

ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ «ХАРАКТЕРНИК»: РОЗРОБКА ТА ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

Смирнов В'ячеслав Володимирович¹, Ладигіна Олена Віталіївна²

¹ Аспірант факультету психології, кафедра психодіагностики та клінічної психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ (Україна)
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-6100-6551>

² Асистентка кафедри психодіагностики та клінічної психології, аспірантка факультету психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ (Україна)
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-6669-1118>

UDC: 159.9:616.89-008.44

АНОТАЦІЯ

Передумови. Психологічні наслідки травматичного та хронічного стресу лишаються масштабною проблемою для учасників бойових дій і цивільного населення. Тілесно-орієнтовані втручання демонструють клінічну релевантність, проте в публікаціях їх описують надто загально для відтворення, а окремі тілесні, дихальні і саморегуляційні техніки вивчають ізольовано.

Мета. Розробка та теоретичне обґрунтування тілесно-орієнтованої програми психологічної реабілітації осіб з наслідками травматичного стресу «Характерник», визначення наскрізних принципів побудови її протоколу та співвіднесення його елементів з описаними в літературі аналогами.

Методи. Методологічну основу становлять системний та інтегративний підходи. Використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизацію літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення. Протокол описано з деталізацією, достатньою для відтворення, а джерельною базою слугували наші матеріали і наукова література.

Результати. Розроблено протокол інтенсивного двотижневого курсу у форматі реабілітаційних груп із самостійною аудіо-практикою. Програму утворюють чотири компоненти – міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами, рухові техніки, дихальні техніки та методи психічної саморегуляції – із визначенням дозуванням, послідовністю, протипоказаннями і передбачуваними механізмами. Компоненти впорядковано за градієнтом інтероцептивного сигналу, а правила побудови вербального супроводу сформульовано у перевіркованому вигляді. Наведено співвіднесення елементів протоколу з описаними в літературі аналогами.

Висновки. Програму представлено у вигляді, придатному для відтворення в клінічній практиці та для подальших досліджень. Наступним кроком є пряма контрольована перевірка ефективності та безпеки протоколу.

Ключові слова: стресові розлади; психологічна реабілітація; патофизиологічні симптомокомплекси; травматичний стрес; учасники бойових дій; тілесно-орієнтована терапія; інтероцепція; психічна саморегуляція.

ВСТУП

Психічні наслідки хронічного й травматичного стресу належать до найактуальніших медико-психологічних проблем сучасності: гострі й хронічні травматичні події істотно

різняються за перебігом і клінічними наслідками (Wang et al., 2023). В Україні під час повномасштабної війни високі рівні посттравматичного стресового розладу, депресії й тривоги задокументовано і серед військовослужбов-

Address for correspondence, e-mail: editpsychas@gmail.com
Copyright: © Viacheslav Smyrnov, Olena Ladyhina

This is an Open Access journal. This work is licensed under a **Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)**.
Link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ців, і серед цивільного населення (Zasiekina et al., 2024). Клінічні прояви охоплюють тривожну й афективну симптоматику, порушення сну, тілесну гіпернапругу, уникання тілесних відчуттів і труднощі саморегуляції. Фармакотерапія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дає помірну відповідь – близько 50–60 % для інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – за істотної частки відмов від лікування й значних резидуальних симптомів (Mansour et al., 2023). Тому потреба в додаткових, безпечно описаних і відтворюваних немедикаментозних втручаннях залишається актуальною постановкою цієї роботи.

Серед таких підходів дедалі більшу увагу привертають тілесно- та рухо-орієнтовані втручання (body- and movement-oriented interventions), що поєднують роботу з тілом, рухом, диханням і усвідомленням тілесних відчуттів. Систематичні огляди й метааналізи засвідчують потенційну цінність таких втручаннях при посттравматичному стресовому розладі (van de Kamp et al., 2023) та при психопатології ширшого спектра (Rosendahl et al., 2021). Водночас ці огляди вказують на високу гетерогенність досліджень ($I^2 = 89\%$ і 62–68 % відповідно), обмежену якість доказів і потребу в обережних висновках щодо конкретних протоколів.

Теоретичним підґрунтям тілесно-орієнтованих підходів є уявлення про висхідну (bottom-up) регуляцію, за якої вплив на інтероцептивні й пропріоцептивні процеси може підтримувати відновлення емоційної регу-

ляції (Payne et al., 2015). Інтероцепцію – відчуття, усвідомлення й регуляцію внутрішніх сигналів тіла – дедалі частіше розглядають як психологічну мішень втручаннях у сфері психічного здоров'я (Heim et al., 2023). Для травматичного досвіду ключовими є поступовість, стабілізація й формування навичок саморегуляції. Споріднені підходи, зокрема Somatic Experiencing і адаптації Sensorimotor Psychotherapy, уже описані в невеликих контрольованих дослідженнях порівняно з листом очікування (Brom et al., 2017; Classen et al., 2021). Проте їх результати не можна механічно переносити на інші авторські протоколи.

Однією з перешкод для впровадження й наукової перевірки подібних програм є брак їх докладних, стандартизованих описів: у багатьох публікаціях окремі тілесні, дихальні чи саморегуляційні техніки розглядаються ізольовано, а цілісні протоколи описуються недостатньо детально для відтворення.

Програму «Характерник» ми розробили як комплексний курс психологічної реабілітації для дорослих осіб із психологічними наслідками стресу, травматичного досвіду, тілесною гіпернапругою та порушеннями саморегуляції. Учасники бойових дій становлять окремий клінічний фокус і первинний контингент апробації. Програма поєднує чотири компоненти – міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами, рухові техніки, дихальні техніки та методи психічної саморегуляції.

Внесок цієї роботи ми вбачаємо в конструції протоколу. Найсуттєвішими з погляду

відтворюваності є чотири рішення. Перше – упорядкування компонентів за градієнтом інтероцептивного сигналу, від найгрубших тілесних відчуттів до найтонших. Друге – спрямування уваги на приємні, а не нейтральні тілесні відчуття. Третє – добір зон впливу за єдиним критерієм доступності й виразності тілесного сигналу. Четверте – формулювання правил побудови вербального супроводу у вигляді, придатного для перевірки за самими текстами супроводу.

Мета статті – розробка та теоретичне обґрунтування тілесно-орієнтованої програми психологічної реабілітації осіб з наслідками травматичного стресу «Характерник», визначення наскрізних принципів побудови її протоколу та співвіднесення його елементів з описаними в літературі аналогами.

