця не лише підвищує якість допомоги, а й запобігає вигоранню самих помічників. Це — ресурс, який слід активно підтримувати.

Техніки швидкого заземлення (5–10 хв)

Сенсорне заземлення «5-4-3-2-1»

Ціль: повернення у теперішній момент, активація кори головного мозку.

- Назви 5 речей, які бачиш навколо;
- 4 звуки, які чуєш;
- 3 речі, які відчуваєш дотиком;
- 2 запахи;
- 1 смак (або уяви його).

Для дітей: «*Упіймай 5 кольорів веселки навколо!*»

Дихальна вправа «4-7-8»

Ціль: активація парасимпатичної нервової системи.

- Вдих — 4 сек;
- Затримка — 7 сек;
- Видих — 8 сек.
- Повторити 4–6 разів.

(Інфографіка: спіраль дихання — ДОДАТИ)

Контакт із тілом

Ціль: повернення відчуття тілесної присутності.

- Рука на груди, інша — на живіт;
- Відчуття рух тіла;
- Повільно промовляти: «*Я тут. Це моє тіло. Це мій подих.*»

Тілесно-сенсорні вправи

«Три точки опори»

- Спина до спинки стільця
- Стопи — на підлозі
- Руки — на стегнах
- Фраза-якір: «*Ці три точки — мої. Я тримаюсь.*»

Мікрорух «Струс страху»

- Плечі, кисті, ноги — вільний мікрорух
 - Уявити, як тривога «виходить» через рух
- Груповий варіант: «*Давайте разом струснемо день із себе!*»

Мікропауза для заземлення

- 30 секунд тиші
 - Три вдихи
 - Погладити себе по плечах, тричі сказати: *«Я тут. Я дихаю. Я живу.»*
-

Арт-інструменти для десенсибілізації

«Намалюй свій стан»

- Візуалізуй через колір/лінію
- Запитай себе: *«Що в цьому малюнку? Що я можу змінити?»*

«Мандала ресурсності»

- У центрі — слово або символ сили
 - Навколо — кольори, візерунки, елементи підтримки
- Добре після важкої розмови або втрати контролю

«Лінія мого стану»

- Намалюй хвилясту лінію — від «як я зараз» до «куди хочу прийти»
 - Познач ресурсні точки: *музика, підтримка, спокій, їжа, сон*
-

Білатеральні вправи

Синхронні дотики

- Почергове легке постукування по колінах, плечах або грудях
- Під ритмічне повторення: *«Я в безпеці. Це було тоді. Зараз — інакше.»*

Білатеральна ходьба або постукування ногами

- Чергування лівої і правої ноги
- Промовляння ритмічних фраз: *«Крок за кроком. Мій шлях далі.»*

Музика з ліво-правим каналом

- Навушники: чергування звуків — активує інтеграцію
- Використовується в онлайн-десенсибілізації.*
-

Компактний протокол самопідтримки (до 10 хв)

1. Питання: *«Що я зараз відчуваю в тілі?»*
 2. Дихання за схемою 4-7-8
 3. Рух: потрусити руками, погладити себе, розслабити плечі
 4. Записати на папері: *емоція – тіло – думка*
 5. Фраза: *«Я зробив(ла) достатньо. Мені дозволено дихати.»*
-

Міні-словник фраз для себе і клієнта

Ситуація	Фраза
Внутрішній хаос	«Я можу триматися за себе.»
Виснаження	«Я маю право на відпочинок.»
Початок паніки	«Мій подих — мій якір.»
Тіло затисло	«Моє тіло хоче руху — я даю йому місце.»
Дисоціація	«Я в цьому тілі. Це — мій дім.»
Після поганих новин	«Я дозволяю собі відчуття, і водночас — бути тут.»
Відчуття самотності	«Я не один. Мій біль — зрозумілий. Мене хтось тримає.»

Базовий набір для практикуючого

Склади власний «кишеньковий набір стабілізації»:

- Папір і маркери (для арт-вправ)
- Камінчик або предмет-оберіг
- Серветки, пляшка води
- М'яка тканина/іграшка (для заземлення)
- Шпатель з фразами й диханням
- Стікери, наліпки для роботи з дітьми
- Ламіновані картки з вправами
- QR-коди на аудіо/відеоінструкції (для мобільного гіда)

ВЗАЄМОДІЯ ПСИХОЛОГА ТА СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА В УМОВАХ ВІЙНИ

Значення командної роботи

В умовах воєнної травматизації, внутрішнього переміщення, втрати соціальних зв'язків та ресурсів жоден спеціаліст не здатен ефективно допомогти людині самотужки. Психолог і соціальний працівник, діючи в тандемі, можуть забезпечити комплексну підтримку клієнта — емоційну, юридичну, соціальну та побутову.

Функції учасників команди

Психолог	Соціальний працівник
Діагностика психоемоційного стану	Оцінка соціального статусу та потреб
Проведення індивідуальної/групової терапії	Забезпечення доступу до соціальних послуг
Робота з ПТСР, депресією, тривожністю	Супровід у пошуку житла, роботи, допомоги
Психоедукація клієнта	Юридичні консультації, направлення до відповідних служб
Зміцнення внутрішніх ресурсів	Відновлення соціального оточення

Алгоритм ефективної взаємодії

1. Спільне обстеження потреб клієнта

- Перший контакт: психолог і соціальний працівник визначають емоційний стан, матеріальне становище, наявність соціальної підтримки.
- Приклади: самотня літня особа без житла; ветеран із суїцидальними думками; мати з дітьми, яка втекла з-під обстрілів.

2. Побудова координаційного плану

- Визначення коротко- і довгострокових цілей.
- Встановлення частоти контактів, обов'язків, часових меж.

3. Реалізація підтримки

- Психолог працює зі стресом, тривогою, кризовою реакцією.
- Соціальний працівник вирішує документи, пошук ресурсів (притулок, продукти, реєстрація).

4. Оцінка динаміки та завершення

- Аналіз змін за допомогою простих шкал або описових кейсів.
- Рекомендації на майбутнє, за потреби — перенаправлення до вузьких фахівців.

Приклад ситуації

Клієнт: чоловік 38 років, ветеран, живе у модульному містечку, має труднощі зі сном, агресивність, конфлікти з адміністрацією.

- **Психолог:** стабілізація, робота з тригерами, психоедукація.
- **Соцпрацівник:** забезпечення консультацій юриста, переведення до іншого блоку, організація звернення до центру зайнятості.

- **Результат:** через 2 тижні — покращення сну, зниження конфліктності, працевлаштування.

Ключові принципи взаємодії

1. **Рівність у команді** — взаємна повага, чітке розуміння меж професії.
2. **Комунікація** — регулярне узгодження дій, обмін інформацією з дозволу клієнта.
3. **Гнучкість** — вміння підлаштовуватися під швидкозмінне середовище.
4. **Супервізійна підтримка** — обговорення складних випадків з фахівцями.

ВЗАЄМОДІЯ ПСИХОЛОГА ТА ВОЛОНТЕРА: ПАРТНЕРСТВО У ДОПОМОЗІ

Чому це важливо

У кризових ситуаціях саме волонтери часто першими контактують із постраждалими. Вони роздають гуманітарну допомогу, організовують евакуацію, забезпечують базові потреби. Але часто не мають достатньої психологічної підготовки. Психолог же може надати глибшу підтримку, однак не завжди встигає до всіх. Тому партнерство — це синергія.

Ролі у команді

Психолог	Волонтер
Визначає психоемоційний стан, проводить стабілізаційні вправи	Надає первинний контакт, спостерігає за поведінкою клієнта
Пояснює механізми стресу, навчає простих технік	Повідомляє психолога про критичні випадки, сприяє мотивації звернення
Проводить кризову терапію або консулює	Допомагає з транспортом, реєстрацією, передачею інформації
Підтримує самих волонтерів, які виснажуються	Є містком довіри між спільнотою та фахівцями

Як організувати ефективну співпрацю

1. Провести короткий інструктаж

Психолог пояснює волонтерам базові сигнали психологічного виснаження, ризики травматизації, навчає «психологічної першої допомоги».

2. Розподіл обов'язків

Хто відповідає за спостереження, хто — за супровід, хто — за перенаправлення до спеціаліста.

3. Регулярна рефлексія

Після спільних дій — короткий зворотний зв'язок: що вдалось, що важко, хто потребує підтримки серед самих волонтерів.

4. Психоедукація

Психолог надає волонтерам техніки емоційної саморегуляції, навчає розпізнавати симптоми вигорання.

Кейс

Ситуація: евакуація села після обстрілу. Волонтери роздають їжу, допомагають з транспортуванням. Помічають жінку в шоковому стані, яка мовчки сидить у куточку.

- Волонтер звертається до психолога, організовує тихе місце.
- Психолог проводить стабілізацію: дихання, контакт, заземлення.
- Волонтер залишає контакти служби підтримки, допомагає з подальшим поселенням.
- **Результат:** уникнено психологічної декомпенсації.

Поради психологу: як підготуватись до співпраці з волонтерами

- Використовуй просту мову, без складної термінології.
- Створюй атмосферу довіри, без ієрархії.
- Ділись ресурсами: пам'ятки, інструкції, контакти.
- Підтримуй волонтерів, слухай їхній досвід.

Поради волонтерам

- Не діагностуй, не оцінюй — просто будь поруч і слухай.
 - Якщо щось турбує — краще передай спеціалісту.
 - Не бійся просити допомогу для себе.
 - Психолог — це твій партнер, а не «оцінювач».
-

Висновок

Міждисциплінарна взаємодія — це не лише сучасний стандарт роботи, а й необхідність в умовах масштабної гуманітарної кризи. Психолог не може бути універсальним спеціалістом, а тому ефективність його втручання значно зростає у команді з психіатром, соціальним працівником, волонтером та іншими дотичними фахівцями.

Інтегрований підхід дозволяє:

- бачити людину в її цілісності — з психоемоційними, тілесними, соціальними та духовними потребами;
- реагувати швидко та адресно;
- уникати професійного вигорання через розподіл відповідальності;
- формувати довіру в постраждалої людини через стабільну й послідовну підтримку.

Особливо в умовах війни, де щоденні виклики — це не виняток, а нова реальність, взаємодія між психологом і психіатром, соціальним працівником, волонтером стає ключем до порятунку життів, стабілізації психічного здоров'я нації та формування культури психологічної підтримки в Україні.

Надалі необхідно розвивати міждисциплінарні протоколи, стандарти комунікації, навчальні модулі для команд, а також механізми супервізії та рефлексії для всіх учасників допомоги.

“Я НЕ ПСИХОЛОГ, АЛЕ Я ПОРУЧ”:

практичні протоколи для волонтерів, вчителів, родин

«Коли вибухи поруч — важливим стає не “хто ти за фахом”, а “чи можеш ти бути поруч”.»

Навіщо цей розділ?

У критичній ситуації першими, хто опиняється поруч із людиною в паніці, горі або ступорі, є не психотерапевти, а:

- Вчителі під час тривоги в школі;
- Волонтери, що приймають у шелтерах;
- Родичі, що самі травмовані, але не можуть не підтримати інших;
- Капелани, лікарі, сусіди, просто — **люди**.

Цей розділ — не про лікування. А про людську присутність як терапевтичний інструмент.

Ключові принципи психологічної допомоги без психолога

1. Не ускладнюй — стабілізуй.

Людина в стресі не потребує аналізу, вона потребує опори.

2. Дія важливіша за слова.

Погляд, дотик, вода, ритм — часто ефективніші, ніж розмова.

3. Тіло — перший “вхід”.

Стабілізація дихання і опори через тіло — швидкий доступ до безпеки.

Базові протоколи для кризових моментів

1. “Оберіг на долоні”

Що це: арт-техніка для дітей, що створює символ захисту

- Намастити долоню фарбою → прикласти до паперу
- Довкола — намалювати символи: “Що мене тримає”
- Придумати назву: “Моя долоня сили”, “Моя рука-герой”

Для кого: діти у притулках, класах, польових умовах.

2. “Пауза для тіла”

Що це: простий протокол дихання і дотику

- Дихання: вдих 4 сек → видих 6 сек (робити разом)
- Рука на серце, обійми себе або постукування по грудях
- Фраза: “Твоє тіло тебе тримає. Я — теж.”

Для кого: будь-який вік у стані тривоги або напруги.

3. “3 питання для заземлення”

Що це: швидке повернення в реальність

- «Що ти бачиш навколо?»
- «Що чуєш?»
- «Чого торкаєшся?» або «Що поряд?»

Для кого: люди у ступорі, під час тривоги, розгубленості.

Алгоритми поведінки при різних емоційних реакціях

Симптом або поведінка	Як діяти / Що сказати
Людина мовчить	«Ти можеш мовчати. Я з тобою»
Людина гіперактивна, знервована	«Дихай разом зі мною. Один вдих. Один видих.»
В очах — “відсутність”	«Назви мені три кольори, які бачиш»
Сильне тремтіння або ступор	Накрити пледом. Теплий предмет у руки. «Я тут. Це пройде.»
Сльози, істерика	Не зупиняти. Бути поруч. Дати серветку. Сказати: «Це — нормально. Випусти це.»

Формула “ППД” — Пауза, Присутність, Дотик

- **Пауза** — не поспішай говорити чи «заспокоювати». Дихай сам.
- **Присутність** — не треба пояснювати. Просто скажи: «Я не йду».
- **Дотик** (тільки за згодою) — рука на плечі, тепла річ, “якір” у тілі.

