

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ  
УКРАЇНКИ  
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОДІАГНОСТИКИ**

**Грицюк І.М.**

**ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ РОБОТИ З ТРАВМОЮ**

*Методичні рекомендації до вибіркового освітнього компоненту*

**ЛУЦЬК -2023**

УДК 159.94(072)

Г 85

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського національного університету імені Лесі Українки*

*(протокол № 2 від 25 жовтня 2023 р.)*

**Рецензенти:**

Губіна А. М. – кандидат психологічних наук, доцент, Луцький національний технічний університет;

Дучимінська Т. І. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинський національний університет імені Лесі Українки.

**Грицюк І.М.** Методичні рекомендації «Психотехнології в роботі з травмою» Луцьк: Формат Друк, 2023. 30 с.

У методичних рекомендаціях «Психотехнології роботи з травмою» викладено мету вивчення дисципліни, загальні вимоги до підготовки студентів, представлений опис навчального курсу, тематичні огляди змістових модулів, плани лекційних, практичних та лабораторних занять, питання для самостійної та індивідуальної роботи, питання для підготовки до заліку, перелік літературних джерел та Інтернет-ресурсів, рекомендованих до опрацювання.

Методичні вказівки рекомендуються студентам факультету психології спеціальностей «Психологія» та «Практична психологія» кваліфікаційного рівня «Бакалавр» та «Магістр» і повністю відповідають навчальній програмі з дисципліни.

УДК 159.94(072)

Г 85

© ВНУ імені Лесі Українки, 2023

©Грицюк І. М. 2023

## Опис освітнього компонента

Таблиця 1

Найменування показників	Галузь знань, спеціальність, освітня програма, освітній ступінь	Характеристика освітнього компоненту
Денна форма навчання	<b>05</b> Соціальні та поведінкові науки <b>053</b> Психологія (Психологія) <b>053</b> Психологія (Практична психологія)  <b>Магістр</b>	<b>Нормативна</b>
Кількість 4 годин/кредитів 120 год		<b>Рік навчання 2</b>
ІНДЗ: €		<b>Семестр 10-ий</b>
Мова навчання українська		<b>Лекції 10 год.</b>
		<b>Практичні 14 год.</b>
		<b>Самостійна робота 88 год</b>
		<b>Консультації 8 год.</b>
		<b>Форма контролю: залік</b>

## Опис освітнього компонента

**1. Анотація.** Освітній компонент «Психотехнології в роботі з травмою» спрямовано на вивчення особливостей та методів трансформації травми; на роботу психолога з емоційним болем та травматичними переживаннями; на вивчення тілесних процесів травматичних реакцій; різних видів травм, зокрема, дитячої та її наслідків. Розглянемо такі поняття, як структурна дисоціація особистості, первинна та вторинна дисоціація; травматизація як синдром «не-реалізації»; терапія та психотехнології в роботі психолога з клієнтами з хронічною травмою.

**2. Пререквізити:** Вивчення освітнього компоненту базується на дисциплінах загального та професійного циклів підготовки попередніх років навчання: психологія тілесності, патопсихологія, психологічне консультування, психотерапія, психосоматика, психологія здоров'я.

**Постреквізити:** психотерапія, супервізія, тренінг психотерапевтичних навичок, психологічне консультування клієнтів різних категорій.

**3. Метою** викладання освітнього компонента є: формування компетентності здобувачів щодо діагностики та подальшого «лікування» осіб з травмою. А саме: діагностика клієнта, що пережив травму; допомога у формуванні адаптивних дій, ознайомлення з загальними принципами терапії; вплив «біографії» клієнта на психофізіологічний стан особистості; вплив травми на виникнення страхів, тривоги, депресії; вплив дитячої травми на мозок; вивчення стратегій самодопомоги.

Основними завданнями є сприяти психологічній та практичній підготовленості магістрів до професійної діяльності. Засвоєння ключових понять, теорій та закономірностей, що складають категоріальний апарат психологічних аспектів психологічної науки, що стосуються психології травми; базових категорій психології травми; психологічних механізмів та закономірностей впливу глибинних структур головного мозку людини на виникнення та протікання травми та наслідки хронічної психологічної травми; принципів використання знань для вирішення проблем патологічних функціональних станів та дисоціацій;

### **Результати навчання (Компетентності)**

#### **Загальні компетентності:**

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.

ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

#### **Спеціальні (фахові, предметні) компетентності:**

СК4. Здатність здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

СК5. Здатність організовувати та реалізовувати просвітницьку та освітню діяльність для різних категорій населення у сфері психології.

СК7. Здатність приймати фахові рішення у складних інепередбачуваних умовах, адаптуватися до нових ситуацій професійної діяльності.

СК8. Здатність оцінювати межі власної фахової компетентності та підвищувати професійну кваліфікацію.

СК9. Здатність дотримуватися у фаховій діяльності норм професійної етики та керуватися загальнолюдськими цінностями.

### Для освітньо-професійної програми

СК11. Здатність розробляти та впроваджувати інноваційні методи психологічної допомоги клієнтам у складних життєвих ситуаціях.

### Програмні результати навчання:

ПР4. Робити психологічний прогноз щодо розвитку особистості, груп, організацій.

ПР5. Розробляти програми психологічних інтервенцій (тренінг, психотерапія, консультування тощо), провадити їх в індивідуальній та груповій роботі, оцінювати якість.

ПР6. Розробляти просвітницькі матеріали та освітні програми, впроваджувати їх, отримувати зворотній зв'язок, оцінювати якість.