МЕТОДИ

Дизайн дослідження. Роботу виконано в жанрі дослідження з розробки втручання (*intervention development study*). За оновленою рамкою Медичної дослідницької ради Великої Британії розробка складного втручання є самостійною фазою дослідницького циклу, результатом якої є програмна теорія втручання, визначення його ключових компонентів і формулювання питань для подальшої емпіричної перевірки (Skivington et al., 2021). Звітування побудовано за настановою GUIDED для досліджень із розробки втручань (Duncan et al., 2020). Протокол описано з деталізацією, достатньою для його відтворення: для кожного компонента наведено обладнання, послідов-

ність і тривалість дій, дозування та частоту, формат подання (групове заняття чи самостійна практика), вимоги до того, хто проводить заняття, протипоказання й правила індивідуалізації.

Методологічні підходи. Методологічну основу становлять системний та інтегративний підходи. Системний підхід передбачає розгляд програми як цілісної структури, у якій послідовність і поєднання компонентів мають самостійне значення, відмінне від суми ефектів окремих технік. Інтегративний підхід визначає спосіб добору компонентів із різних за походженням традицій – мануальних, рухових, дихальних і саморегуляційних – за спільним психологічним критерієм, а не за приналежністю до однієї школи.

Джерельна база. Пошук наукової літератури здійснювали в базах PubMed і PubMed Central та в Google Scholar. Бібліографічні дані й ідентифікатори кожного залученого джерела додатково звіряли через Crossref і NCBI E-utilities. Хронологічних обмежень пошуку не встановлювали: до аналізу залучено праці 1950–2026 років, з яких понад половина опубліковані після 2020 року, а класичні роботи використано як першоджерела описуваних прийомів. Пошукові запити поєднували назви модальностей (*body-oriented, somatic, myofascial release, breathing techniques, autogenic training, interoception*) з термінами предметної області (*PTSD, traumatic stress, stress disorders, self-regulation*). До аналізу залучали систематичні огляди, метааналізи, кон-

трольовані дослідження та опубліковані описи протоколів. Практичні традиції, які не мають рецензованих описів, позначено в тексті окремо й використано лише для встановлення походження прийому, не як джерело доказів. Другу групу джерел становили наші матеріали: протоколи занять, тексти вербального супроводу та аудіоскрипти саморегуляції, напрацьовані в клінічній практиці впродовж 2025–2026 років.

Методи аналізу. Теоретико-методологічний аналіз проблеми застосовано для визначення розриву між наявними доказами щодо тілесно-орієнтованих втручань і практичною потребою у відтворюваних протоколах. Систематизацію даних літературних джерел проведено за двома осями – модальністю впливу та психологічною мішенню. Контент-аналіз текстів вербального супроводу використано для виведення наскрізних правил його побудови у формі, придатній для перевірки за самими текстами. Аналіз прототипів полягав у тому, що для кожного елемента протоколу окремо встановлювали найближчий описаний у літературі аналог і фіксували відмінність у нашій реалізації. Порівняння та узагальнення застосовано для зведення механізмів окремих компонентів у спільну пояснювальну модель.

РЕЗУЛЬТАТИ

Доказова база тілесно- та рухо-орієнтованих втручань залишається неоднорідною. Майже всі включені дослідження мають ознаки упередження або високий ризик упередження (лише одне з низьким ризиком), значну гетерогенність ($I^2 = 89\%$), малі вибірки або недостатню тривалість подальшого спостереження (follow-up) (van de Kamp et al., 2023). У метааналізі тілесно-орієнтованої психотерапії (Rosendahl et al., 2021) сукупні ефекти на психопатологію і психічний дистрес були середніми ($g = 0,56$ і $0,52$) і знижувалися у віддаленому періоді. Серед вторинних показників покращення підтверджено лише для копінгу. Модераторами гетерогенності виявилися діагноз і ступінь активності контрольної групи. Тому програму «Характерник» доцільно розглядати не як доведений метод лікування, а як структурований відтворюваний протокол, що потребує контрольованої перевірки. Психологічна логіка його побудови полягає в тому, що тілесний і руховий компоненти підтримують повернення уваги до тіла, дихальний формує навичку довільного впливу на збудження, а компонент саморегуляції переводить тілесний досвід у стабільнішу навичку керування станом.

Співвіднесення з наявними підходами. Жоден із компонентів не є новим сам по собі. У таблиці 1 для кожного елемента протоколу вказано найближчий описаний аналог і те, чим саме відрізняється наша реалізація. Там, де відмінність зводиться лише до поєднання відомого, ми на це вказуємо (Див. стор. 107).

Передбачувані психологічні механізми. Систематичних досліджень механізму дії програми не проводилося. Викладене ниж-

Таблиця 1.