Що може стати “ресурсом” без слів?

- Теплий чай → «Пий повільно, ковток за ковтком»
- М’яка іграшка → для дитини, яка в паніці
- Звук → спільна тиха пісня, мелодія, метроном
- Предмет → камінь, плед, браслет, “оберіг”
- Малюнок → зробити разом, навіть якщо це просто колір

Що важливо знати неспеціалісту?

Ти — не діагност, ти — опора.

Твоя стабільність важливіша, ніж твої знання.

Не кожен “плач” потребує слів. Достатньо бути.

Не змушуй, не тисни, не аналізуй. Дай дихати — буквально і символічно.

Пам’ятка для друку / тренінгів:

- Я не психолог — але я можу бути присутнім.
- Я не знаю відповіді — але я можу дихати разом.
- Я не врятую світ — але можу тримати людину біля себе.

26. МУЛЬТИКУЛЬТУРНА АДАПТАЦІЯ ПРОТОКОЛІВ ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Чому це важливо?

Після повномасштабного вторгнення мільйони українців опинилися у країнах із іншими мовами, релігіями, традиціями вираження емоцій. Те, що в Україні вважається відкритістю — в іншій культурі може сприйматись як надмірність. А деякі техніки стабілізації просто не резонують із новими контекстами.

1. Культурна адаптація: не «переклад», а «переосмислення»

Як адаптувати десенсибілізаційні протоколи:

Український контекст	Адаптований приклад
Фраза: «Я тримаюсь. Мене тримають»	DE «Ich bin nicht allein» / FR «Je suis porté» — з опорою на колективну підтримку
Візуалізація героя-захисника	SE Акцент на внутрішню природу, силу в спокої, «я — як корінь»
Техніка “оберіг у руці”	У мусульманських громадах — камінь, хна, арабеска як символ опори
Груповий дихальний ритуал	В інтровертних культурах (Японія, Фінляндія) — перевага індивідуального ритму

2. Різні культурні реакції на травму

Культура	Типові особливості	Що враховувати
США	Емоційна відкритість, схильність до дії	Важливо структурувати, давати короткі й чіткі техніки
Японія	Соціальна стриманість, уникнення конфлікту	Дозволити роботу через тіло, мистецтво, а не вербалізацію
Італія	Емоційна експресія, тілесність	Створити безпечний простір для афектів, обіймів, ритуалів
Швеція	Обережність у вираженні емоцій	Ненав'язливий підхід: «Ти маєш простір бути, не обов'язково говорити»

3. Символи та жести: як зробити техніки прийнятними

- Уникайте жестів, які в одній культурі вважаються підтримкою, а в іншій — агресією (наприклад, відкриті долоні).

- Запитуйте клієнта: **який предмет або символ тебе заспокоює?**
Не припускайте автоматично.
- Давайте **вибір фрази**. Наприклад:
 - «Я — живий»
 - «Я — як скеля»
 - «Я маю місце в цьому світі»
 - Нехай клієнт **створює власну мову стабілізації**.

4. Врахування релігії, віку, гендеру

- У мусульманських культурах — **відокремити тілесний контакт і дозволити молитву як стабілізаційний ритуал**.
- Для підлітків у Латинській Америці — краще працюють **візуальні техніки та історії**.
- У пострадянських культурах (Польща, Чехія) — висока цінність **раціонального пояснення**, важливо **пояснювати механізм кожної дії**.

5. Психоедукація — адаптація через запитання

«Що в цій вправі тобі знайоме? Що — чуже?»

«Яку фразу ти би сам сказав собі в складний момент?»

«Чи є в твоїй культурі щось подібне до цієї практики?»

Це не лише відкриває діалог, а й **повертає клієнту суб'єктність** — право на власну реакцію та форму відновлення.

Висновок

Мультикультурна адаптація — це **не про зміст, а про форму**. Глибина болю універсальна, але шляхи зцілення — завжди локальні. Терапевт не «нав'язує техніку», а **проводить через простір, де людина може віднайти свою мову опори**.

27. ВІРА ЯК ВНУТРІШНІЙ РЕСУРС: ЛЮБОВ І ПРОЩЕННЯ, ЯК СТРАТЕГІЯ ПЕРЕМОГИ У ВІЙНІ: «ЕНЕРГІЯ ЙДЕ ТУДИ, КУДИ СПРЯМОВАНИЙ НАМІР»

1. Віра у психотерапевтичному контексті

У психотерапії віра розглядається як один із найглибших особистісних ресурсів. Це не лише приналежність до релігії чи духовної традиції, а й внутрішній фундамент — переконання, які допомагають людині витримувати кризу, знаходити сенс, приймати реальність. Це може бути віра у Бога, у добро, у правду, у себе, у близьких, у Перемогу України.

З нейропсихологічної перспективи, віра активує префронтальну кору головного мозку — центр саморегуляції, планування та ухвалення рішень. Це безпосередньо впливає на здатність витримувати тривогу, регулювати емоції та діяти конструктивно.

2. Роль віри у роботі з травмою

- Сприяє збереженню ідентичності у хаосі втрат.
- Встановлює мости між подіями, які здаються безглуздими, і новим сенсом.
- Допомогає знайти внутрішню рівновагу у стані шоку, безсилля, розгубленості.
- Активізує здатність до посттравматичного зростання.
- Стає «якорем», коли все інше втрачає сенс.

3. Практичні техніки інтеграції віри в терапевтичний процес

- **Візуалізація “світлого образу”:** внутрішнє уявлення місця, постаті або символу, що надає підтримку.
 - **Письмова техніка “Лист до Бога / Вищої сили”:** вербалізація болю, надії, прощення.
 - **Щоденник вдячності або духовного спостереження:** щоденні записи про моменти сили, підтримки, доброти.
 - **Молитва тиші, дихальна молитва, афірмації:** короткі фрази, що інтегруються у стабілізацію (напр., “Я в спокої”, “Я не один/одна”, “Світло веде мене”).
 - **Символічні ритуали:** запалювання свічки, створення амулету, дерево пам’яті — як маркери стабільності.
-

4. Протокол духовної стабілізації (PSS – Psycho-Spiritual Stabilization)

Етап 1: Контакт і відкриття теми віри

Запит: “Чи є щось, що допомагає вам залишатись на ногах у ці часи?”

Етап 2: Вибір духовного ресурсу

Образ, слово, текст, спогад, молитва, предмет — усе, що несе стабільність.

Етап 3: Технічна інтеграція

- Дихання + афірмація.
- Візуалізація захищеного простору.
- Коротке повторення фрази-мантри.

Етап 4: Рефлексія

Запис/обговорення ефекту: “Що дало вам сили?”, “Що вам відгукнулось найбільше?”

5. Робота з віруючими клієнтами: етичні орієнтири

- Не нав’язувати поглядів і не знецінювати переконання.
- Бути уважним до духовних травм і сумнівів.
- Уникати психологічного “тлумачення” віри як проєкції.
- Пропонувати співпрацю з капеланами лише за бажанням клієнта.

6. Взаємодія психолога з капеланом

- Капелан — духовний провідник: ритуал, обряд, молитва.
- Психолог — провідник у стабілізації, осмисленні, інтеграції.
- Разом — супровід душі та психіки.

7. ВІРА У ПЕРЕМОГУ ЯК РЕСУРС ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ

Віра у перемогу — це не лише патріотизм. Це форма глибокого сенсотворення в умовах війни. Це фокус на майбутнє, яке має зміст. Підтримка надії, коли навколо руйнування.

Вплив:

- Активує мотивацію до дії.
- Нейтралізує безпорадність.
- Консолідує колективну ідентичність.

Техніки:

- “Майбутнє після перемоги” — вправа-уявлення.
- “Щоденник опору”: дії, що зміцнюють стійкість.
- Колективні афірмації: “Ми переможемо, бо...”
- Індивідуальні ритуали: лист до себе в день перемоги, символи відновлення.

8. ДУХОВНА ТРАВМА ТА ПОШУК СЕНСУ ПІСЛЯ ВТРАТИ

Ознаки духовної травми:

- Психоемоційна порожнеча.
- Втрата довіри до вищих сил.
- Зневіра у справедливість і добро.
- Відчуття внутрішньої загубленості.

Підходи до роботи:

- Метафоричне мислення: “темна ніч душі”, “криза як поле росту”.
- Безоцінювальне слухання.
- Символічні ритуали прощання, арт-практики.
- Пошук нової системи сенсів: через творчість, дії, волонтерство.

9. Висновок

Віра — це не лише релігійна система. Це глибокий психологічний механізм, що дозволяє людині вистояти у часи темряви. В умовах війни, втрати, невизначеності — віра може бути якорем, дороговказом, і ресурсом зцілення. Завдання психолога — створити простір, у якому віра клієнта буде прийнята, інтегрована та підтримана. Адже саме вона — іноді єдине, що лишається в момент

28. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ВІЙНИ

Інформаційна війна є невід’ємною частиною сучасного збройного конфлікту. В Україні, починаючи з 2014 року, а особливо після повномасштабного вторгнення у 2022 році, інформаційна атака стала системною, багаторівневою та стратегічно націленою на моральне виснаження населення. Вона спрямована не лише на деморалізацію та деструкцію соціальної згуртованості, а й на розмиття національної ідентичності, генерацію паніки, зневіри, внутрішніх конфліктів у суспільстві. Постійного впливу зазнають усі групи — цивільне населення, військові, освітяни, журналісти, волонтери, діти, літні люди.

Ключові психологічні виклики

- **Тривожність через новини:** компульсивне перевіряння стрічки, очікування катастрофічних подій, соматичні прояви (тахікардія, гіпергідроз, тремтіння).
- **Дезінформація:** когнітивна дезорієнтація, панічні думки, втрата довіри до офіційних джерел.
- **Емоційне оніміння або вигорання:** байдужість до новин, емоційне «вигорання», відчуття безглуздя дій.
- **Соціальні конфлікти:** посилення агресії, поляризація, конфлікти в родині і колективах.

Звук повітряної тривоги та нічний терор: психологічні наслідки й адаптаційні механізми

Український контекст

Після початку повномасштабного вторгнення РФ активно застосовує тактику **нічного терору**: систематичні обстріли між 1:00–5:00 годинами з метою викликати максимальну дестабілізацію, зниження якості сну та хронічне виснаження. Звук сирени у нічний час є надзвичайно сильним тригером, який запускає реакції гіперактивації нервової системи, що підсилює ризики для розвитку ПТСР, особливо в дітей, людей похилого віку та осіб з попереднім травматичним досвідом.

Вікові реакції на звукові сигнали тривоги

Діти (0–6 років)

- *Типові прояви:* нічні жахіття, регресія (енурез, залежність), тривожне прокидання, плач.

- **Рекомендовані втручання:** створення безпечного наративу («захисна сирена»), наявність улюблених предметів у «наборі безпеки», тілесна підтримка, уникнення хаотичних дій.

Молодші школярі (6–12 років)

- **Типові прояви:** страх залишатись наодинці, порушення сну, тривожні фантазії.
- **Рекомендації:** заздалегідь обговорений алгоритм дій, ритуали заспокоєння після тривоги (читання, обійми, теплий напій).

Підлітки (13–18 років)

- **Типові прояви:** маскування тривоги байдужістю, роздратування, гнів, протестні реакції.
- **Психоедукативний підхід:** визнання емоцій, делегування відповідальності (збір речей, планування побуту в укритті), навчання технік самозаспокоєння (дихання, музика).

Дорослі та літні люди

- **У дорослих:** безсоння, соматичні симптоми, емоційне виснаження.
- **У літніх:** загострення хронічних станів, дезорієнтація, страх перед евакуацією.
- **Допомога:** підтримка автономності, структуроване середовище, спільні ритуали (молитва, читання), визнання значущості.

Додаткові психопрофілактичні заходи

- **Зонування укриттів:** створення окремих ділянок для сну, дитячих куточків зі спокійними заняттями (малювання, книжки).
 - **Тиха тривога:** запровадження альтернативного інформування для вразливих груп (вібрації, сповіщення замість сирени).
 - **Ранкові стабілізаційні практики після нічних тривог:** легка зарядка, тепле пиття, спокійна музика, дихальні вправи.
 - **Техніка “3-2-1 STOP” (заземлення):**
 1. Назви 3 об’єкти навколо.
 2. Назви 2 звуки, які чуєш.
 3. Назви 1 тілесне відчуття.

Потім зроби паузу, вдихни глибоко.
-

Рекомендовані втручання

1. Інформаційна гігієна

- Регламентувати споживання новин (наприклад, не більше 2 разів на день, уникати перед сном).
- Використовувати лише перевірені джерела (Суспільне, Центр стратегічних комунікацій, StopFake).

- Пояснювати клієнтам нейропсихологічний механізм хронічного стресу.
- 2. Психоедукація**
 - Демонстрація типових фейків та навчання розпізнаванню маніпуляцій.
 - Пояснення ефекту «шоку» та стратегічної інформаційної атаки.
- 3. Підтримка професійних груп**
 - Супервізійні зустрічі, простори безпечного емоційного вираження для журналістів, волонтерів, вчителів.
 - Техніки щоденного емоційного розвантаження.
- 4. Психотерапевтична робота**
 - Когнітивна реструктуризація мислення (спростування катастрофізації).
 - Робота з внутрішніми образами стабільності, «точками сили» (символи, спогади, внутрішні ресурси).