ПР13. Здійснювати адаптацію та модифікацію існуючих наукових підходів і методів до конкретних ситуацій професійної діяльності

### Структура освітнього компонента

Таблиця 2

Назви змістових модулів і тем	Усього	Лек.	Практ.	Сам. Роб.	Конс.	Ф.к/ Бали
Тема 1. Механізми психічної травми та її наслідки: структурна дисоціація особистості		4		4	2	
Тема 2. Зцілення п'яти травм (за Ліз Бурбо)			2	4	2	6
Тема 3. Вплив емоційних порясінь на мозок та не тільки.		2		4	2	
Тема 4. Вплив батьків на формування травми. Психотехнології роботи з токсичними батьками.		2		10		
Тема 5. Психологічні травми та їх вплив на різні аспекти життя:			2	10	2	6

його тривалість, проблеми зі здоров'ям тощо.						
Тема 6. Тілесні процеси при травматичній реакції. Цілі, правила та техніки соматичної терапії. Психосоматика		2		10		
Тема 7. Переживання цілісності: екологія клієнта та правила безпеки психотерапевта.			2	10		6
Тема 8. Дитяча травма: прив'язаність (роль раннього досвіду)			2	10		6
Тема.9. Взаємозв'язок травми та суїциду. Травми та депресії. Психотехнології роботи.			2	10		6
Тема 10. Досвід травми та співзалежність. Психотехнології підтримки незалежності			2	6		6
Тема 11.Терапія пацієнтів з хронічною травмою			2	10		6
Інші види роботи (участь у семінарах та конференціях;	0-10 балів					30
написання статті/тез,	0-10					
Виконання ІНДЗ	0-10					
Представлення результатів самостійної роботи Р/РС						20
Підсумкова КР						8
<b>Всього годин/балів</b>	<b>120</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>88</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Форма контролю\*: ДС – дискусія, ДБ – дебати, Т – тести, ТР – тренінг, РЗ/К – розв'язування задач/кейсів, ІНДЗ/РС – індивідуальне завдання/індивідуальна робота студента, РМГ – робота в малих групах, МКР/КР – модульна контрольна робота/ контрольна робота, Р – реферат, а також аналітична записка, аналітичне есе, аналіз твору тощо.

## **Завдання для самостійного опрацювання**

1. Психотерапія емоційних травм з допомогою рухів очей
2. Емоційна жіноча травма
3. Травма народження та її значення для психоаналітичного підходу
4. Горювання та психотерапія горя
5. Погляд на травму з точки зору об'єктних стосунків
6. Психосоматичні підходи в роботі з травмою
7. Хронічна травматизація і психологія дії Жане
8. Синтез і його порушення у людей, які пережили травму
9. Травматизація як синдром «не-реалізації»
10. Фобічні явища при травмі
11. Діагностика клієнта, який пережив травму
12. Способи формування адаптивних дій. Загальні принципи терапії
13. Токсичні батьки. Способи подолання обмежуючих переконань
14. Психофізіологічні детермінанти травми
15. Психосоматика травматичних переживань
16. Алекситимія та сигнальні функції емоцій
17. Захисні механізми психіки, їх роль в супротиві природнім процесам і руху
18. Психологічні особливості травми. Основні ознаки клієнта
20. Дитяча травма та структура характеру
21. Соматичні відносини в терапії
22. Вибір, щастя і захист від маніпуляцій.

## **Політика оцінювання**

Політика викладача щодо студента

Вимоги викладача:

- обов'язкове відвідування навчальних занять;
- активність студента під час практичних занять;

- своєчасне виконання завдань самостійної роботи;
- відпрацювання занять, що були пропущені або не підготовлені (незадовільні оцінки) на консультаціях;

***Не допустимо:***

- пропуск занять без поважних причин;
- запізнення на заняття;
- користування мобільним телефоном, планшетом чи іншими мобільними пристроями під час заняття (за винятком дозволу викладача при необхідності виконання певних завдань, передбачених освітнім компонентом);
- порушення дисципліни;
- списування та плагіат.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає:

- Самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання;
- Посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей;
- Дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; дотримання принципів та положень Етичного кодексу психолога (<http://nsj.gov.ua/files/1448287570%D0%95%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%BA%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B0.docx.pdf>);
- Надання достовірної інформації про результати власної (наукової, творчої) діяльності, використані методики досліджень і джерела інформації.

За порушення академічної доброчесності (плагіат, фальсифікація, списування, обман тощо) здобувачі освіти можуть бути притягнені до академічної відповідальності: повторне проходження оцінювання (контрольна робота, іспит, залік тощо); повторне проходження відповідного освітнього компонента освітньої програми; відрахування з Університету.



Усі письмові роботи перевіряються на наявність плагіату і допускаються до захисту із коректними текстовими запозиченнями не більше 25%. Списування під час контрольних робіт та екзаменів заборонені (в т.ч. із використанням мобільних пристроїв). Мобільні пристрої дозволяється використовувати лише під час он-лайн тестування (наприклад, програма Kahoot).

За результатами поточного оцінювання студент може набрати максимум 100 балів. В разі невиконання завдань, та не складання заліку за першою відомістю, усі бали студента анулюються. До другої відомості студент може виконати поставлені перед ним завдання та набрати необхідну кількість балів.

### **Політика щодо дедлайнів та перескладання**

Роботи, які здаються із порушенням термінів без поважних причин, оцінюються на нижчу оцінку (75% від можливої максимальної кількості балів за вид діяльності балів). Перескладання модулів відбувається за наявності поважних причин (наприклад, лікарняний).

Поточний контроль проводиться на кожному практичному занятті. Він передбачає оцінювання теоретичної підготовки здобувачів вищої освіти із зазначеної теми (у тому числі, самостійно опрацьованого матеріалу) під час роботи на практичних заняттях та набутих навичок під час виконання завдань практичних робіт. Критерії поточного оцінювання знань здобувачів на практичному занятті (оцінюється в діапазоні від 0 до 6 балів): 6 балів – завдання виконане в повному обсязі, відповідь вірна, наведено аргументацію, використовуються професійні терміни, додаткова інформація. 5 балів – завдання виконане в повному обсязі, відповідь вірна, наведено аргументацію, використовуються професійні терміни; 4 бали - завдання виконане не в повному обсязі, обґрунтування відповіді недостатнє, 3 бали – завдання виконане частково, у звіті допущені суттєві помилки, 2 бали - завдання виконане частково, допущені значні помилки, низький рівень володіння професійними термінами, 1 бал – часткове, поверхневе володіння матеріалом; 0 балів – завдання не виконане. Якщо робота виконана письмово, то викладачем оцінюється повнота розкриття

питання, цілісність, системність, логічна послідовність, вміння формулювати висновки, акуратність оформлення письмової роботи, самостійність виконання.