Співвіднесення елементів програми з найближчими описаними аналогами

Елемент протоколу	Найближчий описаний аналог	Відмінність у нашій реалізації
Послідовність компонентів від найгрубших сигналів до найтонших (міофасціальний реліз – рух – дихання – саморегуляція)	принцип «стабілізація передусім» у соматичних підходах, практика Continuum Movement (Е. Конрад) ^а	чотиришарової послідовності з експліцитним обґрунтуванням «грубий сигнал – тонкий» як організуючого принципу єдиного протоколу ми не знайшли
Відмова від стрес-навантажувальних дій (без гіпервентиляції, холодових впливів, роботи через біль)	гіпервентиляційні дихальні школи (Rhinevine & Williams, 2007; Havenith et al., 2025), а також холодів та катарсичні підходи	протилежний напрям: зниження збудження замість активації, з огляду на вже підвищене навантаження в цільовій групі
Спрямовування уваги на приємні відчуття замість нейтрального сканування	безоцінне спостереження в практиках усвідомленості, запрошувальна мова йоги з інформованим підходом до травми (van der Kolk et al., 2014)	валентно-позитивна, а не нейтральна увага – відповідь на документований зв'язок недиференційованої тілесної уваги з вираженістю посттравматичних симптомів (van de Kamp & Machorinho, 2026), а при тривожних станах – з тривогою (Clemente et al., 2024)
Добір зон впливу за доступністю й виразністю тілесного сигналу (кисті, стопи, обличчя, жувальні м'язи)	самостійний міофасціальний реліз із роботою по кистях і стопах (практичні системи MELT, Roll Model ^а)	принцип сформульовано експліцитно й застосовано двічі – до зон тиску і до зон кінестетичного входу
Специфічний склад, дозування, послідовність, поєднання групового й самостійного форматів, фокус на учасниках бойових дій	комплексні тілесно-орієнтовані програми (van de Kamp et al., 2023; Rosendahl et al., 2021)	новизна лише в конкретиці параметрів. Сам факт інтеграції новим не вважаємо
Тривале утримання тиску (5–15 хв) на ділянці живота й основи черепа в межах однієї сесії	субокципітальний самостійний реліз (Pérez-Martínez et al., 2020; Sillevs & Hansen, 2024) – жоден з вегетативних показників не вимірювався	поєднання обох ділянок в одній безперервній сесії. Про роботу з животом ці джерела не кажуть нічого
«Швидкі треки» з роботою по всій ділянці живота за індивідуальними триггерними зонами	п'ятикрокове самоутримання у фіксованих позиціях, зокрема на сонячному сплетінні, у Somatic Experiencing (Payne et al., 2015)	індивідуальні тригерні зони всього живота замість фіксованих точок. Сам принцип не новий (Simons et al., 1999)
Міофасціальний реліз як перший етап роботи	райхінська традиція «пробивання тілесного блоку» через інтенсивний вплив (практична традиція; рецензованих описів прийому ми не знайшли)	робота в межах комфорту й поступового дозування інтенсивності, без навмисної больової інтенсивності. Принцип титрування описано в Somatic Experiencing (Payne et al., 2015)
Простота рухових елементів	соматичні методи, метод Фельденкрайза, клінічні ефекти якого узагальнено метааналітично у фізіотерапевтичних популяціях (Berland et al., 2022) ^а	адаптація під контингент, а не механізм. Рухи запозичені
Сканування внутрішнього стану (а не лише відчуттів) як тренування перемикачів	сканування тіла в програмах усвідомленості (Gan et al., 2022)	предметом спостереження є зміна стану, а не перелік відчуттів
Пауза на видиху з повною передачею ваги тіла в опору	прогресивна м'язова релаксація (цикл напруження – розслаблення), паузи розслаблення в соматичних методах ^а	перенесено в дихальний компонент як окрема пауза, без циклу напруження
Максимальне індивідуальне сповільнення безперервного дихального циклу	холотропне дихання (Rhinevine & Williams, 2007) і реббосинг (Havenith et al., 2025), резонансне дихання із заданою частотою (Fincham et al., 2023)	сповільнення до індивідуального суб'єктивного мінімуму без апаратного визначення резонансної частоти (пор. Lehrer & Gevirtz, 2014; Shaffer & Meehan, 2020). Мета – зниження збудження, а не змінені стани свідомості
Декомпресійне дихання в задню поверхню тіла	даоські дихальні практики (Б. Франтзіс) ^а , пронаційні асани (Dahiya et al., 2025; Pal et al., 2020)	розроблено самостійно. Описуємо порядок трьох ділянок, сенсорний контроль долонею і психологічну рамку виконання
Відсутність гіпервентиляції перед затримками дихання	гіпервентиляційні протоколи (метод Вима Хофа, фридавінг), метод Бутейка як протилежний полюс ^а	принцип побудови, а не лише застереження безпеки
Критерій «стабільні або довгі паузи – ознака поглиблення, коротші – помилка»	контрольна пауза (Control Pause) методу Бутейка ^а	той самий принцип моніторингу станом через тривалість паузи, застосований до затримок усередині сесії
Двоканальний вхід у стан: мінімальні рухи в синхронізації з диханням + недирективне порівняння сторін	подвійна зв'язка з протиставленням у клінічній літературі (Erickson & Rossi, 1975), рухові входи в соматичних методах ^а	самостійне завдання уваги замість навіювання ведучого, ітеративність по рівнях відчуттів, збереження свідомого контролю
Кумулятивна драбинка шаблів із компресією засвоєного	покрокова педагогіка класичного автогенного тренування (Breznoskova et al., 2023), прогресивне скорочення в прикладній релаксації (Öst, 1987)	компресія – проміжний педагогічний крок усередині наروضування, а не кінцева мета. Повний цикл за десять днів
Двошарова сесія: соматичний шабелі й накладений терапевтичний блок	інтенційні формули в автогенному тренуванні, спрямована візуалізація ^а	прив'язка терапевтичного змісту до поточного соматичного шабля
Документований звіт правил побудови текстів (приємні відчуття, збереження контролю, недирективність, дозвільна рамка)	пасивна концентрація в автогенному тренуванні, запрошувальна мова (van der Kolk et al., 2014)	правила сформульовано явно й застосовано наскрізно, тож вони перевірювані за самими текстами
Подвійний вихід: окремі записи для виходу в бадьорість і для переходу до сну	розгалуження завершальної фази в психорегулювальному тренуванні та в автогенному тренуванні (правило скасування)	не варіант виконання, а архітектурний принцип бібліотеки вправ. Рецензованих джерел щодо самих аналогів ми не знайшли
Організація драбинки за стадіями опанування навички, а не за змістом формул	прикладна релаксація (Öst, 1987), стадійні моделі формування навички ^а	послідовність визначає рівень опанування, а не перелік відчуттів
Градуйоване розширення поля уваги від першого шабля до останнього	відкрите спостереження (Lutz et al., 2008), йога-нідра ^а	дозована прогресія як окрема тренувана навичка з обов'язковим тілесним якорем

^а Практична традиція або система навчання. Рецензованих описів самого прийому ми не знайшли – рядок відображає стан літератури, а не її відсутність як аргумент на нашу користь.

че є обґрунтуванням конструкції протоколу, а не доведеними чинниками його дії. Фізіологічні дані наведено як кореляти психологічних процесів, не як самостійне пояснення. Наш засновок полягає в тому, що при тривалому стресовому навантаженні власні тілесні відчуття перестають бути опорою і стають джерелом загрози, а нестерпність тілесних сигналів є однією з перешкод для опрацювання пережитого. Пояснювальна модель має переважно висхідний (bottom-up) характер (Payne et al., 2015). Дозоване відновлення переносимості тілесних відчуттів підвищує здатність розрізнити й точніше тлумачити тілесні сигнали, розширює діапазон станів зі збереженим довільним контролем і відновлює відчуття дієздатності – досвід того, що власною дією можна змінити власний стан.