Оцінка рівня інформаційного стресу (індикативна шкала)

Інструкція

Оцініть протягом останнього тижня, наскільки часто ви відчували наступне (0 — ніколи, 4 — постійно):

1. Бажання одразу після пробудження перевірити новини.
2. Немоżliвість зосередитись через думки про події.
3. Панічні думки після перегляду новин.
4. Фізична тривога після перегляду відео або фото.
5. Агресія до людей з «інакшою» думкою.
6. Уникання соціального спілкування через перевтому від інформації.

Інтерпретація результату

- **0–6 балів:** низький рівень стресу.
- **7–12 балів:** помірне інформаційне перевантаження. Рекомендовано обмежити інфоспоживання.
- **13+ балів:** високий рівень тривоги. Доцільно звернутись до психолога або кризового спеціаліста.

Висновок:

Звук сирени — це не просто технічний сигнал, а психотравмуючий досвід. У роботі психолога важливо враховувати не лише прямі симптоми, але й контекст їхнього виникнення. Через підтримку, регуляцію, рутину та безпечні реакції ми не лише допомагаємо вижити — ми допомагаємо зберегти гідність, суб'єктність і психічну єдність під час війни.

29. КАРТКА-НАВІГАТОР: ДІЇ ПРИ ТРИВОЗІ, ОБСТРІЛІ, ЕВАКУАЦІЇ

Зберігай спокій. Дій послідовно. Повертайся до себе.

1. Почула/почув тривогу або вибух — дій автоматично:

Знайди найближче укриття або безпечне місце (дві стіни, коридор, ванна без вікон).

Присідай/лягай, прикриваючи голову та шию.

Якщо можеш — попередь інших.

Глибоко вдихни — видихни — повтори тричі.

2. Фокус уваги (5 секунд):

Торкнись трьох речей навколо себе.

Назви одне слово: *«Я живий. Я дію.»*

Знайди поглядом щось знайоме — ручка, гудзик, тріщина.

3. Дихання «Квадрат»:

- Вдих – 4 рахунки
 - Затримка – 4 рахунки
 - Видих – 4 рахунки
 - Затримка – 4 рахунки
 - 3–5 циклів — допомагає відновити контроль.
-

4. Під час евакуації:

Заздалегідь підготуй речі (аптечка, вода, документи).

Рухайся спокійно, не метушись.

Вибирай дорогу разом із людьми, не ізолюйся.

Якщо є дитина — говори: *«Я поруч. Я дбаю про тебе. Ми разом.»*

5. Після події:

Дай собі час і простір: вода, тепло, сидіння.

Промов фразу: *«Це — вже позаду. Я зробив(ла) усе, що зміг».*

Застосуй вправу «5-4-3-2-1» або обійми себе.

Зроби 3 повільні ковтки води. Це — як «якір» до реальності.

ЗАПАМ'ЯТАЙ:

- Ти **не зобов'язаний бути героєм** — ти зобов'язаний **бути живим**.
- Страх — не слабкість. Він сигнал, а не вирок.
- Твоє тіло може реагувати і після події. Це нормально. Дай йому відновитись.

«Я діяв. Я зберіг себе. Я зробив усе, що було в моїх силах.»

30. ВИСНОВКИ

Психотерапія під час війни — як діяти, витримувати і підтримувати

У контексті тривалої війни, масової травматизації та хронічної нестабільності, **психологічна допомога** має бути не лише професійною, а й адаптивною, гнучкою та людяною. Цей посібник — це не просто збірка технік, а **цілісна система**, що поєднує:

- сучасні нейронаукові знання;
- тілесно-орієнтовану та сенсорну практику;
- інструменти для кризових умов;
- український досвід з поля, укриття, лікарні, школи, родини, тимчасового житла.

Нейропсихологічна десенсибілізація як система

Це не окрема техніка, а **модульний підхід**, що дозволяє:

- працювати з травмою в умовах нестачі часу, простору чи ресурсів;
- поєднувати емоційні, тілесні, когнітивні, сенсорні та символічні рівні;
- адаптувати втручання до **віку, культури, статусу клієнта** (військовий, ВПО, підліток, поліцейська, мати, волонтер).

Підхід включає не лише стабілізацію та десенсибілізацію, але і **формування ресурсу, повернення контролю, переозначення досвіду, роботу з простором** (гомеопатія), **підтримку фахівця і інтеграцію самопомогі**.

Що отримав фахівець у цьому посібнику

- Огляд нейропсихологічної природи травми: амігдала, гіпокамп, нейропластичність, вегетативна система.
- Практичні протоколи: EMDR, тілесно-орієнтовані техніки, арт-десенсибілізація, когнітивна трансформація, онлайн-форми.
- Адаптовані методики для роботи з:
 - дітьми (ігрові, образні, рухові підходи);
 - підлітками (ідентичність, опір, непряма мова);
 - військовими (короткі протоколи, тілесна розрядка);
 - біженцями (втрата дому, інтеграція, «внутрішній дім»);
 - родинами (горювання, вина, ритуали зв'язку);
 - фахівцями (вигорання, самостабілізація, межі).

- Інструменти тренінгу, супервізії, самопідготовки («тренерська валіза», кишенькові техніки, мікропротоколи).
- Приклади реальних кейсів, зокрема впровадження **геомопатичного підходу** — трансформації простору як чинника зцілення.
- Етичні стандарти воєнного часу: присутність без вторгнення, гнучкість без втрати якості.

Ключові професійні орієнтири

- **Травма — це процес**, який можна трансформувати. Не «злам», а зона росту за умови підтримки.
- **Тіло пам'ятає більше, ніж слова**. Починати — з дихання, з руху, з заземлення.
- **Нейропластичність — реальна**. Навіть після тривалого ПТСР, мозок може створити нові шляхи — якщо ми дотримуємося послідовності, ритму і безпеки.
- **Фахівець не «рятівник»**, а опора, яка тримає простір для внутрішньої роботи людини. Головна якість — не всезнання, а витримка.

І що ще важливо...

- Усі техніки цього посібника — **не догма**, а **відкрита рамка**, яка має змінюватись згідно з контекстом, культурою, ритмом клієнта.
- Усе, що тут описано, може бути **спрощене** або **розширене** — головне, щоб не втрачалась цілісність: **безпека + ресурс + діалог**.
- **Гомеопатія** — новий ресурс: ми працюємо не лише з людиною, а й з простором, у якому вона живе. Простір теж має пам'ять, і ми можемо її переписати.
- **Фахівець має право зупинитись**. Має право на межі, на дихання, на тишу. Самопідтримка — не слабкість, а умова витримки.

Замість післямови

Психотерапія — це не лише техніка. Це **форма гуманності**, яка зберігає в людині живе, навіть тоді, коли навколо — втрата, біль і руїни. Цей посібник — не інструкція «що робити», а **запрошення — як бути**: з повагою, з тілом, із присутністю, з правом не знати все, але бути поруч.

Ми тримаємось. І ми тримаємо одне одного. Це і є терапія.

10 ПРИНЦИПІВ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1. Починай з тіла

У стані травми розум мовчить, а тіло кричить.
Дихання, рух, заземлення — це перші двері до безпеки.

2. Присутність важливіша за слова

Не обов'язково щось говорити — достатньо бути.
Психологічна присутність = стабільність, ритм, спокій.

3. Безпека — основа всього

Жодна глибока техніка не спрацює без базової стабілізації.
Створи опору в просторі, тілі, диханні, ритуалі.

4. Травма — це не вирок, а процес

З нею можна жити, її можна інтегрувати.
Не лікуй — підтримуй шлях повернення до себе.

5. Симптом — це не патологія, а відповідь

Паніка, агресія, дисоціація — це спосіб вижити.
Замість «що з тобою не так?» — запитай «що з тобою сталося?»

6. Простота — не означає слабкість

Коротка фраза, жест, малюнок — іноді сильніші за довгу розмову.
Прості інструменти мають глибоку дію в кризі.

7. Простір лікує

Місце пам'ятає біль, але може стати ресурсом.
Гомеопатія — це про те, як змінити відчуття простору разом із клієнтом.

8. Гнучкість — ключ до ефективності

Нема «ідеального протоколу». Є контекст і людина.
Адаптуй: поєднуй техніки, скорочуй час, використовуй доступне.

9. Терапевт — не рятівник, а супровідник

Клієнт — не пасивний об'єкт, а суб'єкт свого зцілення.
Повага до автономії — завжди.

10. Тримай себе, щоб тримати інших

Твої межі — це твоя професійна опора.
Відновлення, пауза, супервізія — не розкіш, а обов'язок.

31. ДОДАТКИ

Протокол тілесно-орієнтованої десенсибілізації

(Орієнтовна структура тілесної сесії або індивідуальної практики)

Етап 1. Початкова самоперевірка (Check-in)

Мета: оцінити загальний стан перед практикою, виявити рівень напруги та тілесної присутності.

☐ Як я зараз почуваюсь емоційно? (1 слово або коротка фраза): _____

☐ Рівень тілесної напруги (0 — повна розслабленість, 10 — сильна напруга): _____

☐ Чи відчуваю я своє тіло повністю / частково / не відчуваю?

☐ Повністю ☐ Частково ☐ Взагалі не відчуваю

☐ Які зони тіла найменш «живі» або найбільш напружені?

Етап 2. Тілесне сканування та усвідомлення

Мета: активізувати зв'язок із тілом, звернути увагу на його сигнали.

☐ Повільне сканування тіла (з голови до п'ят або навпаки):

— Відзначити зони тепла / холоду / оніміння / болю / пульсації.

— Чи змінились відчуття за 3–5 хв практики?

☐ Додаткові запитання до себе:

— Чи є в тілі безпечна точка?

— Де я відчуваю підтримку чи опору?

— Чи хочу я змінити положення тіла?

Етап 3. Нейрошейкінг (індуковане мікротремтіння)

Мета: вивільнити напруження, мобілізувати нервову систему через природні тілесні реакції.

☐ Вихідна поза: лежачи або стоячи з м'яким згинанням колін.

☐ Повільні вправи на стомлення м'язів (наприклад, поза метелика / легкі присідання).

☐ Дочекатися появи мікротремору (дрижання, вібрація в ногах, корпусі).

☐ Спостерігати за рухом, не контролюючи його.

☐ Час виконання: 5–10 хв.

Важливо: зупинитися, якщо з'являється дискомфорт або сильна емоційна активація.

Етап 4. Мікрорухи та постуральна стабілізація

Мета: активізувати відчуття центру, вертикалі, стійкості та сили.

- ☐ Відчуття ваги тіла на ногах (стоячи) або точках опори (сидячи/лежачи).
- ☐ Зробити серію мікрорухів — повільні нахили, кругові рухи плечима, доторк до грудної клітки або хребта.
- ☐ Відстежити, як змінюється дихання, баланс, відчуття простору.
- ☐ Завершити вправою «вертикаль» — відчуття себе зібраним/зосередженим від п'ят до маківки.

Етап 5. Регуляція через контакт і ритм

Мета: стабілізувати нервову систему через ритмічність, дихання і сенсорну опору.

- ☐ Дихальна вправа: «4–6» (вдих — 4 сек, видих — 6 сек). Повторити 5 циклів.
- ☐ Контакт із поверхнею:
 - Спиною до стіни
 - Руки на живіт / груди
 - Стопи на підлозі (звернути увагу на опору)
- ☐ Температурна або вагова стимуляція: плед, тепла грілка, важкий мішок на живіт.
- ☐ Ритмічна дія: покачування, легке постукування, хода з концентрацією на ритмі кроків.

Етап 6. Робота з межами та дотиком (за потреби)

Мета: відновити відчуття контролю над простором, тілесними та психологічними межами.

- ☐ Вправи на візуалізацію тілесної межі (уявити навколо себе «коло простору»).
- ☐ Практика «руки — щит»: підняття долонь перед собою — відчуття сили «НІ».
- ☐ Дотик (самостійний або з дозволеного контакту): руки на плечі, обіймання себе, притискання подушки.
- ☐ Назвати: де мої фізичні межі зараз? Чи можу я їх відчути?

Етап 7. Завершення практики та інтеграція

Мета: повернення до спокою, фіксація змін, закриття сесії.

- ☐ Як змінився мій стан? (емоційно, фізично)
 - До: _____
 - Після: _____

- ☐ Рівень напруги зараз (0–10): ____
- ☐ Які зони тіла стали більш «живими» або розслабленими?

☐ Який ресурс я можу винести з цієї практики в повсякденне життя?

- ☐ Тілесна присутність
- ☐ Відчуття опори
- ☐ Дихання
- ☐ Рух
- ☐ Інше: _____

Рекомендації після практики:

- Спокійний режим ще протягом 15–30 хв.
- Уникати сильних подразників (новини, конфлікти, яскраве світло).
- Можна випити води, щось перекусити, пройтись.
- Записати коротку нотатку або зробити малюнок — як виглядає моє тіло «після».

Протокол рекомендовано виконувати поступово, з увагою до власних меж. У разі сильного емоційного реагування — звернутись до фахівця з психосоматичної або тілесно-орієнтованої терапії.