Підсумкова контрольна робота є складовою поточного контролю і здійснюється через проведення аудиторної письмової роботи в рамках проведення останнього практичного заняття в межах окремого залікового модуля. Відповіді на поставлені питання слухачів повинні відображати вільне володіння обсягом матеріалу, передбаченим програмою, зокрема, вміти застосовувати його на практиці. Максимум за КР здобувач може отримати 8 балів. Критерії оцінювання знань здобувачів при виконанні контрольних робіт (оцінюється в діапазоні від 0 до 8 балів): 8 балів – відповіді були правильними, повними, розлогіми, викладені логічно, з використанням термінології. Якщо відповідь неповна, питання розкрито частково, подекуди зустрічаються неточності - оцінюється від 5 до 6 балів. Якщо відповідь студента дуже коротка, не структурована, не розкриває суті запитання - вона може бути оцінена від 0 до 5 балів.

**Неформальна освіта дає змогу студентів отримати додаткові бали (0-30)** і представлена такими видами роботи: курси підвищення професійної компетентності за відповідною проблематикою (КППК) – 6 балів, УК – участь у конференції - 0-10 бали (якщо студент проводив майстерклас, воркшоп тощо, то отриманий бал 10, пасивна участь, але активно включався в заняття інших тренерів, написав Ессе, відгук на подію, брав участь у промоакціях наукової події, - 5-6 балів; пасивна участь до 5 балів. Публікації наукових м-лів – **0-10** балів і т.п. Публікація у фаховому виданні 10 балів, тези – 5 балів.

Представлення результатів самостійної роботи Р/РС - 20 балів.

Студент має право на зарахування результатів навчання, отриманих у інформальній освіті, у кількості 0-6 балів.

Порядок та процедура визнання результатів навчання, отриманих у неформальній та/або інформальній освіті, здійснюється відповідно до п.3 Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній,

неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки (Наказ № 220-з від 29.06.2022 р.).

За об'єктивних причин (наприклад, хвороба, працевлаштування, міжнародне стажування) навчання може відбуватись в он-лайн формі за погодженням із керівником курсу.

### **Підсумковий контроль**

Формою підсумкового контролю є залік. У випадку незадовільної підсумкової оцінки студент може доопрацювати і повторно захистити наукову роботу.

#### **ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ, ЩО ВІНОСЯТЬСЯ НА ЗАЛІК**

1. Визначення травми. Екологія клієнта.
2. Методи самозбереження терапевта, щоб не було емоційного вигорання.
3. Алекситимія та сигнальні функції емоцій.
4. Визначення та особливості переживання емоційної болі.
5. Що таке травматичні почуття.
6. Психофізіологічні аспекти переживання травми.
7. Дитяча травма.
8. Прив'язаність: роль раннього досвіду для формування саморегуляції
9. Структури характеру травмованої особистості.
10. Ознаки травмованої особистості.
11. Метод соматичних переживань
12. Цілі, правила та техніки соматичного переживання.
13. Втрата та інтеграція смислів. Горювання.
14. Травма та суїцид
15. Травма та депресія
16. Методи ослаблення впливу Его і травм
17. Характеристика травми відторгнення
18. Характеристика травми несправедливості
19. Характеристика травми покинутості
20. Характеристика травми зради

21. Характеристика травми приниження.
22. Хто такі токсичні батьки. Які травми вони наносять дітям.
23. Вплив токсичних батьків на уже дорослих дітей.
24. Співзалежність та травма.
25. Дисоціація
25. Первинна структурна дисоціація
26. Материнські перверсії та їх вплив на життя дітей
27. Вторинна структурна дисоціація.
28. Третинна структурна дисоціація особистості
29. Структурна дисоціація та спектр травматичних порушень
30. Синтез та його порушення у людей, які пережили травму
31. Травматизація як синдром «не-реалізації»
32. Фобічні явища на службі структурної дисоціації.
33. Повторне переживання травми
34. Травма та її наслідки в тілі.
35. Самопошкодження.
36. Травматичний стрес у дітей.
37. Діагностика клієнта, який пережив травму
38. Перша фаза терапії: подолання фобії прив'язаності та втрати прив'язаності в терапевтичних стосунках.
39. Перша фаза терапії: подолання фобії ментальних дій, пов'язаних з травмою
40. Подолання фобії дисоціативних частин особистості.
41. Друга фаза терапії. Подолання фобії травматичних спогадів.
42. Третя фаза терапії. Інтеграція особистості та подолання фобії нормального життя.

**Шкала оцінювання**  
**Шкала оцінювання знань здобувачів освіти з освітніх компонентів, де**  
**формою контролю є залік**

Оцінка в балах	Лінгвістична оцінка
90–100	Зараховано
82–89	
75–81	
67–74	
60–66	
1–59	Незараховано (необхідне перекладання)

**Короткий теоретичний огляд проблеми:**

Звичайна реакція на жорстокі злочини – витіснення їх із свідомості. Є такі порушення громадського договору, які надто жахливі, щоб говорити про них вголос: у цьому і полягає сенс епітету «Невиражені».

Проте звірства не дають поховати себе. З прагненням заперечувати їх суперничає щонайменше сильна впевненість, що заперечення не допоможе. У людській пам'яті повно примар, які відмовляються упокоїтися у своїх могилах, доки їхні історії не будуть оприлюднені. Шила в мішку не приховаєш. Пам'ятати та розповідати правду про жахливі події – це обов'язкова умова для відновлення громадського порядку загалом та лікування окремих постраждалих.

Конфлікт між бажанням заперечувати жахливі події та прагненням заявити про них вголос – центр діалектики психологічної травми. Люди, які пережили жорстоке насильство, часто розповідають свої історії вкрай емоційно, суперечливо та уривчасто, що підриває довіра до них і таким чином служить одразу двом вимогам – говорити правду та зберігати таємницю.

Коли правда нарешті досягає визнання, постраждалі можуть розпочати відновлення. Але занадто часто вимога секретності виявляється сильнішою, і історія про подію, що травмує спливає поверхню не як виражений словами наратив, бо як симптом.