Чому «більше уваги до тіла» не є самодостатньою мішенню. Припущення, що будь-яке посилення тілесної усвідомленості зменшує психічний дистрес, наявними даними не підтверджується. Метааналіз досліджень травмованих осіб виявив, що вищі показники самозвітної інтероцептивної усвідомленості пов'язані радше з *сильнішою* посттравматичною симптоматикою (van de Kamp & Machorrinho, 2026). Огляд 71 дослідження показав, що тривога супроводжується підвищеною увагою до тілесних сигналів і негативнішою їх оцінкою без кращого їх використання (Clemente et al., 2024). У прагматичному рандомізованому дослідженні з участю понад трьохсот травмованих біженців тілесно-

орієнтована терапія усвідомленості не мала переваги над звичайною фізичною активністю (Nordbrandt et al., 2020) – тобто вирішує не обсяг уваги, приділеної тілу. Суперечність знімає розрізнення *точності* сприйняття тілесних сигналів і *схильності їх помічати*: вища точність пов'язана з ефективнішою регуляцією емоцій (Füstös et al., 2013). Натомість за високої тривоги доцільнішою мішенню втручання є тлумачення відчуттів, а не сам факт їх помічання (Palser et al., 2018; Clemente et al., 2024). Зниження дистресу в йозі з інформованим підходом до травми опосередковувалося тілесною відгукливістю, а не інтероцептивною усвідомленістю як такою (Shatrova et al., 2024; van der Kolk et al., 2014). Тому мішенню програми є не обсяг тілесної уваги, а її якість і спрямованість: увагу ведуть до відчуттів переносимих і приємних, що змінюються під впливом власних дій учасника. Ця логіка близька до МАВТ, де темп визначає відчуття безпеки, а контакт із неприємними відчуттями визнано потенційно дестабілізуювальним (Price & Hooven, 2018; Weng et al., 2021).

Функції компонентів. Міофасціальний реліз дає найпростіший матеріал для першого досвіду впливу на власний стан: інтенсивне, добре помітне й водночас кероване відчуття тренує толерантність до інтероцептивних сигналів (Heim et al., 2023). Передбачуваним фізіологічним корелятом є зниження симпатичного тону при повільній стимуляції механорецепторів сполучної тканини (Schleip, 2003; Stecco et al., 2008), а робота з тригерни-

ми зонами співвідноситься з класичними уявленнями про міофасціальний біль (Simons et al., 1999). Повільні усвідомлені рухи за принципом довільної пандикуляції повертають хронічно напружені м'язи під довільне керування (Hanna, 1988) і переводять учасника з позиції того, з ким щось відбувається, у позицію того, хто досліджує і обирає (Brom et al., 2017; Classen et al., 2021). Дихальний компонент формує навичку довільного впливу на рівень збудження, застосовну без обладнання й інструктора. Повторювана експозиція до підвищеного рівня вуглекислого газу супроводжується габітуацією тривожних реакцій на інтероцептивні відчуття (van den Hout et al., 1987). Фізіологічним корелятом повільного дихання є підвищення варіабельності серцевого ритму, опосередкованої блукаючим нервом (Laborde et al., 2022). Техніки психічної саморегуляції за змістом близькі до автогенного тренування, прикладної релаксації та спрямованої візуалізації (Breznoscakova et al., 2023; Öst, 1987). Їх ефективність підтверджено метааналізами при тривожних і стрес-асоційованих станах (Stetter & Kupper, 2002; Muhammad Khir et al., 2024; Donato et al., 2026; Álvarez-García & Yaban, 2020; Charalambous et al., 2015). Результативність зростає з тривалістю курсу й обсягом самостійної практики (Manzoni et al., 2008), що обґрунтовує щоденний аудіо-компонент. Ці дані стосуються переважно тривожних і стресових, а не посттравматичних вибірок.

Приємність як окремий вимір від-

чуття. Приємність тілесного відчуття – незалежно від модальності – є окремим виміром сигналу, а не оцінкою його інтенсивності. Саме тому «увага до приємного» є іншою мішенню, ніж «увага до тіла» загалом. Найповніше це задокументовано для легкого дотику, де описано систему тактильних аферентів, що кодують афективну складову (McGlone et al., 2014; Löken et al., 2009). На помірний тиск, рухові й дихальні відчуття ми поширюємо цей принцип за аналогією. Практичний наслідок для протоколу: інструкція веде увагу до того, що відчувається переносимо й приємно, а не до найінтенсивнішого відчуття, незалежно від компонента.

Інтеграція механізмів. Спільною мішенню всіх компонентів є підвищення переносимості тілесних відчуттів, розвиток тілесної усвідомленості, формування навички довільної регуляції збудження і – як кінцевий психологічний результат – відновлення відчуття дієздатності. Упорядкування компонентів від найгрубших сигналів до найтонших тренує ту саму функцію на дедалі тоншому матеріалі, а зміщення вегетативного балансу в бік більшої парасимпатичної участі ми розглядаємо як передбачуваний корелят цих змін, а не як мету втручання. Зв'язок інтероцептивних навичок із регуляцією емоцій підтверджено загалом (Price & Hooven, 2018; Leech et al., 2024). У термінах патофизиологічного симптомокомплексу протокол прицільно тренує довільну увагу та регуляцію психічного напруження. Мотиваційно-особистісний і мнестичний ком-

поненти симптомокомплексу він не адресує.

Контингент і умови застосування.

Сферою потенційного застосування програми є стресові та тривожні розлади, а в ширшому розумінні – патопсихологічні симптомокомплекси в осіб із психічними наслідками стресу та бойового досвіду. Клінічні прояви охоплюють психічне напруження, тривожну або афективну симптоматику, соматизовану напругу, порушення сну, знижену толерантність до тілесних відчуттів і труднощі довільної саморегуляції. Для учасників бойових дій – первинного контингенту застосування – програму розглядають як компонент комплексних заходів психологічної реабілітації, а не як самостійний засіб лікування конкретної нозології. Логіка протоколу не обмежується бойовим досвідом і може бути релевантною для цивільних осіб за умови клінічного скринінгу та дотримання протипоказань.

Умовами застосування є здатність особи до усвідомленої участі в груповому тілесно-орієнтованому процесі, збережена можливість виконувати інструкції, достатній рівень психічної стабільності та відсутність протипоказань до виконання тілесних практик.

Заняття проводять у форматі реабілітаційних груп чисельністю 10–20 осіб. Груповий формат поєднують з індивідуальною психоедукаційною бесідою на початку курсу та самостійною роботою учасників з аудіозаписами сесій психічної саморегуляції. Групи формують за клініко-діагностичними, функціональними й безпековими критеріями: вираже-

ність симптоматики, рівень психічної стабільності, функціональний стан.