Протокол нейрофідбек-десенсибілізації

(Для роботи з ПТСР, тривожними розладами, ЧМТ, порушеннями концентрації)

1. Підготовчий етап

Мета: забезпечити базову готовність клієнта до сеансу — фізичну, психологічну та технічну.

- ☐ Коротке інтерв'ю про стан (оцінка за шкалою тривоги, зосередженості, втоми):
- *Тривожність (0–10):* ____
- *Концентрація (0–10):* ____
- *Соматичні симптоми (напр. головний біль, тиск):* _____
- ☐ Визначення цілей сесії:
- ☐ Зниження гіперактивації / тривожності
- ☐ Посилення фокусування / саморегуляції
- ☐ Реабілітація після ЧМТ
- ☐ Інше: _____
- ☐ Вибір типу нейрофідбеку:
- ☐ EEG (електроенцефалограма)
- ☐ HEG (гемодинамічний зворотний зв'язок)
- ☐ Z-score / LORETA / SCP / інше: _____
- ☐ Підготовка техніки:
- ☐ Капи / електроди встановлено
- ☐ Проведено калібрування
- ☐ Рівень сигналу стабільний

2. Проведення сесії

Тривалість: 25–40 хв (рекомендується починати з 20–25 хв для новачків)

- ☐ Активна тренувальна частина:
- Кількість протоколів (модулів): ____
- Тип зворотного зв'язку:
- ☐ Відеоанімація (наприклад, фільм, що сповільнюється/зупиняється)
- ☐ Аудіофідбек (звук у відповідь на активність мозку)
- ☐ Ігрова форма / графік у реальному часі
- ☐ Локації активності (наприклад, F3–F4, Cz, Pz): _____
- ☐ Поведінкові спостереження під час сесії:
- ☐ Фокус збережено ☐ Втома ☐ Роздратування ☐ Заціпеніння
- ☐ Релаксація
- ☐ Психофізіологічна реакція:
- Зміна частоти дихання/серцебиття
- Зміна м'язового тону (напр. щелепи, плечі)
- Інші спостереження: _____

3. Завершення сесії та інтеграція досвіду

Мета: оцінити ефект, зафіксувати зміни та закріпити стан саморегуляції.

- ☐ Повторна самооцінка стану (до / після):
 - *Тривожність (0–10): з ____ до ____*
 - *Фокус уваги (0–10): з ____ до ____*
 - *Суб'єктивне самопочуття (1–2 слова): _____*
- ☐ Усвідомлення змін:
 - *Що я відчув/відчула у своєму тілі?*
 - *Які емоції з'явилися або зменшилися?*
 - *Чи з'явилося нове відчуття контролю?*
- ☐ Відновлення контакту з тілом (коротке сканування або заземлення):
 - ☐ Так ☐ Ні
 - *Опис вправи: _____*
- ☐ Домашнє завдання / Поради на міжсесійний період:
- ☐ Дихальна практика ☐ Спостереження за станом ☐ Щоденник змін
- ☐ Інше: _____

4. Загальні параметри сесії (для ведення документації)

Параметр	Значення
Дата сесії	_____
Тривалість	_____ хв
Тип нейрофідбеку	EEG / HEG / інше: _____
Обраний протокол	_____
Активні електроди (зони)	_____
Психоемоційна реакція	_____
Рекомендована частота	☐ 1 раз/тиждень ☐ 2–3 рази/тиждень
Наступна сесія запланована	☐ Так ☐ Ні (дата: _____)

Нагадування: нейрофідбек є інструментом тренування нервової системи, а не прямим лікуванням. Найкращі результати досягаються при регулярності (10+ сесій) та поєднанні з психотерапією або реабілітаційною програмою.

Протокол рекомендовано адаптувати під індивідуальні цілі клієнта. Можна використовувати як **шаблон документації, роздатковий матеріал для клієнта або частину мультидисциплінарного кейсу** (у роботі з ветеранами, особами після ЧМТ, дітьми з СДУГ тощо).

Протокол когнітивної десенсибілізації (СВТ + експозиція) (Рекомендовано проводити у співпраці з фахівцем)

Етап 1. Початкова стабілізація та ресурсування

Мета: забезпечити базовий рівень внутрішньої безпеки перед роботою з травматичним матеріалом.

- ☐ Перевірити психоемоційний стан (за шкалою 0–10: де 0 — повна нестабільність, 10 — повна ресурсність).
- ☐ Застосувати техніки заземлення (дихання, тілесне сканування, опора на середовище).
- ☐ Обрати «якір безпеки» — спогад, предмет або образ, до якого можна повернутись у разі тривоги.

Етап 2. Ідентифікація проблемної події або тригера

Мета: визначити ситуацію, яка викликає сильну емоційну реакцію та є джерелом деструктивних переконань.

- Подія / ситуація:
(Короткий опис або назва: «бойовий епізод», «втрата», «помилка» тощо)
- Поточна емоційна реакція:
☐ Страх ☐ Провина ☐ Сором ☐ Безпорадність ☐ Злість ☐ Інше: _____
- Рівень дистресу за шкалою SUD (0–10): _____

Етап 3. Виявлення автоматичних думок та переконань

Мета: виявити, які внутрішні висновки або судження супроводжують спогад.

Негативна думка (автоматична)	Емоція	Інтенсивність (0–10)
«Я підвів інших»	Провина	9
«Я погана людина»	Сором	8
«Я не мав/мала права вижити»	Провина	10

Етап 4. Когнітивна реконструкція

Мета: кинути виклик деструктивним переконанням та сформулювати реалістичніші й співчутливіші альтернативи.

Негативна думка	Контраргументи	Нова інтерпретація
«Я винен, бо вижив»	Інші також вижили. Я не контролював обставини.	«Я зробив усе можливе в тій ситуації»
«Я повністю відповідальний»	Були зовнішні фактори. Не я створив війну.	«Я не винен у самому факті події»

Етап 5. Експозиція (уявна / письмова)

Мета: поступове, контрольоване занурення в спогад без уникання, з можливістю переосмислення.

- ☐ Метод:
- ☐ Уявна реконструкція
- ☐ Письмова експозиція
- ☐ Аудіозапис / слухання себе
- ☐ Інше: _____
- ☐ Тривалість: ____ хв.
- ☐ Зміна рівня дистресу після експозиції (SUD): з ____ до ____
- ☐ Спостереження під час експозиції (тілесні реакції, емоції, нові думки): _____

Етап 6. Інтеграція досвіду

Мета: закріпити нове ставлення до події, повернути відчуття гідності, людяності, сили.

- ☐ Які нові висновки я можу зробити? _____
- ☐ Що я можу дозволити собі відчувати зараз?
- ☐ Співчуття ☐ Полегшення ☐ Гідність ☐ Спокій ☐ Інше: _____
- ☐ Яка дія/поведінка стане символом мого нового ставлення до себе? (написати лист, поговорити з кимось, створити ритуал прощення тощо)

Етап 7. Завершення та повернення до ресурсу

Мета: стабілізуватися після роботи, знизити активацію, завершити сесію у безпечному стані.

- ☐ Повернення до «якоря безпеки».
- ☐ Вправи на заземлення або розслаблення.
- ☐ План дій у разі емоційного коливання після сесії.

Загальна оцінка сесії (рефлексія):

- Що було найбільш значущим для мене сьогодні?

-
- Що варто повторити / поглибити на наступному етапі?
-

Примітка: цей протокол є загальним шаблоном і має бути адаптований під індивідуальні потреби клієнта. У випадках тяжкої травми, ПТСР, депресії або суїцидальних намірів — обов'язкова підтримка сертифицированного фахівця.

Протокол когнітивної десенсибілізації (CBT + експозиція) (Орієнтовна структура сесії / роботи з травматичним досвідом)

1. Початкова стабілізація (Check-in)

Мета: забезпечити базовий стан внутрішньої безпеки перед роботою з травматичним матеріалом.

- ☐ Мій емоційний стан зараз: _____
- ☐ Рівень дистресу за шкалою SUD (0–10): ____
- ☐ Тілесні сигнали тривоги / напруги:
- ☐ Напруга ☐ Стиснення ☐ Важкість ☐ Оніміння ☐ Інше: _____
- ☐ Моя ресурсна точка опори зараз (людина / спогад / дія / образ): _____

2. Вибір події для опрацювання

Мета: визначити травматичний або болючий досвід, який викликає стійкі негативні емоції або переконання.

- ☐ Назва / короткий опис події: _____
- ☐ Коли це сталося? (приблизна дата / контекст): _____
- ☐ Що саме у цій події турбує мене найбільше? _____
- ☐ Основні емоції, пов'язані з подією: _____
- ☐ Провина ☐ Сором ☐ Страх ☐ Безпорадність ☐ Гнів ☐ Інше: _____

3. Виявлення автоматичних думок та переконань

Мета: ідентифікувати внутрішні судження, які сформувались внаслідок події.

Негативна думка / переконання	Емоція	Інтенсивність (0–10)

Наприклад: «Я винен, що вижив», «Я слабкий», «Я більше нікому не довірю»

4. Когнітивна реконструкція

Мета: поставити під сумнів негативні переконання та сформувати реалістичніші, співчутливі інтерпретації.

Автоматична думка	Контраргументи / факти	Нова думка / висновок
«Я винен у тому, що не врятував»	Я не мав ресурсу. Це була критична ситуація.	«Я зробив усе можливе у складних умовах»

Корисно запитати: Чи сказав(-ла) б я це іншій людині в подібній ситуації?

5. Безпечна експозиція

Мета: контрольоване занурення у травматичну подію з метою зниження емоційного заряду.

- ☐ Спосіб:
 - ☐ Письмова експозиція
 - ☐ Уявна реконструкція
 - ☐ Розповідь вголос (з терапевтом)
 - ☐ Візуалізація / малюнок
 - ☐ Тривалість експозиції: ____ хв
 - ☐ Рівень дистресу (після): ____ (SUD)
 - ☐ Що я помітив(ла) під час експозиції?
 - ☐ Зміна тіла ☐ Емоції ☐ Спогади ☐ Думки ☐ Бажання уникнути
 - ☐ Якщо стан став занадто тривожним — застосовано техніку стабілізації:
 - ☐ Дихання ☐ Контакт із тілом ☐ Заземлення ☐ Повернення до ресурсу
-

6. Формування нових висновків

Мета: закріпити нові інтерпретації, що відновлюють гідність, реалістичне самосприйняття.

- ☐ Який новий висновок я можу зробити про себе?
 - _____
 - ☐ Як я тепер дивлюсь на ситуацію, у якій був(-ла)?
 - _____
 - ☐ Що я можу дозволити собі відчути сьогодні, чого не дозволяв(-ла) раніше?
 - ☐ Співчуття ☐ Гідність ☐ Полегшення ☐ Право жити ☐ Інше: _____
-

7. Інтеграція через письмову практику

Мета: закріпити досвід через особисту рефлексію.

- ☐ Лист:
- ☐ собі в минулому
- ☐ постраждалому
- ☐ людині, яка завдала болю
- ☐ уявна розмова із частиною себе, яка досі страждає
- ☐ Щоденник думок:
- Що змінилось у моєму сприйнятті події?
- Які переконання втратили силу?

8. Завершення сесії

Мета: зниження залишкового емоційного збудження та повернення до безпечного стану.

- ☐ Дихальна вправа / тілесна стабілізація / рух
- ☐ Вибір ресурсу для завершення:
- ☐ Образ безпеки ☐ Тілесне заземлення ☐ Контакт з близькою людиною
- ☐ Емоційний стан на завершення: _____
- ☐ План самопідтримки на день / тиждень: _____

Рекомендації після сесії:

- Залишити собі час для відпочинку.
- Запланувати прості, приємні дії після сесії.
- Уникати стимуляторів нервової системи (новини, соцмережі, конфлікти).
- Вести журнал змін: думки, емоції, нові висновки.

Цей протокол не замінює терапії, але є безпечним і структурованим інструментом для інтеграції досвіду. Працювати з ним бажано під супроводом фахівця у сфері травматерапії або когнітивної терапії.

Протокол онлайн-десенсибілізації (індивідуальна сесія)

Для фахівців, які працюють дистанційно з клієнтами в стані травматичного стресу

1. Попередня підготовка (до сесії)

Мета: створити умови для безпечної дистанційної роботи

- ☐ **Технічна перевірка:**
 - ☐ Відеозв'язок стабільний
 - ☐ Камера та мікрофон працюють
 - ☐ Є резервний канал зв'язку (месенджер, телефон)
 - ☐ **Безпечне середовище клієнта:**
 - ☐ Приватний простір, без перешкод
 - ☐ Клієнт має під рукою воду, плед, навушники, м'який предмет / подушку
 - ☐ **Кризова домовленість (safety agreement):**
 - ☐ Відомо місцезнаходження клієнта (місто, країна)
 - ☐ Є контакт довіреної особи у разі ескалації
 - ☐ Встановлено сигнал «стоп» або «небезпека» (жест, слово, повідомлення)
-

2. Початкова стабілізація (check-in)

Мета: оцінити стан клієнта та підготувати тіло і психіку до глибшої роботи

- ☐ Самооцінка стану (SUD — шкала дистресу 0–10):
 - До сесії: ____
 - ☐ Запитання для фокусування:
 - — Що я відчуваю в тілі зараз?
 - — Який настрій сьогодні?
 - — Чи є щось, що турбує / підтримує прямо зараз?
 - ☐ Вправа на заземлення (на вибір):
 - ☐ «3 точки опори» (спина до стільця, стопи на підлозі, долоні на колінах)
 - ☐ Дихальна хвиля (вдих — пауза — видих — пауза, 4 цикли)
 - ☐ Візуалізація місця безпеки (3 хв.)
-

3. Основна частина: десенсибілізаційна техніка

Формат обирається залежно від підготовки клієнта, наявності ресурсу та цілі сесії.