Симптоми психологічного дистресу у людей, які пережили травму, одночасно і залучають увагу до існування невимовної таємниці, і відводять його убік від неї. Це найбільш яскраво проявляється в тому, як у тих, хто вижив, може відбуватися переключення між психічним онімінням і переживанням жахливої події наново. Діалектика травми породжує складні, іноді важко пояснити зміни свідомості, які Джордж Оруелл, один із самих переконаних глашатаїв правди нашого часу, назвав дводумством, а професіонали в області психіатрії, які віддають перевагу спокійним, точним термінам, називають дисоціацією.

Ці зміни можуть призводити до появи численних явно виражених і часто дивних симптомів істерії, у яких З. Фройд століття тому розпізнав завуальовані повідомлення про сексуальне насильство, пережите в дитинстві.

Свідки схильні до діалектики травми так само, як і ті, що її пережили. Спостерігачеві не менше важко зберігати ясну голову, побачити всю картину повністю, а не уривчастими фрагментами, не упустити жодної деталі і скласти їх разом. Ще важче знайти слова, які повно і переконливо передадуть те, що бачив. Той, хто візьметься описувати звірства, що сталися на його очах, ризикує сам позбутися довіри слухачів.

Публічно висловлювати своє знання про акти насильства означає наклепати на себе стигму, якою суспільство таврує жертв. Знання про жахливі події періодично вторгається у суспільну свідомість, але рідко затримується у ньому надовго. Заперечення, придушення та дисоціація діють на соціальному рівні так само, як і на індивідуальному. У досліджень феномена психологічної травми є своя "підпільна" історія. Як і люди, які пережили насильство, ми відрізані від знання про наше минуле.

Як і їм, нам потрібно зрозуміти минуле, щоб виправити сьогодення та майбутнє. Тому розуміння психологічної травми починається з привідкриття її історії.

Клініцистам відомий той особливо важливий момент інсайту – осяяння, коли пригнічені ідеї, почуття та спогади прориваються до свідомості. Так само як і в історіях окремих людей, такі моменти виникають історія цілих суспільств.

У 1970-х відкриті виступи жіночого визвольного руху дозволили суспільству усвідомити, наскільки поширені насильницькі злочини проти жінок. Жертви, яких змушували мовчати, розпочали говорити про свої секрети.

Великою силою володіє вираз невимовного, і на власні очі побачили творчу енергію, що вивільняється, коли піднімаються бар'єри заперечення та придушення.

Травми будуть схожими: між тими, хто пережив зґвалтування і ветеранами бойових дій, між побитими жінками та політичними в'язнями, що між вижили в гігантських концентраційних таборах, що створюються тиранами, що керують цілими державами, та тими, хто зміг вижити у маленьких, таємних концентраційних таборах, що створюються тиранами, які керують власними сім'ями.

Людям, які пережили жахливі події, наноситься зрозумілі та передбачувані психологічні збитки. Існує цілий спектр травматичних розладів – від спричинених одиничним травмуючою подією до більш складних, що стали результатом тривалого та неодноразового насильства.

Усталені діагностичні концепції – особливо часто діагностовані у жінок важким розладам особистості – зазвичай, бракує визнання вкладу віктимізації.

Оскільки у травматичних синдромів є загальні основні риси, процес відновлення у всіх випадках теж слідує загальним шляхом. Його основні стадії – це створення безпечного середовища, реконструювання історії травми та відновлення зв'язків між постраждалими та їх спільнотою.

У досліджень психологічної травми цікава історія – історія епізодичної амнезії.

Періоди її активного вивчення перемежуються періодами забуття. У минулому столітті дослідні роботи з тих самих напрямів неодноразово починалися, потім різко згорталися тільки для того, щоб через багато років їх відкривали знову. Класичні праці п'ятдесяти-столітньої давності найчастіше читаються як сучасні. Хоча ця область насправді справі має багаті наукові

традиції, періодично вона виявляється забутою – і так само періодично неминуче стає затребуваною.

Причина цієї періодичної амнезії не в звичайній мінливості моди, що впливає на будь-які інтелектуальні дослідження. Дослідження феномена психологічної травми можуть зачахнути зовсім не через відсутність інтересу. Швидше сама тема викликає настільки запеклі протиріччя, що періодично її зраджують анафемі. Дослідження психологічних травм неодноразово наводили вчених у область немислимого та підривали фундаментальні основи віри.

Вивчати психологічну травму - значить віч-на-віч стикатися як з вразливістю людини, так і з його здатністю творити зло. Вивчати психологічну травму означає бути свідком жахливих подій. Коли цими подіями стають природні катастрофи чи божий промисел», їхні свідки охоче співчують жертві. Але коли події, що травмують – справа рук людських, свідки виявляються втягнутими у конфлікт між жертвою та злочинцем. У цьому конфлікті неможливо залишатися нейтральним. Сторонній спостерігач змушений прийняти той чи інший бік.

Дуже спокусливо стати на бік злочинця. Єдине, що вимагає від стороннього спостерігача злочинець – це не робити нічого. Він апелює до загального, універсального прагнення не бачити, не чути і не говорити нічого поганого. Жертва ж, навпаки, просить, щоб спостерігач розділив із нею тягар болю. Вона вимагає дії, участі та пам'яті. Лео Ейтінгер, психіатр, який працював і проводив дослідження з людьми, які пережили нацистські концентраційні табори, описує жорстокий конфлікт інтересів, що виникає між жертвою та стороннім спостерігачем:

«Війна та жертви – це те, що суспільство бажає забути; пелена забуття накидається на все хворобливе та неприємне. Ми бачимо ці дві сторони, що зійшлися віч-на-віч: з одного боку – жертви, які й хотіли б забути, та не можуть, а з іншого – всі інші, із сильними, часто несвідомими мотивами, які й пристрасно бажають забути, і успішно це роблять. Контраст часто буває



болючим для обох сторін. Найслабша сторона... залишається яка програла в цьому мовчазному і нерівному діалозі».