Протипоказаннями до участі у програмі є гострі психотичні стани, високий суїцидальний ризик, тяжкі когнітивні порушення, гостра інтоксикація чи абстиненція, а також інші стани, що унеможливають безпечну участь у груповому форматі реабілітації. Виражена дисоціативна симптоматика не є протипоказанням як така, проте є підставою для індивідуального, а не групового формату роботи.

Структура і дозування програми.

Програму «Характерник» реалізовано у форматі короткого інтенсивного курсу тривалістю два тижні, що охоплює десять робочих днів. Початку курсу передують індивідуальна психоедукаційна бесіда (близько 30 хвилин): учасникові розкривають мету та логіку програми, послідовність і зміст занять, характер очікуваних тілесних відчуттів і правила безпеки, а також узгоджують реалістичні очікування щодо перебігу й результату реабілітації.

Базовою структурною одиницею курсу є робочий день із двома груповими сесіями схожого змісту: обидві поєднують міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами, рухові та дихальні техніки. Отже, усі три компоненти виконують двічі на день. Окрім групових занять, учасник двічі на день самостійно працює з аудіозаписами психічної саморегуляції. У дні щотижневого відпочинку групові сесії не проводять, проте самостійна аудіо-практика триває, що забезпечує безперервність упродовж усього курсу. Дозування

подано в таблиці 2.

Після кожної групової сесії проводять коротку узагальнювальну бесіду, у якій учасники у вільній формі описують власні відчуття, досягнення та труднощі. Курс завершується підсумковою клінічною бесідою.

Структура окремого заняття.

Групова сесія має фіксовану послідовність блоків: міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами (10–15 хвилин, послідовність зон гнучка) – рухові техніки як основна частина (близько 30 хвилин) – дихальні техніки (близько 15 хвилин). Таку структуру повторюють двічі на день. Аудіо-сесії психічної саморегуляції учасник виконує самостійно.

Логіка послідовності компонентів.

Порядок компонентів побудований за переходом від найгрубших тілесних сигналів до найтонших: міофасціальний реліз дає найінтенсивніший сенсорний приплив і відкриває роботу, рухові техніки спираються на кінестетичні відчуття малої інтенсивності, дихання є ще менш вираженим сигналом, а психічна саморегуляція працює вже переважно з увагою та станом. Кожен наступний щабель спирається

на здатність, сформовану попереднім. За нашими клінічними спостереженнями, без попередньої тілесної роботи рухові й дихальні техніки в осіб із вираженим стресовим напруженням дають помітно слабший результат.

Наскрізнi принципи виконання. Незалежно від компонента, усі вправи підпорядковані чотирьом спільним правилам. По-перше, роботу виконують у межах індивідуально комфортних відчуттів: за появи болю, що посилюється, нудоти чи запаморочення її припиняють. По-друге, увагу учасника цілеспрямовано ведуть до приємних тілесних відчуттів і до приємної зміни стану, а не до нейтрального чи неприємного сканування тіла. По-третє, протокол не містить стрес-навантажувальних дій – інтенсивного фізичного навантаження, розтягування через біль, гіпервентиляції, холодових впливів: вихідним міркуванням є те, що особа з наслідками хронічного або травматичного стресу вже перебуває в стані підвищеного навантаження. По-четверте, метою є формування навички, яку учасник зможе відтворити самостійно, а не разове досягнення ро-

Таблиця 2.

Дозування програми «Характерник»

Складник	Формат	Тривалість	Частота	Усього за курс
Психоедукаційна бесіда	індивідуально	~30 хв	одноразово, на початку	1
Групова сесія – МФР + рухові + дихальні техніки	група 10–20 осіб	~55–60 хв	2×/день, робочі дні	20
Самостійна аудіо-саморегуляція	самостійно	15–20 хв (зростає впродовж курсу)	2×/день, щодня, зокрема у вихідні	28
Узагальнювальна бесіда	група	5–10 хв	після кожної групової сесії	20
Підсумкова бесіда	індивідуально	–	одноразово, наприкінці	1

зслабленого стану під час заняття.

Компонент 1. Міофасціальний реліз і робота з тригерними зонами.

Міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами є базовим тілесним компонентом програми й виконується двічі на день у складі кожної групової сесії. Учасник самостійно опрацьовує м'язові регіони масажним приладдям (або, для малодоступних ділянок, натисканням пальців), відшукуючи чутливі й болючі зони, з яких може іррадіювати біль в інші ділянки, і фіксуючи їх під контрольованим помірним тиском. За появи сильного болю тиск зменшують або роботу із зоною припиняють.

Пріоритетними мішенями є кисті, стопи й ділянка обличчя разом із жувальними м'язами. Добір зумовлений тим, що ці ділянки доступні для самостійної роботи без сторонньої допомоги, дають виразний і добре локалізований сигнал, з яким учаснику найлегше встановити контакт, і належать до типових зон утримуваної напруги. Для кистей і ділянки рота такий вибір узгоджується і з класичними даними про непропорційно велике кіркове представництво (Penfield & Rasmussen, 1950; Catani, 2017). Щодо стоп і жувальних м'язів ми на кіркове представництво не спираємось.

Компонент 2. Рухові техніки.

Руховий компонент побудовано за принципом довільної пандикуляції – усвідомленого скорочення ізольованої невеликої групи м'язів із подальшим повільним, підконтро-

льним відпусканням. Наміром прийому є переведення хронічно напруженого м'яза з-під фонового мимовільного тону під довільне керування самого учасника. Такий довільний варіант походить із традиції соматичної освіти, де його описано як спосіб повернути свідомий контроль над звично напруженими м'язами (Hanna, 1988). Природну ж пандикуляцію визначають як мимовільне розтягування м'яких тканин, пов'язане з переходами між циклами сну й неспання, і висувають гіпотезу, що воно підтримує функціональну цілісність міофасціальної системи (Bertolucci, 2011). Рухи навмисно прості (щоб виокремити окремі м'язові групи), максимально повільні й виконуються синхронно з так само сповільненим диханням. Додатково застосовують принцип пасивного руху, коли робота м'язів одного регіону спричиняє вимушений рух в іншому.

Обов'язковим елементом є сканування тіла перед кожною вправою і після неї: учасник відзначає загальний рівень розслаблення чи напруження, симетрію розподілу тону й ваги, положення тіла у просторі та дихальну рухомість справа і зліва. Дозування прогресує за рівнем засвоєння: 10–20 повторів на етапі опанування, 5–10 після формування навички.

Компонент 3. Дихальні техніки.