Варіант 1: онлайн-експозиція (CBT + уявна реконструкція)

- ☐ Клієнт описує ситуацію / тригер (вербально або письмово)

- ☐ Використовується метод контролю інтенсивності (SUD / стоп-сигнал)
- ☐ Візуалізація події з фокусом на:
- ☐ Емоціях
- ☐ Думках
- ☐ Тілесних відчуттях
- ☐ Переробка через:
- ☐ Когнітивну реконструкцію
- ☐ Формування нових висновків
- ☐ Письмову рефлексію

Варіант 2: білатеральна самостимуляція (EMDR-подібний протокол)

- ☐ Пояснення техніки: «метод ліво-право» (постукування по плечах, колінах, зміна погляду)
- ☐ Клієнт самостійно виконує білатеральні рухи під керівництвом фахівця (20–40 секунд серії)
- ☐ Фокус на образі/ситуації + що змінюється після кожної серії
- ☐ Фіксація зменшення дистресу (SUD)
- ☐ Завершення етапу після стабілізації реакції або ознак інтеграції

Варіант 3: арт-десенсибілізація (з камерою або на спільному екрані)

- ☐ Клієнт малює:
- ☐ травматичний образ
- ☐ метафору емоції
- ☐ себе «до» і «після» події
- ☐ Обговорення символіки малюнку
- ☐ Перетворення зображення: додавання елементів ресурсу, кольору, захисту
- ☐ Усвідомлення змін у внутрішньому стані

4. Завершення сесії: інтеграція та стабілізація

Мета: закріпити зміни, повернутись у безпечний стан

- ☐ Самооцінка дистресу після сесії (SUD): ____
- ☐ Що змінилось?
- — У тілі: _____
- — У думках: _____
- — У почуттях: _____
- ☐ Вправа на «збирання себе» (на вибір):
- ☐ Вправа «вертикаль» (відчути себе зібраним від стоп до голови)

- ☐ Ритмізація: погойдування, покладання рук на груди/живіт
- ☐ Назвати 3 предмети у кімнаті + 3 звуки + 3 дії, які зроблю після
- ☐ Ресурс на вихід:
- ☐ Образ / предмет / дія, яка додає сили
- ☐ План дій на наступні години (їжа, прогулянка, сон)

5. Документація сесії (для фахівця)

Параметр	Значення
Дата сесії	_____
Тривалість	_____ хв
Формат десенсибілізації	Експозиція / EMDR / Арт / Інше _____
Рівень дистресу (до/після)	_____ / _____
Техніки стабілізації	_____
Особливості реакції	_____
Наступні кроки / рекомендації	_____

Примітка: фахівцю рекомендується мати план кризового реагування, знання базових принципів дистанційної ПТСР-орієнтованої терапії та досвід роботи з травмою. Не рекомендується проводити інтенсивні інтервенції без навичок стабілізації.

Цей розділ — набір інструментів «під рукою», які можна копіювати, роздруковувати, адаптувати. Тут — найкорисніше для фахівця на практиці.

Протокол гіпнотичної десенсибілізації (індивідуальна сесія)

Для застосування в роботі з ПТСР, тривогою, моральною травмою, фрагментованими спогадами

1. Підготовчий етап (до індукції)

Мета: створити базу безпеки та узгодженості перед входженням у трансний стан

- ☐ Встановлено контакт та коротке обговорення запиту / очікувань
 - ☐ Визначено ключову емоцію або образ, з яким клієнт бажає працювати
 - ☐ Перевірено стан:
 - ☐ SUD (рівень дистресу, 0–10): ____
 - ☐ Відчуття на тілі зараз: _____
 - ☐ Обрана метафора або ресурсна візуалізація:
 - ☐ Місце сили ☐ Символ спокою ☐ Образ підтримки ☐ Інше: _____
-

2. Індукція гіпнотичного стану

Мета: перевести клієнта у стан фокусованої уваги, зниження зовнішніх подразників

- ☐ Метод:
 - ☐ Візуальна індукція (образ сходинок, ліфта, природної місцевості)
 - ☐ Дихальна індукція (повільне ритмічне дихання з урахуванням пауз)
 - ☐ Соматична індукція (зосередження на тілі, розслаблення послідовне)
 - ☐ Ознаки трансу:
 - ☐ Сповільнення мови / дихання
 - ☐ Зміна м'язового тону
 - ☐ Утримання зорового фокусу або його втрата
 - ☐ Поглиблення:
 - ☐ Зворотний відлік (від 10 до 1)
 - ☐ Уявне «занурення» у середовище / внутрішній простір
-

3. Терапевтична фаза (робота з образом або емоцією)

Мета: десенсибілізація травматичного спогаду або емоційного стану

- ☐ Спосіб роботи:
- ☐ Уявна реконструкція травматичного епізоду (в межах безпеки)

- ☐ Діалог із символом (внутрішньою фігурою, образом болю, частиною себе)
- ☐ Перетворення образу (візуальна трансформація, зміна кольору, масштабу, текстури)
- ☐ Ключові афірмації або установки:
 - «Тепер я у безпеці»
 - «Я можу залишити це позаду»
 - «Я не зобов'язаний/зобов'язана більше це носити»
- ☐ Рівень дистресу після опрацювання (SUD): _____

4. Інтеграція нового досвіду

Мета: закріпити зміни, зробити нові внутрішні уявлення більш стійкими

- ☐ Формується новий образ / символ внутрішньої сили
- ☐ Повторення ресурсних афірмацій у трансовому стані
- ☐ Уявна сцена майбутнього, де клієнт діє з позиції сили / спокою
- ☐ Візуальне «вмонтоване» ресурсного стану у тіло (наприклад, в область серця або живота)

5. Виведення з трансу та завершення сесії

- ☐ Зворотний відлік (від 1 до 5) з фокусом на тіло, опори, навколишнє середовище
- ☐ Тілесне заземлення (постукування по ногах, рух, глибоке дихання)
- ☐ Самооцінка стану (після):
- ☐ Емоції: _____
- ☐ Стан тіла: _____
- ☐ Нові образи / думки: _____

6. Рефлексія та план підтримки

- ☐ Обговорення змін, відчуттів, образів
- ☐ Запис символів / слів / висновків клієнтом
- ☐ Рекомендації:
- ☐ Спостерігати за снами, емоційною реакцією протягом 1–3 днів
- ☐ Не планувати складних завдань після сесії
- ☐ Вести щоденник змін або повторювати ресурсні візуалізації самостійно

7. Документація сесії (для фахівця)

Параметр	Значення
Дата сесії	_____
Мета роботи	_____
Вибраний образ / емоція	_____
Тип індукції	_____
Рівень дистресу (до/після)	_____ / _____
Ключовий результат	_____
План наступної сесії / фокус	_____

Протокол може бути адаптований під груповий формат або використаний у поєднанні з EMDR, CBT, тілесною терапією

Протокол застосування техніки EFT (Emotional Freedom Technique)

Для індивідуального, онлайн або групового формату при роботі з емоційним дистресом

1. Підготовчий етап

Мета: визначити емоційну проблему, оцінити інтенсивність і сформулювати установку

- ☐ Визначено основну емоцію:
 - ☐ Страх ☐ Гнів ☐ Вина ☐ Сором ☐ Туга ☐ Напруга ☐ Біль ☐ Інше:
 - ☐ Контекст / спогад, з яким пов'язана емоція (коротко):
 - ☐ Оцінка дистресу за шкалою SUD (Subjective Units of Distress):
0 – спокій, 10 – максимум дискомфорту
☐ До сесії: ____ / 10
 - ☐ Формулювання базової установки:
«Навіть якщо я _____, я _____»
(напр.: «Навіть якщо я боюся, я приймаю себе»)
-

2. Вступна фаза: активізація системи

- ☐ Простукування точки «карате» (ребро долоні) + повторення установки тричі

(Паралельно — глибоке дихання)

3. Основний раунд EFT (тілесне простукування)

Порядок точок:

1. Брова (внутрішній край)
2. Бік ока
3. Під оком
4. Під носом
5. Підборіддя
6. Ключиця (нижче від яремної ямки)
7. Під пахвою (на 10–15 см нижче пахви)
8. Верхівка голови

Інструкція:

- ☐ Простукувати кожен точку 5–7 разів кінчиками пальців (2–3 пальці)

- ☐ Паралельно вимовляти емоцію або коротку фразу: «Цей страх», «Моя провина», «Я не можу дихати», «Я приймаю це»
- ☐ Повторити 1–3 раунди (1 раунд = всі точки по черзі)

4. Завершення і стабілізація

- ☐ Повторна оцінка рівня дистресу (SUD):
 - ☐ Після 1-го раунду: ____ / 10
 - ☐ Після 2-го (за потреби): ____ / 10
- ☐ Якщо дистрес значно зменшився (на ≥ 3 бали), переходити до:
 - ☐ Закріплення позитивної установки (напр.: «Я в безпеці», «Я гідна любові»)
- ☐ Якщо дистрес залишається високим:
 - ☐ Повторити раунд із новою емоцією або глибшим формулюванням

5. Інтеграція досвіду

- ☐ Запитання на усвідомлення:
 - Що змінилось у моєму тілі?
 - Яка думка або фраза зараз звучить інакше?
 - Що я відчуваю щодо тієї ситуації зараз?
- ☐ Можливі дії після сесії:
 - ☐ Прогулянка ☐ Тепла ванна ☐ Запис у щоденнику ☐ Практика вдячності

6. Документація сесії (для фахівця)

Параметр	Значення
Дата сесії	_____
Емоція / проблема	_____
Первинний рівень SUD	_____ / 10
Установка	_____
Кількість раундів	_____
SUD після роботи	_____ / 10
Зміни / відгуки клієнта	_____
План подальших кроків	_____

Додаткові зауваження:

- EFT не потребує глибокого занурення в травму — це безпечна альтернатива для етапу стабілізації.
- За бажанням, клієнт може виконувати техніку самостійно з попередньо записаним аудіо / відео.
- У групах ефективно використовується у форматі «дзеркального простукування» без словесного супроводу.

Форми та таблиці

Форма оцінки стану клієнта перед сесією (самозаповнення)

Параметр	Шкала (0–10)	Коментар
Рівень тривоги		
Відчуття безпеки		
Контакт із тілом		
Енергія / виснаження		
Очікування від сесії		

Шаблон фокусування для сесії (для терапевта)

1. Який образ/ситуація викликає емоційну активацію?
2. Яке тілесне відчуття супроводжує цей спогад?
3. Яке негативне переконання виникає?
4. Який ресурс або захисний образ може стати якірною точкою?

Шаблон “Після сесії” (для клієнта)

- Що я дізнався про себе сьогодні?
- Що змінилось у тілі?
- Яку фразу я хочу залишити з собою?
- Що я можу зробити, аби підтримати себе до наступної зустрічі?

Практичні інструкції для самопідтримки

Техніка “Створення особистого якорю”

1. Згадати момент, коли почувався спокійно і захищено.
2. Уявити цей стан у формі образу, кольору, звуку.
3. Придумати символ (предмет, слово, жест), який буде нагадуванням про цей стан.
4. Відтворювати якір регулярно — перед важкими подіями або після тригерів.

Протокол “Пауза для себе” (щоденна практика, 5 хв)

- Визначити час для себе: ранок, обід або перед сном.
- Заплющити очі, покласти руку на серце або живіт.
- З глибоких вдихи з фразою: «Я тут. Я живий(а). Я є.»
- Відмітити: яке сьогодні моє тіло? Мій емоційний клімат? Моя потреба?

Кишенькові протоколи (для польових умов)

1. EMDR (спрощений польовий протокол)

Ціль: Зменшення сили травматичного образу через білатеральну стимуляцію

Тривалість: 10–15 хв

Кому: Стабілізовані дорослі, військові, підлітки (з адаптацією)

Алгоритм:

1. Запропонувати згадати травматичний образ (один, не найгірший).
2. Запитати: *«Що ти зараз відчуваєш у тілі?»*
3. Почати рух очей або почергові дотики (10–20 разів).
4. Запитати: *«Що змінилося?»*
5. Повторити 3–5 разів або до зниження емоційного напруження.
6. Завершити фразою стабілізації: *«Я зараз тут. Це — було».*

Обережно: Не використовувати при дестабілізації або тяжкій дисоціації.

2. Тілесне заземлення (тілесно-орієнтована стабілізація)

Ціль: Зменшення паніки, тілесного тремору, фіксації у «завмиранні»

Тривалість: 3–5 хв

Кому: Укриття, шелтери, діти, ВПО, при тривозі

Алгоритм:

1. Запропонувати поставити ноги на підлогу або сісти з опорою.
2. Дати інструкцію: *«Відчуй, як стопи торкаються землі. Зроби глибокий вдих».*
3. *«Знайди 3 точки опори — тіло, дихання, простір навколо».*
4. *«Розслаб плечі. Удихай крізь ніс, повільно видихай ротом» (3–5 циклів).*
5. Завершення: *«Що ти зараз відчуваєш у тілі?»*

Обережно: Не примушувати до глибокого дихання при гіпервентиляції.