Дослідники психологічних травм змушені постійно боротися із тенденцією дискредитувати жертву чи зробити її невидимою. Суперечки в цій сфері вирували впродовж всієї її історії. Чи мають право пацієнти з посттравматичними станами на медичну допомога і повага – чи заслуговують на презирство? Чи дійсно вони страждають – чи прикидаються? Правдиві їх розповіді чи хибні, а якщо хибні, то що являють собою: гру уяви чи зловмисну фабрикацію? Незважаючи на наявність великої літератури, документує феномени психологічної травми, дебати, як і раніше, фокусуються на Основне питання про те, чи справді ці феномени достовірні та реальні.

Щоб утримувати травмуючу реальність у свідомості, потрібен соціальний контекст, який підтримує та захищає жертву, з'єднує жертву та свідка до спільного союзу. Для тих, хто пережив цей соціальний контекст, що травмує досвід, створюють відносини з друзями, близькими та родичами. Для суспільства – політичні рухи, що дозволяють висловитись тим, кого позбавили сили та влади.

Тому систематичні дослідження в галузі психологічної травми залежать від політичної підтримки.

Тричі за минуле століття на поверхню суспільної свідомості впливали конкретні форми психологічної травми Щоразу успіх у їх вивченні був пов'язаний з будь-яким політичним рухом.

*Першою травмою була істерія* – архетипний розлад психіки у жінок. Її дослідження виростили з республіканського, антиклерикального політичного рухи кінця XIX століття у Франції. *Другою була бойова психічна травма*, снарядний шок. Її дослідження почалися в Англії та Сполучених Штатах після Першої світової війни та досягли пік після війни у В'єтнамі. Їхнім політичним контекстом був колапс культу війни та зростання антивоєнного руху. *Останньою травмою*, що потрапила у поле зору суспільної свідомості порівняно недавно стало сексуальне і домашнє насильство. Її політичний контекст – феміністський рух у Західній Європі та Північній Америці. Наше сучасне

розуміння психологічна травма будується на синтезі цих трьох окремих ліній досліджень.

На середину 1890-х ці дослідники також з'ясували, що істеричні симптоми можуть згладжуватися, коли травматичні спогади, так само як і сильні почуття, їх супроводжуючі, наново відкриваються і вдягаються в слова. Цей метод лікування ліг в основу сучасної психотерапії. Жане називав цю техніку «психологічним аналізом», Брейер і Фрейд - "абреакцією" або "катарсисом", а пізніше Фрейд перейменував її в "психоаналіз". Але найпростіша і, мабуть, найкраща назва була придумана однією з пацієнок Брейера – обдарованою, інтелектуальною та важко хворою молодою жінкою, якій він дав псевдонім Анна О. Вона називала свій глибоко особистий діалог з Брейером «лікуванням бесідою».

Реальність психологічних травм виявилася знову нав'язана суспільній свідомості після катастрофи Першої світової війни У цій тривалій війні на виснаження за чотири роки загинуло понад вісім мільйонів людей. На момент закінчення масової бійні було знищено

чотири європейські імперії і розбилися вщент багато заповітні переконання західної цивілізації.

Однією з багатьох таких випадкових жертв війни стала ілюзія чоловічої честі та слави в бою. Під безперервним впливом жахів окопної війни люди починали ламатися, і їх було шокуюче багато.

Спочатку симптоми нервового зриву приписували суто фізичним причин. Британський психолог Чарльз Майєрс, який одним із перших зіткнувся з подібними випадками, списував їх симптоми на струс мозку, викликані розривами снарядів, і називав це нервово розлад "снарядним шоком". Ця назва прижилася, хоча незабаром стало зрозуміло, що цей синдром може виявлятися і в солдатів, які не постраждали від жодної фізичної травми. З часом військові психіатри змушені були визнати, що симптоми снарядного шоку мають джерелом психологічної травми.

Коли існування бойового неврозу було неможливо заперечувати, фокус медичної дискусії, як і в попередніх дебатах про істерію, змістився на моральні якості пацієнтів. На думку традиціоналістів, нормальний солдат мав чудово відчувати себе на війні і не демонструвати ні тіні емоцій – не кажучи вже про те, щоб піддаватися страху. Солдат, у якого розвинувся травматичний невроз, вважався у разі неповноцінним, а в гіршому – симулянтom та боягузом. Автори тогочасної медичної літератури називали цих пацієнтів «моральними каліками».

Прогресивні медичні авторитети, навпаки, стверджували, що бойовий невроз був справжнім психіатричним захворюванням, яке могло виникати і у володарів високих моральних якостей. Вони ратували за гуманне лікування, засноване на психоаналітичних принципах. Захисником цієї більш ліберальної точки зору був У. Х. Р. Ріверс, інтелектуал, професор нейрофізіології, психології та антропології. Його найзнаменитішим пацієнтом був молодий офіцер Зігфрід Сассун, який відзначився відвагою в бою і відомий як автор віршів про війну.

Психотерапія, яку Ріверс проводив зі своїм знаменитим пацієнтом, було визнано успішною. Незабаром Сассун публічно зрікся своєї пацифістської заяви і повернувся на передову. Він зробив це, незважаючи на те, що його політичні переконання не змінилися.

До повернення його спонукала вірність товаришам, які продовжували боротися, почуття провини через те, що їхні страждання минули його, і розпач через неефективність одиночного протесту. Ріверс, розробляючи курс гуманного лікування, встановив два принципи, які взяли на озброєння американських психіатрів у наступній світовій війні.

Він показав, по-перше, що навіть люди безперечної хоробрості можуть піддатися приголомшливому страху, і, по-друге, що самій ефективною мотивацією до подолання цього страху є щось сильніше, ніж патріотизм, абстрактні принципи чи ненависть до ворога. Це була любов солдатів один до одного – солдатська солідарність.

Сассун не загинув на війні, але, як і багато хто вижив з бойовим неврозом, був приречений знову і знову переживати її події до кінця життя. Він присвятив

себе написанню та редагуванню військових мемуарів, збереження пам'яті полеглих і розвитку справи пацифізму.