Компонент об'єднує три техніки, спільним принципом яких є максимальне сповільнення й поглиблення дихального циклу та утримання контрольованого розслаблення. Усі дії виконують у межах індивідуально комфортних відчуттів.

Перша техніка – безперервне дихання. Учасник дає дихальному циклу стати максимально повільним, плавним і безперервним, усуваючи паузи, переривання та зміни темпу й водночас максимально його подовжуючи. Вправа триває від 5 хвилин.

Безперервне дихання без пауз між фазами циклу є відомим прийомом. Наш варіант відрізняється тим, що цикл доводять до індивідуального максимуму сповільнення, а метою є зниження збудження, а не зміна стану свідомості (співвіднесення з аналогами – таблиця 1).

Друга техніка – повільне дихання із затримками, яке виконують без апаратури чи масок: кілька максимально повільних циклів завершуються затримками дихання на видиху й на вдиху на комфортний період, з орієнтацією на розслаблення, а не зусилля. Психологічний зміст вправи – розрізнення дозволяння і зусилля: збереження або подовження пауз слугує ознакою поглиблення розслаблення, а їх скорочення свідчить про виконання через напруження і вважається помилкою. Тривалість паузи в такий спосіб стає для учасника зворотним зв'язком, який не потребує зовнішньої оцінки. У фаховій літературі техніку такого типу умовно позначають як контрольоване гіпоксичне тренування.

Третя техніка – декомпресійне дихання. Учасник лежить на животі, спрямовуючи дихальний рух у задню поверхню тіла трьома ділянками по черзі (поперекова-ниркова, грудо-поперековий перехід, грудний

відділ), з поступовим нарощуванням амплітуди. Завданням техніки є розширення ділянки тіла, доступної для спокійної уваги: задня поверхня при тривалому стресовому напруженні зазвичай залишається поза полем усвідомлення.

Техніку ми розробили самостійно в клінічній практиці. Близькі за принципом підходу наведено в таблиці 1.

З міркувань безпеки затримки виконують лише в межах комфортних відчуттів і без попередньої гіпервентиляції.

Компонент 4. Методи психічної саморегуляції.

Четвертий компонент – методи психічної саморегуляції – частково відпрацьовують безпосередньо під супроводом інструктора, частково – самостійно під аудіозапис. Самостійна аудіо-робота становить окремі щоденні сесії (див. таблицю 2). Вправи виконують у положенні лежачи або сидячи. Інструктор або аудіозапис вербально супроводжує учасника через послідовні етапи: вхід у стан саморегуляції, цілеспрямований запуск її механізмів та керований вихід зі стану.

Етап входу охоплює, по-перше, початкове занурення за допомогою малоамплітудних повільних рухів тіла в координації з диханням (перекочування голови, рухи рук, по чергове стискання й розтискання долонь, перекошування випрямлених рук по опорі тощо). Добір ділянок для цих рухів підпорядковано тому самому критерію, що й добір зон міофасціального релізу: доступність для самостійно-

го виконання й виразність тілесного сигналу – рухи виконують переважно кистями, стопами, шиєю й головою та мімічними м'язами. Кінестетичний вхід і тілесний компонент реалізують спільну логіку добору різними модальностями – тиском і рухом. По-друге, етап входу передбачає поглиблення стану через послідовне проходження заданих рівнів відчуттів – розслаблення, важкості, тепла з відчуттям пульсації, розслаблення дихання, а на завершальному рівні – відпускання залишкового розумового контролю з розширенням поля спокійної уваги. На етапі цілеспрямованого запуску застосовують навіювання й самонавіювання, а також техніку трансформації стану через керовану роботу з образами. Завершується вправа керованим виходом зі стану саморегуляції. Фазу виходу реалізовано в недирективному варіанті: увагу учасника послідовно повертають до відчуття тіла, до відчуття опори (підлоги чи крісла) та до неспішного відновлення довільних рухів, після чого він розплющує очі у власному темпі. Критерієм завершення слугує суб'єктивна готовність учасника, а не відлік часу. Вправи, призначені для вечірнього застосування, записано в окремій версії, у якій цей самий недирективний вихід замінено переходом до сну.

Спільною вимогою до всіх варіантів виходу є утримання учасника в контакті з тілесними відчуттями впродовж усієї вправи, зокрема на її завершенні, та збереження ним свідомого контролю над власним станом. В осіб із посттравматичною симптоматикою ди-

соціативні переживання належать до симптоматики, а не до терапевтичних інструментів, тому протокол уникає формулювань і прийомів, здатних їх відтворювати.

Клінічна послідовність цього компонента вибудована не лише за змістом відчуттів, а насамперед за принципом поетапного напрацювання самої навички саморегуляції. Кожен наступний етап курсу спирається на стадійну модель опанування навички: спершу учасник вчиться *впізнавати* й дозволяти відповідний стан, далі – *довільно викликати* його за коротшою внутрішньою настановою, *утримувати й поглиблювати*. Згодом він досягає того самого стану *швидше й з меншим зусиллям* (експрес-відтворення вже засвоєного) і, нарешті, *переносить* набуту навичку в повсякденні умови та самостійну практику. Наскрізним організаційним принципом є кумулятивність: на кожному новому щаблі учасник спершу в експрес-формі відтворює весь уже засвоєний обсяг, а потім додає один новий елемент, що дає змогу стиснути повний цикл засвоєння у короткий інтенсивний курс. Це узгоджується зі стадійними підходами до навчання довільної релаксації, валідованими при тривожних і фобічних розладах (Öst, 1987), і з поетапним згасанням зовнішньої опори – від супроводу інструктора до самостійного застосування. У межах десятиденного курсу на кожен щабель відводять приблизно два дні. У самостійній практиці перехід до наступного щабля визначається не фіксованим строком, а досягненням упевненого самостійного опанування попереднього.

Метою компонента є розвиток здатності учасника до самостійного керування власним станом.

Безпека, протипоказання та індивідуалізація.

Усі вправи програми виконують у межах індивідуально комфортних відчуттів. За появи болю, що посилюється, нудоти або запаморочення роботу негайно припиняють. Дозування й інтенсивність індивідуалізують: тиск під час міофасціального релізу утримують на робочому рівні (помірний дискомфорт без гострого болю), кількість повторів рухових вправ зменшують у міру засвоєння, а тривалість дихальних пауз кожен учасник регулює самостійно, орієнтуючись на власний стан. Гіпервентиляцію перед затримками дихання не застосовують.