3. Арт-десенсибілізація (експрес-варіант)

Ціль: Вираження й трансформація емоції через малюнок

Тривалість: 7–10 хв

Кому: Діти, підлітки, люди в шоковому стані

Алгоритм:

1. Дати аркуш і запитати: *«Намалюй те, що зараз усередині тебе».*

2. Після завершення: *«Що найбільше кидається в очі?»*
 3. Запропонувати: *«Додай до малюнка щось, що тобі допомагає»* (образ сили).
 4. Завершення: *«Поглянь на зміни. Що ти зараз відчуваєш?»*
- Обережно:** Не інтерпретувати малюнок без дозволу.

4. СВТ + переозначення (польова когнітивна інтервенція)

Ціль: Робота з деструктивною думкою, стабілізація когніції

Тривалість: 5–7 хв

Кому: Люди з самоосудом, панічним мисленням

Алгоритм:

1. Запитати: *«Яка думка не дає тобі спокою?»*
2. Ідентифікувати емоцію + тілесну реакцію.
3. Зробити заземлення (3 глибоких вдихи).
4. Запитати: *«Яка думка могла би тебе підтримати замість цієї?»*
5. Повторити фразу-опору 3 рази разом.

Приклад:

- Деструктивна думка: *«Я ніколи не буду в безпеці»*
- Нова: *«Я вже вижив. Я маю вибір»*

5. «Капсула безпеки» (просторова міні-інтервенція)

Ціль: Створення точки стабільності у тривожному просторі

Тривалість: 3 хв

Кому: В укритті, шелтері, переселенці

Алгоритм:

1. Запропонувати знайти в просторі 1 місце, де трохи спокійніше.
2. Запитати: *«Де твоє тіло дихає трохи легше?»*
3. Створити мікро-середовище: ковдра, особиста річ, символ, предмет.
4. Назвати це місце: *«Це моя точка безпеки. Я можу повернутись сюди подумки»*

Методичний пакет: Психосоціальна підтримка підлітків у стані травми (Peer-to-Peer формати)

1. Сценарій групової сесії «КОЛО СИЛИ»

Мета: створити безпечний простір, де підлітки можуть відчувати контакт, підтримку і вплив.

Тривалість: 45–60 хв

Формат: 6–12 учасників

Структура:

1. **Вхід** (5 хв):

- Вправа: «Мій настрій — це...» (колір / тварина / емоція на пальцях).

2. **Тіло і простір** (5 хв):

- Спільне дихання або вправа «коріння» (уявити, що ноги проростають у землю).

3. **Групове створення** (15 хв):

- Малюємо «герб нашої сили»: кожен додає свій символ.

4. **Тиха частина** (5–10 хв):

- Візуалізація «Моє місце сили» (можна мовчки).

5. **Обмін** (10 хв):

- «Що я забираю з собою з цієї зустрічі?»

6. **Вихід** (3 хв):

- Спільний жест завершення (плеск, слово, поза тощо).

Інструменти: папір, маркери, плед або кругла форма сидіння, музика (опціонально).

2. Формат «МОДЕРАТОРСЬКА ГРУПА» — підліток як ведучий

Мета: надати підліткам відчуття впливу і суб'єктності.

Підготовка:

- Вибирається учасник(-ця), який хоче вести сесію.
- Разом із психологом обирають тему, що болить (наприклад: гнів, страх, втрата, ізоляція).
- Створюється **план із 3 блоків**: запитання → дія → завершення.

Приклад теми: «Коли я злюсь — що я насправді відчуваю?»

1. Вступ: коротке запитання по колу — «Що мене дратує найбільше?»
2. Візуалізація гніву: малюнок, образ, метафора.
3. Обмін: «Що може допомогти мені не вибухнути?»

Роль психолога: не втручатися, але забезпечити емоційну безпеку та завершити зустріч.

3. Карта інтервенцій для peer-to-peer груп

Ціль	Інструмент	Формат
Зниження тривожності	Спільне ритмічне дихання	3 хв, сидячи в колі
Візуалізація ресурсу	«Герой, який пройшов це»	Індивідуально + обмін
Вихід із замикання	Арт-комікс «Я — у моменті хаосу»	Робота в парах
Підтримка емоцій	«Банка порад» — кожен пише фразу для іншого	Коло
Переосмислення втрати	Вправа «Що залишилось в мені»	Групова карта

4. Шпаргалка для шкільного психолога

Як побачити травмованого підлітка?

- Байдужість, апатія, агресія — це не «негативні риси», а мовчазні сигнали тривоги.
- Не чекайте, що він/вона «розкриється». **Створіть привід залишитися.**

Фрази, що працюють:

- «Ти можеш мовчати. Я все одно з тобою».
- «Я тут не для того, щоб тебе міняти. Я просто поруч».
- «Твої реакції — нормальні в ненормальних умовах».

Сторінка для батьків, вчителів і волонтерів

Як підтримати підлітка, який пережив травму

1. Що треба розуміти про підлітка після травми?

- Підліток не скаже “мені боляче” — він мовчатиме, буде злитися або жартуватиме. Це — не зневага, а захист.
- Він може уникати вас не через байдужість, а тому що “не хоче навантажувати”.
- Підлітки не хочуть “допомоги”. Вони хочуть не бути самотніми.

2. Що сказати підлітку, який страждає (або замкнувся)?

- «Я не знаю, що ти зараз переживаєш. Але я тут.»
- «Ти можеш мовчати, але я з тобою.»
- «Те, що ти відчуваєш, — не соромно.»
- «Мені не треба все розуміти, щоб бути поруч.»
- Уникайте:
 - «Зберися вже!»
 - «Усе буде добре» (коли він/вона в хаосі)
 - «Інші мають гірше, чого ти ниєш?»
 - «Я ж тобі казав(ла)!»

3. Як діяти, якщо підліток “віддалився”?

Що можна зробити	Приклади
Бути поруч без тиску	Присутність у кімнаті, спільна тиша
Запропонувати дію, а не розмову	Малювати, слухати музику, грати
Створити “вихід” з мовчання	Записка, повідомлення, спільний плейлист
Поважати особисті межі	Не допитуватись, не аналізувати його поведінку

4. Малі дії — великі сигнали

- Зварити чай, навіть якщо не попросив.
- Залишити світло в коридорі вночі.
- Запропонувати обійми, але не наполягати.
- Запитати не “що сталося?”, а:

- → «Чого тобі зараз не вистачає?»
 - → «Що допомогло б трохи видихнути?»
-

5. Ресурсні фрази, які можна дати підлітку як “внутрішню опору”

- «Я не сам. Мене тримають.»
 - «Я можу не знати відповіді — але я можу дихати.»
 - «Я вже пройшов частину шляху. Це — важливо.»
 - «Не все залежить від мене — але я існую.»
-

Пам’ятайте:

Ваш контакт важливіший за ваші слова.

Присутність — сильніша за поради.

Підліток не потребує “зміни”, він потребує простору, де він не зламається.

Пам'ятка для дорослих у притулку

Як підтримати підлітка, який пережив травму війни

Контекст, у якому ми знаходимося

У притулках підлітки часто:

- не мають особистого простору;
- змушені мовчати про біль, щоб «не створювати проблем»;
- живуть із тривогою, що **не можна бути слабким**;
- закриваються, агресують або іронізують — це **форма самозахисту**.

Що важливо знати

Підліток не скаже: “Допоможи мені”. Він покаже це поглядом, жестом, поведінкою.

Навіть коли він мовчить — він чує і відчуває.

Притулок — це тимчасовий простір. Але ваша присутність у ньому може залишитись із ним назавжди.

Що говорити (і не говорити) підлітку в кризі

Можна:

- «Я тебе бачу. Ти важливий/а.»
- «Те, що ти злишся — не означає, що ти поганий/а.»
- «Ти не зобов'язаний говорити. Я просто поруч.»
- «Твої емоції — ок. Тут безпечно відчувати.»

Не варто:

- «Скільки можна нити? Інші ж тримаються!»
- «Не бійся, усе вже добре» (якщо не добре).
- «Будь вдячним — тут є дах над головою!»
- «Ти нічого не пережив, дорослі мають гірше.»

Малі дії, які дають велику підтримку

Дія	Як виглядає
Безконтактна присутність	Сидіти поруч, не змушуючи до розмови
Тиха підтримка	Принести чай, плед, дати навушники
Запрошення до активності	«Хочеш намалювати щось зі мною?»
Простий ритуал	Разом почати день (рух, тиша, фраза)

Ресурсні фрази для щоденного вжитку

- «Ти маєш право мовчати.»
- «Я бачу, як важко тобі, і це нормально.»
- «Я не піду, навіть якщо ти зараз мовчиш.»
- «Це місце не ідеальне, але тут ми можемо бути — разом.»

Якщо ви дорослий у притулку — ви вже важлива опора

- **Ваша людяність важливіша за фаховість.**
- **Ваша тиша може бути більше, ніж 1000 слів.**
- **Ваша стабільність — це його/її безпека.**

Цей матеріал створено для волонтерів, працівників шелтерів, родичів, а також будь-кого, хто опинився поруч із підлітком у кризі. Він не замінює терапію, але може стати підтримкою, коли терапії немає.

ПІДТРИМКА ПІДЛІТКА В ПРИТУЛКУ

Онлайн-пам'ятка для волонтера, дорослого, вчителя

1. ПРО ЩО ПОТРІБНО ПАМ'ЯТАТИ

Підліток у стресі не просить допомоги — він **віддаляється, мовчить або злісно жартує**.

Це не “характер”, це — **реакція психіки на біль**.

Просте “я з тобою” — сильніше за будь-яку пораду.

2. ФРАЗИ, ЯКІ ПІДТРИМУЮТЬ (онлайн або наживо)

«Ти маєш право не говорити, але я поруч»

«Я не знаю, як це — бути тобою. Але я слухаю»

«Ти важливий. Твій стан — має значення»

«Твоя злість — теж частина болю. Це ок»

Не кажи:

«Все буде добре» (якщо цього не відчуваєш)

«Не будь егоїстом»

«Ти просто лінивий»

«Інші тримаються — і ти можеш»

3. ЯК МОЖНА ДОПОМОГТИ — ДИСТАНЦІЙНО

Онлайн-чат без тиску:

→ «Просто надішли емодзі, який описує твій стан»

→ «Я збережу твоє повідомлення, навіть якщо ти зітреш»

→ «Можеш надіслати голосове — або не відповідати зовсім. Я все одно з тобою»

Мовчазна присутність:

→ Увімкнути камеру разом, але не говорити

→ Послухати ту саму пісню

→ Намалювати щось окремо — і поділитись картинкою

Простір вибору:

→ «Обери: хочеш поговорити, помовчати чи просто бути?»

→ «Є 3 варіанти: музику, малюнок чи фразу — що хочеш зараз?»

4. МІНІ-РЕСУРСНІ ІНСТРУМЕНТИ ОНЛАЙН

Ситуація	Пропозиція
Гнів/роздратування	«Давай кожен напише 1 слово, яке хоче вигукнути — але без пояснень»
Втома	«Вибери картинку з чату, яка найбільше нагадує твій стан»
Замкнутість	«Просто постав колір у повідомлення. Без слів»
Втрата сенсу	«Хто або що тримає тебе хоч трохи зараз?»

5. І НАЙГОЛОВНІШЕ:

Ти не мусиш бути психологом.

Просто будь — і не зникай, коли стає важко.

Твоя тиша, уважність і людяність — це вже психотерапія.

КАРТА ТЕХНІК САМОСТАБІЛІЗАЦІЇ

Для дітей, підлітків, дорослих у стані стресу

Дихання

- **«Квадрат»:** вдих – 4 сек → утримання – 4 сек → видих – 4 сек → пауза – 4 сек
- **4-7-8:** вдих – 4 сек → утримання – 7 сек → видих – 8 сек

Контакт з тілом

- **3 точки опори:** стопи → спина → долоні
- **Butterfly hug:** обійми себе і ритмічно постукуй плечі

Орієнтація в просторі (grounding)

- Назви:
 - 5 речей, які бачиш
 - 4 звуки, які чуєш
 - 3 речі, яких торкаєшся
 - 2 запахи / 1 смак

Тепло і вага

- Візьми в руки щось важке, обгорни пледом, накинй капюшон

Фокус-перемикач

- Зроби щось конкретне: склади речі за кольором, надішли емоді-зі, полічи від 20 до 1

2. АЛГОРИТМ ДІЙ ПРИ ПАНІЦІ В УКРИТТІ

Для волонтерів, педагогів, фасилітаторів

Визнач себе — ТИ опора

- Не піддавайся паніці. Навіть дихаючи повільно — ти вже допомагаєш.

Назви, що відбувається

- «Це напад тривоги. Тіло реагує, але це пройде.»
- «Я з тобою. Я не зникну.»

Дихайте разом

- «Давай зробимо 5 глибоких вдихів»
- Покажи дихання на собі

Заземлення

- Торкнись руками стіни/землі
- Дай важкий предмет або воду
- «Назви мені три речі в кімнаті»

М'який вихід

- «Це минуло. Я поруч. Ти справився.»
 - Пропозиція: обійняти/накрити пледом/співати тихо
-

3. ШПАРГАЛКА РЕСУРСНИХ ФРАЗ

Короткі фрази для стабілізації в моменті

Емоція	Фраза
Страх	«Я в безпеці зараз.»
Вина	«Я не винен у війні.»
Безсилля	«Я дихаю. Це вже діє.»
Втрата	«Те, що було — зі мною. Я не сам.»
Розгубленість	«Одна дія — одна опора.»
Втеча в голову	«Я в тілі. Я тут.»