Кардінер розвивав клінічний опис травматичного синдрому в нашому сьогоденні. Його теоретичне формулювання дуже нагадувало створені Жане у ХІХ столітті. формулювання істерії. Більше того, Кардінер визнавав, що неврози воєнного часу були однією з форм істерії, але також усвідомлював, що цей термін знову мав настільки негативну конотацію, що саме його використання дискредитувало пацієнтів: «Коли використовується епітет “істеричний”, його соціальний зміст такий, що суб'єкт – егоїст, намагається отримати щось задарма.

Коли вибухнула Друга світова війна, у медичній спільноті знову відродився інтерес до бойового неврозу. В надії знайти швидке та ефективне лікування військові психіатри намагалися зняти стигму зі стресових реакцій на бойову обстановку. Вперше було визнано, що будь-хто людина може зламатися під вогнем і що психіатричні втрати можуть бути передбачені прямою пропорцією до інтенсивності дії бойової обстановки. Дійсно, були докладено значних зусиль щодо визначення точного рівня впливу, гарантовано що провокує психологічний надлом.

Через рік після закінчення війни два американські психіатри, Дж. У. Еппл і Г. У. Біб, дійшли висновку, що 200-240 днів на передовій достатньо, щоб зламати навіть найстійкішого солдата:

«Не існує такої речі, як “звикання до бою”... Кожен момент бою створює напруження настільки сильна, що в психіці людини відбувається надлом, прямо пов'язаний з інтенсивністю та тривалістю цього впливу. Таким чином, психіатричні військові втрати так само неминучі, як шрапнельні та вогнепальні рани під час ведення військових дій».

Американські психіатри зосередилися на виявленні тих чинників, які б захистити людини від важкого нервового зриву або призвести до його якнайшвидшого одужання. Вони знову виявили те, що продемонстрував Ріверс під час лікування Сассуна – силу емоційних

уподобань серед солдатів. У 1947 році Кардінер відредагував свою класичну працю і видав його у співавторстві з Гербертом Шпігелем, психіатром, який мав свіжий досвід лікування фронтовиків. Кардінер і Шпігель стверджували, що найсильнішим захистом від всепоглинаючого жаху був зв'язок між солдатом, бойовим підрозділом, у якому він складався, і командиром.

Про аналогічні відкриття повідомили психіатри Рой Грінкер та Джон Шпігель, які зазначали, що ситуація постійної небезпеки змушувала солдатів розвивати крайню емоційну залежність від однополчан та командирів. Вони помітили, що найбільше сильним захистом від психологічних зривів були високий моральний дух та лідерські якості командирів невеликих бойових підрозділів.

Стратегії лікування, розроблені під час Другої світової війни, мали на меті мінімізувати відрив постраждалого солдата з його бойових товаришів.

Думка фахівців схилилася на користь короткого втручання, організованого якомога ближче до лінії фронту з метою швидкого повернути солдата до його підрозділу. У пошуках швидкого та ефективного методу лікування військові психіатри наново відкрили посередницьку роль змінених станів свідомості у психологічній травмі. Вони виявили, що штучно викликані змінені стани можна використовувати для отримання доступу до травматичних спогадів

Кардінер та Г. Шпігель використовували для виклику зміненого стану гіпноз, у той час як Грінкер та Дж. Шпігель застосовували амітал натрію (так звану сироватку правди) – метод, який вони назвали "наркосинтезом". Як і в ранніх роботах з істерії, фокус «лікування бесідою» при терапії бойового неврозу був зосереджений на відновленні та катарсичному вивільненні травматичних спогадів із усіма супутніми емоціями жаху, люті та скорботи.

Психіатри, що першими застосовували ці методи, розуміли, що одного лише рятування від тягаря травматичних спогадів недостатньо, щоб забезпечити довгостроковий позитивний ефект. Кардінер і Г. Шпігель попереджали, що хоча гіпноз міг прискорювати і спрощувати повернення травматичних спогадів, просте катарсичне переживання саме по собі залишалося марним. Гіпноз давав

збій, пояснювали вони, коли «справа не доведена до кінця». Грінкер і Дж. Шпігель теж зазначали, що лікування не буде успішним, якщо спогади, витягнуті та вивільнені під впливом аміталу натрію, не будуть інтегровані у свідомість.

Наслідки бойових дій, стверджували вони, «це не напис на табличці, яку можна стерти, залишивши табличку такою, якою вона була раніше. битви залишають глибокий слід у людських умах, змінюючи їх так само радикально, як і будь-який інший найважливіший досвід у житті людини».

Однак ці мудрі перестороги майже не були почуті. Новий швидкий метод лікування психіатричних військових травм вважався на той час вкрай успішним. Згідно з одним звітом, 80% американських солдатів і офіцерів, які стали жертвами тяжкого стресу під час Другої світової війни, як правило, протягом тижня так чи інакше поверталися до виконання військового боргу, причому 30 % – до діючих бойових підрозділів

Після того як ці чоловіки знову приступали до виконання військового обов'язку, їм уже приділяли мало уваги, і ще менше – після того, як вони поверталися додому. Якщо вони були здатні функціонувати на мінімальному рівні, вважалось, що лікування пройшло успішно. Із закінченням війни знову розпочався вже звичний процес суспільної амнезії. Медицина та суспільство виявляли мало інтересу до психологічного стану демобілізованих солдатів. Довготривалі ефекти бойової травми знову були забуті.

Систематичне, масштабне вивчення тривалої психологічної дії бойової обстановки більше не робилося аж до війни у В'єтнамі.

У 1970 році, коли війна у В'єтнамі була в розпалі, два психіатри, Роберт Джей Ліфтон і Хаїм Шатан зустрілися з представниками нової організації, що носила назву «Ветерани В'єтнаму проти війни». Рух ветеранів проти їхньої ж власної війни в той час, коли вона ще тривала, була подією буквально безпрецедентною. Ця невелика група солдатів багато з яких мали відмінності за хоробрість, повернули свої медалі і публічно свідчили про свої військові злочини.

Мета цих дискусійних гуртків була двоякою: забезпечити сприяння ветеранам, які перенесли психологічну травму і привернути увагу громадськості до впливу війни.