Хто проводить і що робить учасник. Усі тілесні впливи учасник виконує самостійно: інструктор мануального контакту не здійснює, а забезпечує інструктаж, спостереження за станом групи та індивідуальну підтримку. Заняття проводять досвідчені підготовлені фахівці з психологічною освітою і підготовкою з роботи з наслідками травматичного стресу. Оцінку соматичних протипоказань здійснюють до включення в групу, за участю лікаря, поза межами занять.

Психологічні критерії припинення. Окрім наведених вище тілесних ознак, вправу припиняють за появи ознак психологічної дестабілізації: інтрузивних спогадів, вираженої тривоги або паніки, дереалізації чи деперсо-

налізації, некерованого афекту, дезорієнтації. У таких випадках увагу учасника повертають до орієнтації в теперішньому – відкриті очі, відчуття опори, контакт із простором приміщення. До перерваної вправи цього дня не повертаються, а за потреби переходять до індивідуального формату роботи. Учасник у будь-який момент може відмовитися від окремої вправи або припинити заняття без пояснення причин. Про це повідомляють під час психоедукаційної бесіди та нагадують перед вправами, які виконують лежачи із заплющеними очима. Такі епізоди реєструють як небажані явища.

Емпірична база протипоказань до мануальної роботи з м'якими тканинами вузька. Міжнародний Delphi-консенсус щодо самомасажу роликком (37 експертів) досяг згоди лише щодо шести станів: протипоказаннями визнано відкриті рани і переломи кісток, пересторогами – локальне запалення тканин, тромбоз глибоких вен, остеомієліт та осифікуючий міозит (Bartsch et al., 2021). Решту перелічених нижче станів наводимо як перестороги власного протоколу, узяті із загальноприйнятої практики мануальної роботи.

Протокол передбачає утримання від впливу при таких станах: гострий тромбоз глибоких вен і тромбофлебіт, аневризми, гострі інфекційні стани з гарячкою, відкриті рани, опіки та інфекції шкіри в зоні роботи, злоякісні новоутворення (особливо безпосередньо над ділянкою пухлини), гострі запальні процеси, кровотечі та схильність до них, тяж-

кий загальний стан. Обережності або консультації лікаря потребують остеопороз і ламкість кісток, свіжі переломи й незрощені травми, вагітність, варикозне розширення вен, цукровий діабет із нейропатією та порушенням чутливості, шкірні захворювання, нестабільна артеріальна гіпертензія, нещодавні хірургічні втручання та свіжі рубці, а також приймання препаратів, що знижують больову чутливість. Не опрацьовують безпосередньо ділянки із синцями та гематомами, не чинять прямого тиску на нерви, великі судини й лімфовузли. Травмовану ділянку в гострій або підгострій фазі оминають, опрацьовуючи за потреби лише суміжні. Для окремих рухових вправ діють додаткові застереження (зокрема схильність до головного болю та артеріальної гіпертензії). Гіпервентиляцію перед затримкою дихання не застосовують, оскільки вона знижує рівень вуглекислого газу в крові й відтерміновує потяг до вдиху, через що суб'єктивно комфортна пауза перестає відповідати фактичному стану. Гіпервентиляція перед затримкою дихання описана як механізм втрати свідомості внаслідок гіпоксії (Lindholm & Lundgren, 2009). Перелік свідомо надлишковий щодо доказової бази: у роботі з учасниками бойових дій ми віддаємо перевагу відмові від впливу в сумнівному випадку, а не розширенню показань.

Повні переліки приладдя, зон впливу, рухових вправ і дихальних технік із параметрами, а також структурований опис послідовності аудіо-сесій саморегуляції ми надаємо за

обґрунтованим запитом.

ДИСКУСІЯ

Жоден із компонентів програми не є новим сам по собі, і для кожного з них існує описаний аналог (таблиця 1). З соматичними підходами програму споріднює принцип «стабілізація передусім» і робота в межах комфортних відчуттів. Із практиками усвідомленості її споріднює спостереження тілесних сигналів як самостійна процедура. З автогенним тренуванням і прикладною релаксацією – покрокова побудова навички саморегуляції з опорою на самостійну домашню практику. Відмінності стосуються не переліку технік, а способу їх поєднання, і найпринциповіша з них – напрям роботи зі збудженням. Гіпервентиляційні дихальні школи будують ефект на керованому підвищенні збудження з наступним розрядженням. Наш протокол послідовно рухається у зворотному напрямі, і відмова від гіпервентиляції перед затримками дихання є в ньому принципом побудови, а не лише застереженням безпеки. Друга відмінність – валентність уваги: там, де в практиках усвідомленості спостереження за визначенням безоцінне й спрямоване на будь-які відчуття, ми ведемо увагу до переносимих і приємних. Третя – критерій добору зон впливу: замість фіксованих анатомічних послідовностей, характерних для мануальних традицій, застосовано наскрізний критерій доступності й виразності тілесного сигналу, однаковий для всіх компонентів.

Що з'явилося в програмі порівняно з

наявними підходами, стосується конструкції протоколу: специфічного складу компонентів, їх дозування й послідовності, експліцитно сформульованих наскрізних принципів виконання, поєднання групової роботи із самостійною аудіо-практикою та фокусу на учасниках бойових дій із патопсихологічними симптомокомплексами в межах психологічної реабілітації. З погляду відтворюваності найсуттєвішими є чотири рішення. Перше – впорядкування компонентів за градієнтом інтероцептивного сигналу, від найгрубших тілесних відчуттів до найтонших, що задає послідовність занять і всередині окремої сесії, і впродовж курсу. Друге – спрямування уваги на приємні, а не нейтральні тілесні відчуття. Це пряма відповідь на документований зв'язок недиференційованої тілесної уваги з вираженістю посттравматичної й тривожної симптоматики (van de Kamp & Machorrinho, 2026; Clemente et al., 2024). Третє – добір зон впливу за єдиним критерієм доступності й виразності тілесного сигналу, застосованим наскрізно в різних за модальністю компонентах. Четверте – формулювання правил побудови вербального супроводу у вигляді, придатному для перевірки за самими текстами супроводу, що робить цей зазвичай неформалізований шар роботи доступним для контролю й відтворення.

У практиці застосування програми ми неодноразово спостерігали виражені реакції розслаблення вже на перших заняттях – зокрема суб'єктивне полегшення тілесного дискомфорту та зниження відчуття тривоги. Засина-

ня під час вечірніх версій вправ передбачене протоколом, тоді як засинання на денних сесіях розглядаємо як відхилення від вимоги збереження свідомого контролю, а не як показник дії методу. Ці спостереження неконтрольовані, зібрані без стандартизованої реєстрації та порівняння. Наводимо їх як опис клінічного досвіду, що спонукав до формалізації протоколу.