Універсальні:

- «Мій подих — мій якір.»
- «Я не зламаний. Я пережив.»
- «Я тримаюсь. І цього достатньо.»
- «Мені не потрібно бути сильним — мені потрібно бути собою.»

Онлайн-інтервенції під обстрілами: психотерапія, коли зникає контроль

Психолог онлайн у стані тривоги

Онлайн-сесії стали нормою ще до війни. Але в умовах бойових дій та евакуації вони перетворилися на **простір для виживання**, а не лише терапії. Відеозв'язок іноді — єдиний місток між психікою і реальністю, між панікою і стабілізацією.

1. Специфіка онлайн-психотерапії в умовах небезпеки

Звична онлайн-сесія	Онлайн-сесія під загрозою
Планована зустріч	Раптова, між сиренами або під обстрілом
Стабільний інтернет, спокійна поза	Переривчастий зв'язок, тривожна мобільність
Захищений простір	Клієнт у ванній, коридорі, укритті
Розмова в безпеці	Контакт — як психологічна «нитка виживання»

2. Протоколи безпеки під час нестабільного зв'язку

- **Початкові домовленості:**
 - «Якщо зникне зв'язок, я чекатиму 15 хвилин. Якщо не повернешся — напишу коротке повідомлення підтримки, але не дзвонитиму знову.»
- **План “Що робити, якщо...”:**
 - → Інструкція клієнту: знайди візуальну опору (стіна, малюнок)
 - → Обери фразу-якір: «Я знову повернусь у свій центр»
 - → Склади «пакет самопомоги» поруч (вода, теплий одяг, камінь, папір)

3. Формати інтервенцій в умовах тривоги

«Мікро-сесії»

Тривалість: 7–20 хв

Фокус: стабілізація, а не аналіз

Структура:

1. Дихання (1 хв)
2. Вправа “де я?” (3 відчуття з простору)
3. Слово-опора (клієнт сам обирає)
4. Завершення через тіло (рух, жест, символ)

«Теплові карти простору»

- Онлайн-клієнт вказує, де в кімнаті/укритті він почувається менш напруженим.
- Потім описує: що є в цьому місці? які кольори, текстури?
- Це створює відчуття мікроконтролю і локального безпечного середовища.

«Нічні групи заземлення» (формат peer-to-peer)

- Онлайн-збори (3–6 осіб), які не говорять про події, а просто «є разом» у тиші
- Можуть використовуватись:
- синхронне дихання
- одночасне малювання / рух / музика
- фраза завершення: *«Я ще тут. І ти теж.»*

4. Психолог — як “ритмічна присутність”

Під час обстрілу, нестабільного зв’язку чи тривоги психолог не завжди може «терапівувати». Але він може:

- не панікувати — дихати разом;
- не втікати — бути навіть у мовчанні;
- не прискорювати події — витримати клієнта, як є.

Онлайн-присутність — це не про досконалість, а про людяність у реальному часі.

5. Специфіка етичної межі в умовах спільної загрози

Іноді терапевт теж у небезпеці.

Це унікальна ситуація, де клієнт і спеціаліст ділять однакову реальність.

У таких випадках:

- відкрито говоримо про межі: «Я теж зараз у підвалі. Але я можу бути з тобою — на стільки, наскільки це можливо.»
- використовуємо тіло як “навігатор”: «Зверни увагу, де в тілі тобі хоч трохи спокійніше.»
- залишаємо опору після завершення: фраза, малюнок, образ, як “мостик на потім”.

Висновок

Онлайн-інтервенції під обстрілами — це нова терапевтична форма, де кожна секунда контакту — це акт підтримки. Це не просто зміщення в Zoom або Signal. Це — психологія у стані виживання, де навіть екран стає точкою тримання.

ШПАРГАЛКА ДЛЯ ТИХ, ХТО ПОРУЧ

Що зробити за 3 хвилини, якщо людина поруч у кризі:

	Дія	Приклад фрази
1 хв	Дихай сам → запроси людину	«Давай разом. Один вдих. Один видих»
2 хв	Заземлення через тіло	«Відчуй ноги на підлозі. Торкнись чогось»
3 хв	Ресурсна фраза або дія	«Ти не один. Це мине. Я з тобою»

5 речей, які завжди поруч:

Вода → *«Зроби 3 ковтки. Повільно.»*

Плед / хустка → *«Загорнись. Це твоя броня.»*

Рука → *«Поклади руку на серце. Відчуй, як воно б'ється.»*

Колір → *«Обери колір — і уяви, як він тебе обіймає.»*

Мовчання → *«Не треба говорити. Просто побудь.»*

Готові фрази, якщо не знаєш, що сказати:

Ситуація	Фраза
Мовчання, замикання	«Я бачу тебе. І я тут.»
Сльози, паніка	«Це — нормально. Твоя реакція — не дивна.»
Тремтіння, ступор	«Візьми це в руки. Стисни. Я поряд.»
Безсилля, втома	«Твоє “вижив” — уже перемога.»
Агресія, роздратування	«Я не проти тебе. Ти маєш право відчувати це.»

3 “не” для неспеціаліста:

Не аналізуй (не кажи «ти травмований»)

Не “виводь із емоцій” насильно

Не розповідай про інших: «Інші ще гірше мають»

3 “так”, які рятують:

Стабільний голос і дихання

Простий дотик (за згодою)

Готовність бути — без фраз, без аналізу, просто поряд

Таблиця ефективності та застосовності технік

Метод / Техніка	Гостра травма	Хронічний ПТСР	Діти	Підлітки	Дорослі	Військові / ветерани	Дисоціація (середня)	Укриття / шелтер	Онлайн
EMDR (спрощений)	☑	☑	⚠ з адаптацією обережно	☑	☑	☑	⚠ обережно	⚠	⚠
Тілесне заземлення	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Арт-десенсибілізація	⚠	⚠	☑	☑	⚠	⚠	☑ (початковий етап)	☑	☑
Когнітивне переозначення (CBT)	⚠	☑	⚠	☑	☑	☑	⚠	⚠	☑
Білатеральна стимуляція (без повного EMDR)	☑	⚠	☑	☑	☑	☑	⚠	⚠	☑
Ритуал / символічна інтеграція	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Онлайн-десенсибілізація	⚠	☑	⚠	☑	☑	⚠	⚠	⚠	☑

Умовні позначення:

- ☑ — рекомендовано
- ⚠ — з обережністю, залежно від фази, стану та супроводу
- ✗ — не рекомендовано у цьому форматі

Коментарі:

- **Дітям і підліткам** найкраще підходять: тілесні, образні, ритмічні техніки.
- **У гострій фазі** (перша доба — тиждень): пріоритет — стабілізація, заземлення, простір.
- **Дисоціація** потребує поступового підходу: лише стабілізаційні й тілесні техніки, уникаємо прямих експозицій.
- **Онлайн-формат** можливий за наявності інструкцій, технічного забезпечення, кризового протоколу.
- **Арт і ритуал** — найбільш універсальні й адаптивні для різних культур, віку та ресурсного рівня.

КАРТИ ІНТЕРВЕНЦІЙ ЗА КОНТЕКСТАМИ ТА ЦІЛЬОВИМИ ГРУПАМИ

1. Військові, ветерани, силовики

Стан: ПТСР, флешбеки, агресія, порушення сну

Умови: польовий шпиталь, укриття, ротація

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
EMDR-спрощений	Білатеральна стимуляція руками + фраза-якір	20 хв сесія в полі
Тілесна десенсибілізація	Шейкінг + дихання 4–7–8	Перед сном / після бойових дій
Когнітивна стабілізація	Переформулювання «я маю витримати» → «я можу зупинитись»	У формі комунікаційної вправи
Гомеопатія	Символічне «переприсвоєння» простору укриття	Малюнок, жест, фраза присутності

2. Внутрішньо переміщені особи та біженці

Стан: тривожність, втрата ідентичності, вина «вижившого»

Умови: шелтер, центр допомоги, тимчасове житло

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
Арт-десенсибілізація	Малюнок «моє місце сили», «що залишилось в мені»	Індивідуально або в групі
Дихальна стабілізація	«Дихання з опорою» (рука на грудях/животі)	Самопрактика або з фахівцем
Гомеопатична інтеграція	Візуалізація безпечного місця + просторовий ритуал	В новій кімнаті/оселі
Групова вправа	«Колесо підтримки» (люди, речі, місця)	30–40 хв групова сесія

3. Діти (3–12 років)

Стан: енурез, мовчання, паніка, регрес

Умови: укриття, сім'я, шелтер, освітній простір

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
Арт-грайлива терапія	«Малюнок страху + герой»	Індивідуально або в групі
Тілесна дія	«Струси страх», «дихання кольором», «ракета в укриття»	5–10 хв, ігрова форма
Образність	Казка/гра «сирена-охоронець»	Читання/створення разом
Ресурсний якір	Амулет, талісман, символ «захисту»	Зробити разом із дитиною

4. Підлітки (13–18 років)

Стан: ізоляція, протест, знецінення, гнів

Умови: школа, тимчасове житло, група підтримки

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
Арт-терапія	Плейлист емоцій, комікс про себе, тварина-образ	Самостійно або в групі
Тілесна візуалізація	Малюнок «Я зараз» — образ героя/істоти	Індивідуально
Групова модерація	Peer-to-peer група: ведучий – підліток	60 хв з модератором
Символічні фрази	«Я маю право мовчати», «Мені не треба все пояснювати»	Надруковані картки/стіки

5. Працівники першої лінії (медики, поліція, волонтери)

Стан: вигорання, перенавантаження, гіперреактивність

Умови: чергування, дорога, укриття

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
Стабілізація 3–7 хв	Дихання + пози опори + жест підтримки	Перед або після зміни
Когнітивна заміна	«Я не маю витримати все» → «Я маю право зупинитись»	Фраза + символ-пам'ятка
Арт-якір	Малюнок «пауза», талісман, мандала ресурсу	Особисто або на робочому місці
Групова регуляція	Дихальна хвиля, «коло сили» на початку зміни	10 хв, без обов'язкових слів

6. Онлайн-інтервенції (у евакуації, під обстрілом)

Стан: тривога, паніка, роз'єднаність, нічні напади

Умови: дистанційна сесія, відсутність стабільного простору

Рекомендовані інтервенції:

Метод	Інструмент	Формат
Відеосесія	Тілесне заземлення + малюнок під час дзвінка	15–25 хв
Самостимуляція	Дотики по руках, ритмічне дихання під керівництвом	Інструкція відео/аудіо
«Карта безпеки»	Візуалізація найспокійнішого місця в кімнаті	Онлайн-орієнтація
Група нічних дзвінків	Онлайн-зустріч 2–5 осіб у тривогу	Для заземлення вночі

Примітка:

Кожна карта може бути адаптована до часу, мови, культури та навіть положення тіла клієнта. **Гнучкість + стабільність = ефективність.**

ФОРМА ФІДБЕКУ ПІСЛЯ СЕСІЇ

— для рефлексії фахівця або супервізійного розбору —

Дата сесії: _____

Формат сесії: ☐ Індивідуальна ☐ Групова ☐ Онлайн ☐ Польова

Клієнт: (вікова група, без імені) _____

1. Контакт і присутність

- Чи вдалось встановити контакт із клієнтом?
- ☐ Так ☐ Частково ☐ Ні
- Чи відчував/ла я себе присутнім/ньою під час сесії?
- ☐ Так ☐ Частково ☐ Ні
- Що цьому сприяло / заважало?
- _____

2. Метод і хід сесії

- Яку техніку я застосував/ла?
- _____
- Була вона:
- ☐ Актуальною і ефективною
- ☐ Частково влучною
- ☐ Сумнівною/непрацюючою
- Чи були ознаки дисоціації, паніки, перенапруження?
- ☐ Так ☐ Ні ☐ Не впевнений/на
- Якщо так — як я відреагував/ла?
- _____

3. Емоційний і тілесний зворотний зв'язок

- Які емоції викликала ця сесія у мене?
 - ☐ Спокій ☐ Напруження ☐ Безсилля ☐ Агресія ☐ Розгубленість ☐ Інше: _____
 - Коментар: _____
 - Що відбувалось у моєму тілі? (дихання, м'язи, поза)
 - _____
-

4. Професійна оцінка

- Що я зробив/ла добре?

- _____

- Що можна було зробити інакше?

- _____

- Що я виношу з цієї сесії як урок / ідею для росту?

- _____

5. Наступні кроки

- Чи потребую я супервізії з цього кейсу?

- ☐ Так ☐ Ні

- Яка підтримка зараз була б корисною для мене?

- _____

Рекомендація:

Заповнювати одразу після складної або емоційно насиченої сесії. Можна використовувати для підготовки до супервізійної зустрічі або як частину професійного щоденника.