Свідчення, що походили від цих груп, фокусували громадську увагу на глибоких психологічних рани, завдані війною. Ці ветерани відмовлялися йти в забуття. Більше того, вони відмовлялися бути об'єктами стигми. Вони наполягали на тому, що їхній дистрес виправданий і не є чимось недостойним. Як говорив ветеран морської піхоти Майкл Норман: «Друзі та родичі не розуміли, чому в нас стільки гніву.

Дослідження істерії кінця XIX століття підірвалися на питанні сексуальної травми та пішли на дно. За часів цих досліджень ніхто не усвідомлював, що така повсякденна реальність сексуальне і сімейне життя жінки. Фрейд, мигцем побачивши цю істину, з жахом відступився від її. Більшу частину XX століття до розвитку знань про травматичні розлади вели дослідження ветеранів бойових дій. І лише за часів жіночого визвольного руху у 1970-ті роки було визнано, що найбільше посттравматичним розладам піддаються не чоловіки на війні, а жінки у мирний час.

Реальні умови життя жінок приховано у сфері особистого, приватного. Ретельно оберігається цінність таємниці приватного життя створювала потужний бар'єр для усвідомлення та приховувала реальне становище жінок, роблячи жіночу реальність практично невидимою. Заговорити про те, що відбувається у сексуальному чи сімейному житті, означало викликати у себе публічне приниження, глузування і недовіру. Жінок змушували мовчати за допомогою страху та сорому, а мовчання жінок давало ліцензію на всілякі форми сексуальної та побутової експлуатації. Жінки не мали назви для тиранії, яку вони терпіли у приватному житті. Важко було визнати, що усталена демократія у громадській сфері здатна мирно співіснувати з умовами примітивної автократії чи просунутої диктатури у ній. Тому не випадково у першому маніфесті американського феміністського руху, що відроджувався, Бетті Фрідан назвала

жіноче питання "безіменною проблемою". Також не випадково початковий метод дії цього руху було названо «підвищенням усвідомленості». Підвищення усвідомленості відбувалося у групах, які мали багато загальних характеристик з ветеранськими дискусійними гуртками та групами психотерапії: вони відрізнялися тією ж близькістю між учасницями, тією самою конфіденційністю і тією ж необхідністю говорити правду.

Створення привілейованого простору давало жінкам можливість подолання бар'єрів заперечення, секретності та ганьби, які не дозволяли їм дати ім'я своїм травмам.

У безпеці консультаційного кабінету жінки колись наважилися говорити про зґвалтування, але вчені чоловіки їм не повірили. У безпечному просторі груп підвищення усвідомленості жінки говорили про зґвалтування – та інші жінки їм вірили.

Вірш тієї пори передає духовне піднесення, яке відчували жінки у момент, коли вони говорили – і їх чули:

П'ятдесят років тому Вірджинія Вулф писала, що «суспільний та приватний світи нерозривно пов'язані... тиранія та рабство одного – це тиранія та рабство іншого». Тепер очевидно ще й те, що травми одного світу – це травми іншого. Істерія у жінок та бойовий невроз у чоловіків суть одне і теж. Визнання спільності негараздів іноді навіть дозволяє подолати величезну прірву, розділяючу громадську сферу війни та політики (світ чоловіків) та приватну сферу домашньої життя (світ жінок).

Чи будуть ці відкриття забуті знову? На даний момент дослідження психологічної травми, схоже, надійно утвердились як легітимна сфера наукового знання. Від психологічної травми страждають ті, хто пережив безпорадність. У момент травми жертву робить безпорадною переважна сила. Коли це сила природи, ми говоримо про катастрофи.

Коли це сила інших людей, ми говоримо про злочини. Травмуючі події перевертають звичні системи людських відносин, які дарують людям почуття контролю, контакту та сенсу.



Колись було прийнято вважати, що такі події відбуваються нечасто. У 1980 році, коли посттравматичний стресовий розлад було вперше включено до діагностичного номенклатуру, Американська психіатрична асоціація описувала події, що травмують. «які за межі звичайного людського досвіду». Як не сумно, це визначення виявилось неточним. Згвалтування, побиття та інші форми сексуального та домашнього насильства – настільки звичайна частина життя жінок, що їх навряд чи можна назвати такими, що виходять за рамки звичайного людський досвід. А враховуючи кількість людей, убитих у війнах за останнє століття, бойова психічна травма також має вважатися звичайною частиною людського досвіду; тільки щасливчики можуть вважати її незвичайною.

Травмуючі події екстраординарні не тому, що відбуваються рідко, а скоріше тому, що сильніше за звичайні людські способи адаптації до життя. На відміну від простих нещастів травмуючі події, як правило, включають загрози життю або фізичному здоров'ю або близьку зустріч із насильством та смертю. Вони зіштовхують людей із екстремальними почуттями безпорадності та жаху і викликають катастрофічні реакції. Згідно з «Повним підручником психіатрії», спільним знаменником психологічної травми є почуття «сильного страху, безпорадності, втрати контролю та загрози знищення».

Гострота травмуючих подій не може вимірюватися якимось одним мірилом; спрощені спроби загнати травму в рамки кількісного виразу зрештою ведуть до безглузвих порівнянь ступеня страху. Проте певні види досвіду, класифікації, що піддаються, збільшують ймовірність негативних наслідків. В тому числі моменти, коли людина виявляється застигнута зненацька, загнана в пастку або піддається травмуючому впливу до знемоги. Імовірність негативних наслідків також збільшується, якщо події, що травмують, включають фізичне насильство, крайню жорстокість чи свідчення смерті.

У кожному випадку важливою характеристикою події, що травмує, є його здатність викликати безпорадність та жах. Відповідь звичайної людини на небезпеку - це складна інтегрована система реакцій, що зачіпають і тіло, і розум. Загроза спочатку збуджує симпатичну нервову систему, змушуючи людину, яка

наражається на небезпеку, відчутти приплив адреналіну і увійти в стан бойової готовності. Загроза також зосереджує увагу людини на поточній ситуації. В додаток вона може змінювати сприйняття: люди у стані небезпеки часто здатні не звертати уваги на голод, втому чи біль.

Ці зміни в механізмах збудження, уваги, сприйняття та емоцій – нормальні адаптивні реакції. Вони мобілізують людину, яка опинилася під загрозою, для енергійних дій, спрямованих на боротьбу чи втечу.

Травматичні реакції виникають, коли діяти марно. Коли ні опір, ні втеча неможлива, людська система самозахисту перевантажується і дезорганізується.

Кожен компонент нормальної реакції на небезпеку, втративши свою корисність, продовжує ще довго існувати в зміненому та перебільшеному стані після того, як реальна небезпека зникне.

Травмуючі події викликають глибокі та довготривалі зміни у фізіологічному збудженні нервової системи, емоціях, когнітивних процесах та пам'яті.

Більше того, події, що травмують, можуть відсікати ці взаємопов'язані в нормальних обставини процеси один від одного. Людина, що пережила травмуючий досвід, може відчувати сильні емоції, але не зберігати чітких спогадів про подію, що травмує - або, навпаки, пам'ятати все у подробицях, але не відчувати емоцій. Він може перебувати у постійному стані настороженості та дратівливості, не розуміючи його причин. У травматичних симптомів є тенденція відриватися від свого джерела та починати самостійне життя.

Така фрагментація, при якій травма розриває складну систему самозахисту, в нормі функціонує в інтегрованому режимі, займає центральне місце в історичних спостереженнях посттравматичного стресового розладу. Сторіччя тому Жане називав патологію, яка становить суть істерії, «дисоціацією»: люди з істерією втрачали здатність інтегрувати спогади про нищівні життєві події.

За допомогою обережних методів дослідження, що включали гіпноз, Жане демонстрував, що травматичні спогади зберігалися у пацієнток в аномальному стані, відокремлені від «звичайної» свідомості.

Він вважав, що розрив нормальних зв'язків між спогадами, знанням та емоціями був результатом сильних емоційних реакцій на події, що травмують. Жане писав про «розчинний» вплив сильних емоцій, що виводило з ладу «синтезуючу» функцію свідомості. Через п'ятдесят років Абрам Кардінер описав головну патологію неврозу воєнного часу. схожими словами. Коли людина охоплена жахом і безпорадністю, «весь апарат для узгодженої, скоординованої та цілеспрямованої діяльності виявляється розбитий вщент.

Сприйняття стає неточним і просочується жахом, координуючі функції оцінки та пошуку відмінностей відмовляють... органи чуття можуть навіть припинити функціонування... Агресивні імпульси стають дезорганізованими і не пов'язані з поточною ситуацією. Функції автономної нервової системи також можуть виявитися розсинхронізованими з іншими системами організму».

Травмовані люди почуваються і діють так, ніби їхня нервова система відключилася від сьогодення. Поет Роберт Грейвз згадує, що у мирному житті продовжував реагувати так, ніби знову опинився в окопах Першої світової війни: «Я, як і раніше, був розумом і тілом організований для війни. Снаряди продовжували вибухати у моїй ліжка посеред ночі, незважаючи на те, що зі мною її ділила Ненсі; незнайомці посеред білого дня знаходили обличчя вбитих друзів. Коли я досить зміцнів, щоб піднятися на гору за Харлехом і відвідати своє улюблене місце, я не міг не оцінювати його як потенційне місце для битви».

Численні симптоми посттравматичного стресового розладу поділяються на три Основні категорії. Вони носять назви «перезбудження», «інтрузія», або «вторгнення», та «уникнення». Перезбудження відбиває стійке очікування небезпеки; інтрузія відтворює незабутній відбиток травмуючого моменту; уникнення виражає реакцію психічного оніміння та капітуляції.

## 10. Рекомендована література та інтернет-ресурси

1. Брюс Д. Перрі, Опра Вінфрі Що з тобою сталося? Про травму, психологічну стійкість і зцілення. Київ: Vivat, 2023. 320 с.
2. Герман Джудіт Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2023. 456 с.
3. Марк Волінн Це почалося не з тебе. Як успадкована родинна травма формує нас і як розірвати це коло. Київ: Vivat, 2023. 123 с.
4. Надін Берк Гарріс У глибокій прірві. Як позбутися наслідків дитячих травм. Київ: Видавництво Форс, 2021. 336 с.
5. Донна Джексон Наказав Уламки дитячих травм: чому ми хворіємо і як це зупинити. Київ: BookChef, 2022. 384 с.
6. Пітер А. Левін Зцілення від травми. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 234 с.
7. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2023. 120 с.
8. Бессел Ван Дер Кол Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Київ: Vivat, 2023. 624 с.
9. Ренос Папудопулос У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. Київ: Лабораторія, 2023. 234 с.
10. Блінов Олег Бойова психічна травма. Київ: Владос, 2019. 400 с.
11. Грицюк І.М. Психофізіологія. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 322с.
12. Грицюк І. М., Магдисюк Л.І. Дослідницькі методи в різних галузях практичної психології: навч. посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 248 с.
13. Мельник Людмила, Грицюк Ірина Психологічні особливості емоційного інтелекту підлітків під час переживання травматичних подій. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості*. ВНУ імені Лесі Українки; кафедра практичної психології та психодіагностики; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. С.148-151.

14. Мельник Олександр, Грицюк Ірина. Порушення основних сфер життєдіяльності сім'ї як джерело психічної травматизації особистості. Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості. ВНУ імені Лесі Українки; кафедра практичної психології та психодіагностики; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. С.151-153.

15. Kryzhanovska Zoreslava, Iryna Hrytsiuk, Valentyna Vitiuk, Fidria Yuliia. Psychological features of the mental health of student youth in Ukraine, *Youth Voice Journal*, Great Britain: 2022. P. 1-24. ISSN (online): 2056-2969 Publication date: December 2022.

16. R. Kimerling, K. Gima, M. W. Smith, A. Street, and S. Frayne, «The Veterans Health Administration and Military Sexual Trauma», *American Journal of Public Health* 97 (2007). С. 2160–2166.

17. C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer, D. McGurk, D. I. Cotting, and R. L. Koffman, «Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care», *New England Journal of Medicine* 351 (2004). С. 13–22.

Навчально-методичне видання

**ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА**

# **ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ В РОБОТІ З ТРАВМОЮ**

*Методичні рекомендації до курсу «Психотехнології в роботі з  
травмою»*

Друкується в авторській редакції