32. НАУКОВІ ДЖЕРЕЛА ТА ДОКАЗОВА БАЗА МЕТОДІВ

Цей розділ містить перелік ключових публікацій, рекомендацій, авторських розробок і доказових статей, що лежать в основі описаних у посібнику підходів. Він слугує орієнтиром для поглибленого навчання, супервізії та самостійного вивчення методів.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford Press.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*.
- APA (2017). *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of PTSD — EMDR рекомендовано як терапія першої лінії*.
- Maxfield, L. (2019). «A clinician's guide to the efficacy of EMDR therapy.» *Journal of EMDR Practice and Research*.

Тілесно-орієнтована терапія / Somatic Experiencing

- Levine, P. A. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. North Atlantic Books.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score*. Penguin Books.
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). «Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy.» *Frontiers in Psychology*.

Полівагальна теорія (Polyvagal Theory)

- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. Norton.
- Dana, D. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation*. Norton.
- Porges, S. W. (2007). «The polyvagal perspective.» *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.

CBT і Trauma-Focused CBT

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.

- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents*. Guilford Press.

Нейрофізіологічна база (нейропластичність, мозок і травма)

- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press.
- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). «The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course.» *Neuron*, 79(1), 16–29.

Арт-терапія

- Malchiodi, C. A. (2015). *Creative Interventions with Traumatized Children*. Guilford Press.
- Rubin, J. A. (2011). *The Art of Art Therapy: What Every Art Therapist Needs to Know*. Routledge.
- Kapitan, L. (2010). *Introduction to Art Therapy Research*. Routledge.

Онлайн-інтервенції в психотерапії

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). «A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions.» *Journal of Technology in Human Services*.
- APA (2020). *Guidelines for the Practice of Telepsychology*.
- Haidt, J., & Twenge, J. (2021). «The digital environment and youth trauma: new challenges for therapists.» *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.

Гомеопатія / Просторові практики (експериментальна зона)

Цей напрям не має достатньої доказової бази, тому подається як інноваційно-емпіричний підхід.

- Tuan, Y. F. (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press.
- Norberg-Schulz, C. (1980). *Genius Loci: Towards a Phenomenology of Architecture*. Rizzoli.
- Qualitative field reports from Ukraine (2022–2024): Shelter-Based Psychosocial Interventions and Environmental Impact on Safety Perception (неформалізовані джерела, у стадії збору).

33. ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ

Амігдала

Ділянка мозку, що відповідає за реакції страху, тривоги та сканування загроз. У стані травми гіперактивується навіть при незначних тригерах.

Білатеральна стимуляція

Поперемінна стимуляція лівої і правої півкулі мозку (через рух очей, дотики або звуки), яка активує інтеграційні процеси. Ключовий компонент EMDR.

Десенсибілізація

Зменшення чутливості до травматичних стимулів через поступове і безпечне «перепроживання» або експозицію. Включає тілесні, когнітивні, сенсорні й емоційні компоненти.

Дисоціація

Психологічний захисний механізм від надмірного стресу, при якому людина «від'єднується» від тіла, емоцій або реальності. Часто проявляється як відчуженість, апатія, відсутність спогадів.

Експозиція

Метод у когнітивно-поведінковій терапії, який полягає в поступовому наближенні до травматичних образів у безпечному середовищі. Сприяє зниженню страху.

Нейропластичність

Здатність мозку змінювати структуру та формувати нові нейронні зв'язки у відповідь на досвід, зокрема — терапевтичний. Основний механізм зцілення після травми.

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)

Синдром, що виникає після переживання травматичної події. Симптоми: флешбеки, гіперзбудження, уникання, емоційне оніміння.

Полівагальна теорія

Модель функціонування вегетативної нервової системи, що пояснює реакції «бий», «тікай», «завмири» через активність блукаючого нерва (вагуса). Автор — Стівен Порджес.

Психосоматика

Прояви психічного стресу у формі тілесних симптомів без органічної причини: головний біль, тахікардія, енурез, порушення сну тощо.

Сенсорна інтеграція

Гармонізація реакцій організму на зовнішні та внутрішні стимули (звук, дотик, рух), що сприяє відчуттю безпеки та контролю над тілом.

Стабілізація

Початковий етап терапії травми, що спрямований на відновлення базового відчуття безпеки, заземлення, саморегуляції. Передусь глибинній роботі.

Тілесна пам'ять

Психофізіологічне явище, при якому тіло «зберігає» сліди травми навіть без участі свідомості (напруга, тремор, реакції на дотик).

Тілесно-орієнтована терапія

Підхід, що працює з тілом як із точкою входу в травматичний досвід: дихання, заземлення, мікрорухи, вправи на відчуття опори.

Тригери

Зовнішні або внутрішні стимули, які автоматично викликають реакцію, пов'язану з травмою (звук сирени, запах, жести, певна фраза).

Травма

Подія або серія подій, які перевищують здатність людини інтегрувати досвід, порушують базове відчуття безпеки, викликають тривалий стрес або дисоціацію.

РЕЦЕНЗІЯ

на посібник

«Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни: Практичний посібник для психологів і психотерапевтів»

Рецензент:

Брукс Ньюмарк

Голова правління Trypillian (британсько-українська компанія у сфері оборонних технологій)

Магістр освіти (Оксфордський університет)

Бакалавр з історії; MBA з фінансів (Гарвардський університет)

Колишній депутат парламенту Великої Британії та міністр у справах громадянського суспільства

Засновник ініціативи *Angels for Ukraine*

Нагороджений медаллю «За волонтерську службу Україні» (2024)

Зміст рецензії:

Посібник «Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни» є надзвичайно актуальним і цінним ресурсом у контексті сучасної гуманітарної кризи, спричиненої війною в Україні. Видання ґрунтується на міждисциплінарному підході, поєднуючи EMDR, когнітивно-поведінкову терапію, тілесні практики та полівагальну теорію. Окрім того, запропоновані методи адаптовані до польових умов, де традиційна терапія часто є неможливою.

Авторський підхід вирізняється чутливістю до контексту війни, емпатійним ставленням до клієнта та глибоким розумінням потреб як фахівців, так і постраждалих. Практична орієнтація посібника дозволяє використовувати його як у клінічній, так і в кризовій роботі, що особливо важливо в умовах бойових дій і внутрішнього переміщення населення.

Особливо цінним є включення елементів саморефлексії, щоденника, кейсів та супервізійної підтримки, які сприяють збереженню професійного ресурсу самих фахівців.

Висновок:

Посібник заслуговує на найвищу оцінку з точки зору змісту, структури, практичного значення та гуманістичного підходу. Його рекомендовано до широкого впровадження у програмах навчання психологів, психотерапевтів, кризових інтервенційних команд, а також як методичну базу для супроводу ветеранів, волонтерів та громадських працівників.

Особливо важливо, що цей матеріал може бути адаптований і використаний у міжнародному контексті — для роботи з жертвами війни, насильства, біженцями та внутрішньо переміщеними особами у зонах конфлікту по всьому світу.

Брукс Ньюмарк

Оксфорд, Велика Британія

Червень 2025

РЕЦЕНЗІЯ

на навчально-методичний посібник для психологів та психотерапевтів
«Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни»
(автори: Марія Петрова, Єва Дзедушицька, 2025 рік)

У сучасних умовах особливо зростає потреба у якісній фаховій підготовці психологів і психотерапевтів, спеціалістів у сфері ментального здоров'я, здатних ефективно реагувати на наслідки колективної та індивідуальної травматизації. Розбудова системи психологічної допомоги вимагає не лише висококваліфікованих кадрів, а й доступу до професійної літератури, що відображає сучасні методи роботи з травмою, а отже й на посібники, які сприяють професійній підготовці та практичній ефективності в роботі психолога. Саме тому посібник, підготовлений М. Петровою та Є. Дзедушицькою, є актуальним та своєчасним навчальним ресурсом, який відповідає як запитам фахової практики, так і завданням професійної освіти у сфері психічного здоров'я.

Аналіз структури та представлених матеріалів посібника дає підстави для висновку про те, що загалом він відповідає основним вимогам до навчально-методичних видань. Рукопис охоплює широкий спектр теоретичних і практичних аспектів нейропсихологічної десенсибілізації в умовах війни, з особливим акцентом на тілесні, когнітивні та емоційні рівні інтеграції досвіду. Структура видання є логічною і послідовною: від загальних засад до прикладних технік, адаптованих до різних цільових груп. Представлено порівняльний аналіз методів, протоколів польового застосування, глосарій термінів. Окрему увагу приділено етичним аспектам та супервізійній культурі, що відповідає сучасним вимогам до роботи з травмою.

Виходячи з вище зазначеного, працю Марії Петрової та Єви Дзедушицької «Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни: практичний посібник» рекомендуємо до публікації та використання як навчально-методичне видання для практичних психологів та психотерапевтів.

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент
завідувач кафедри психології
ПВНЗ «Київський медичний університет»

Єгор КУЧЕРЕНКО

Підпис	Куцеренко
Засвідчую	Олег БАЗИЧЕВ
20	р.

РЕЦЕНЗІЯ
на практичний посібник для психологів і психотерапевтів
«Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни»
(автори – Петрова Марія, Дзедушицька Єва, 2025)

Робота з подолання психологічних наслідків російсько-української війни без сумніву стала одним з пріоритетних завдань вітчизняних фахівців «допомагаючих» професій – практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників тощо. Але ефективність такої роботи залежатиме від наявності в цих фахівців відповідної психотерапевтичної, психокорекційної, психореабілітаційної підготовки. Відповідно, виникає потреба у якісних навчально-методичних матеріалах, які допоможуть відповідним фахівцям опанувати ті чи інші психотехнології, особливо враховуючи вітчизняний контекст. Таким чином, посібник, підготовлений М. Петровою та Є. Дзедушицькою, тематично та змістовно уявляється цілком актуальним та своєчасним.

Аналіз рукопису рецензованого посібника дозволяє дійти висновку про те, що в цілому він відповідає основним вимогам до навчально-методичних видань. Зокрема, в ньому висвітлено теоретико-методологічні засади нейропсихологічної десенсибілізації (НД) як психотерапевтичної техніки інтегративного характеру, розписані її ключові техніки, типові помилки, труднощі та етичні аспекти реалізації. Додатки до посібника містять матеріали (протоколи, таблиці ефективності технік при роботі з різними цільовими групами, щоденник, самосупервізію та ін.), які полегшують засвоєння фахівцями психотехніки НД і допоможуть у психотерапевтичній практиці.

Виходячи з вищенаведеного, працю **Марії Петрової та Єви Дзедушицької «Нейропсихологічна десенсибілізація у роботі з травмою війни: практичний посібник»** рекомендуємо до публікації та використання як навчально-методичне видання для практичних психологів та психотерапевтів.

Завідувач кафедри загальної, вікової та соціальної психології імені М. А. Скока
Національного університету «Чернігівський
колегіум» імені Т. Г. Шевченка,
доктор психологічних наук,
професор



Олександр ДРОЗДОВ



Заключне слово від Марії Петрової

Цей посібник — не просто збірник методик. Це моя особиста відповідь на війну, біль і досвід, який неможливо забути.

Він народився як ініціатива, що постала у процесі моєї роботи під час евакуації тисяч осіб, допомоги постраждалим від насильства, вивезення дітей з гарячих точок, роботи з ветеранами, полоненими та внутрішньо переміщеними особами. Його зміст формувався протягом 11 місяців безперервного виконання бойових задач у зоні активних бойових дій — серед людей, які щодня опинялись на межі виживання.

Я пам'ятаю очі мешканців щойно звільненого Ізюма. Пам'ятаю дітей, які пережили катування, жінок, які зазнали зґвалтування, військових, які повернулись з полону. У кожному з них — травма, яку не можна залишити без відповіді. Ці обличчя — завжди переді мною. Вони стали причиною, чому я взялася за цей текст.

Цей посібник створений як практичний інструмент, що має бути під рукою фахівця в кризовій ситуації. Він покликаний допомогти тоді, коли навколо хаос, коли свідомість «вимикається», а рішення потрібно приймати швидко. Я мрію, щоб він став опорою для тих, хто щодня бере на себе тягар психологічної підтримки інших.

З надією та вірою в силу професійної спільноти,

Марія Петрова

Голова НАЦІОНАЛЬНОЇ РАДИ ПСИХОЛОГІВ УКРАЇНИ

Заключне слово від Ewa Dzieduszycka

Для мене було великою честю долучитися до створення цього посібника як міжнародної супервізорки.

Упродовж останніх років я провела десятки тренінгів для сотень українських психологів і психотерапевтів, працювала в реабілітаційних центрах, відвідувала військові госпіталі, допомагала пораненим військовим, жінкам, дітям і волонтерам. Я бачила сльози, страх і виснаження, які війна залишає в людях, і водночас — силу, гідність і жагу до життя, які вони зберігають.

Цей посібник — не просто теоретична робота. Він — результат щоденної боротьби за людяність, за життя, за внутрішню опору. Він демонструє, як можна ефективно інтегрувати тілесні, когнітивні, нейропсихологічні підходи навіть у найгостріших кризових ситуаціях — там, де біль переходить межу діалогу.

Я глибоко переконана, що ця праця стане містком між фахівцями з різних країн і культур. Вона допоможе краще зрозуміти природу травми, особливо війни, і врятувати не одну долю — не лише в Україні, а й у будь-якому куточку світу, де люди зіштовхуються з катастрофами.

З глибокою повагою,

Ewa Dzieduszycka

Психотравматолог, гіпнотерапевт, членкиня National Guild of Hypnotists (NGH, США)