Опис має суттєві обмеження. Передусім, він спирається на дані про споріднені підходи, загальнопсихологічне й загальнофізіологічне обґрунтування та наші матеріали, а не на прямі контрольовані дослідження саме цього протоколу. Це стосується і розширення рамки застосування на цивільних осіб. При роботі з посттравматичним стресовим розладом програму не слід подавати як заміну доказовим травмофокусованим психотерапіям першої лінії: клінічні настанови Міністерства у справах ветеранів і Міністерства оборони США рекомендують передусім мануалізовані травмофокусовані психотерапії, зокрема когнітивно-процесуальну терапію, EMDR і пролонговану експозицію (U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense, 2023). Той самий пріоритет закріплено в чинному українському клінічному протоколі, де першолінійними визначено травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію та десенсибілізацію й переробку рухами очей (EMDR; Lee & Cuijpers, 2013), а релаксаційні й дихальні техніки – як допоміжні методи управління стресом (Наказ МОЗ України № 1265, 2024).

Та сама настанова визнає доказову базу цілої групи тілесно-орієнтованих і саморегуляційних втручань при посттравматичному стресовому розладі недостатньою для рекомендації за чи проти, і лише програму зниження стресу на основі усвідомленості підтримує слабкою умовною рекомендацією (U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense, 2023). Тож компонент психічної саморегуляції доцільно розглядати як допоміжний.

Окремі обмеження стосуються дихального компонента. Прямих контрольованих досліджень довільних затримок дихання при посттравматичних розладах не виявлено. У рандомізованому дослідженні спорідненого дихального тренування у ветеранів значущого ефекту на симптоми гіперзбудження не отримано (Jamison et al., 2022).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з контрольованою оцінкою ефективності програми в окремих клінічних групах, демонтажним аналізом внеску компонентів і перевіркою дихальних технік протоколу. Фізіологічні кореляти впливу – варіабельність серцевого ритму та показники дихального патерну – є предметом окремої роботи.

ВИСНОВКИ

1. Розроблено й теоретично обґрунтовано «Характерник» – комплексну тілесно-орієнтовану програму психологічної реабілітації для дорослих осіб зі стресовими та тривожними розладами й порушеннями саморегуляції, а в ширшому розумінні – з патопсихологічними симптомокомплексами внаслідок

стресу та бойового досвіду. Учасники бойових дій, для яких програма є компонентом психологічної реабілітації, становлять первинний контингент апробації.

2. Протокол подано з деталізацією, достатньою для його відтворення в клінічній практиці. Дослівні тексти вербального супроводу ми надаємо за запитом. Окремою практичною перевагою програми є те, що після завершення курсу учасник продовжує практику самостійно – без обладнання, без інструктора і без прив'язки до закладу.

3. Внесок роботи полягає в конструкції протоколу: доборі й дозуванні компонентів, їх упорядкуванні за градієнтом інтероцептивного сигналу, доборі зон впливу за єдиним критерієм доступності й виразності тілесного сигналу, експліцитно сформульованих наскрізних принципах виконання, поданні правил побудови вербального супроводу в перевірюваному вигляді та в поєднанні групового й самостійного форматів. Серед наскрізних принципів – спрямування уваги на приємні тілесні відчуття і відмова від стрес-навантажувальних дій. Поелементне співвіднесення з найближчими описаними аналогами наведено в таблиці 1.

4. Психологічне обґрунтування програми узгоджується з наявними даними про тілесно- та рухо-орієнтовані втручання й інтероцепцію. Натомість щодо релаксаційних і саморегуляційних технік саме при посттравматичних розладах доказова база залишається недостатньою, тому цей компонент розглядаємо як

допоміжний. Наступним закономірним кроком є пряма контрольована перевірка ефективності та безпеки саме цього інтегрованого протоколу.

References :

- Álvarez-García, C., & Yaban, Z. Ş. (2020). The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101077. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101077>
- Bartsch, K. M., Baumgart, C., Freiwald, J., Wilke, J., Slomka, G., Turnhöfer, S., Egner, C., Hoppe, M. W., Klingler, W., & Schleip, R. (2021). Expert consensus on the contraindications and cautions of foam rolling—an international Delphi study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(22), 5360. <https://doi.org/10.3390/jcm10225360>
- Berland, R., Marques-Sule, E., Marín-Mateo, J., Moreno-Segura, N., López-Ridaura, A., & Sentandreu-Mañó, T. (2022). Effects of the Feldenkrais method as a physiotherapy tool: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13734. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113734>
- Bertolucci, L. F. (2011). Pandiculation: Nature's way of maintaining the functional integrity of the myofascial system? *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(3), 268–280. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.12.006>
- Breznoscakova, D., Kovanicova, M., Sedlakova, E., & Pallayova, M. (2023). Autogenic training in mental disorders: What can we expect? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4344. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054344>
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic Experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 304–312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Catani, M. (2017). A little man of some importance. *Brain*, 140(11), 3055–3061. <https://doi.org/10.1093/brain/awx270>
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., & Paikousis, L. (2015). A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 270876. <https://doi.org/10.1155/2015/270876>
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A pilot RCT of a body-oriented group therapy for complex trauma survivors: An adaptation of sensorimotor psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 52–68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>
- Clemente, R., Murphy, A., & Murphy, J. (2024). The relationship between self-reported interoception and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience &*

- Biobehavioral Reviews*, 167, 105923. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105923>
- Dahiya, M., Dwivedi, D., Kaur, N., Lamba, P., & Chamola, S. (2025). Impact of Makarasana on cardiovascular parameters: A prospective interventional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2025/77677.21370>
- Donato, K. O., Falcão, L., Nishizima, A., Oliveira, A. S., Gonzalez, J. V., Ribeiro, N. N., Abbud, C., Braga, G. A., Garrido, G., Donato, A. O., Eckeli, A., Cruz, M. M. E., & Salles, C. (2026). Progressive muscle relaxation technique improves sleep quality and mental health: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 203, 112563. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2026.112563>
- Duncan, E., O'Cathain, A., Rousseau, N., Croot, L., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2020). Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): An evidence-based consensus study. *BMJ Open*, 10(4), e033516. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033516>
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1975). Varieties of double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17(3), 143–157. <https://doi.org/10.1080/00029157.1975.10403733>
- Fincham, G. W., Strauss, C., & Cavanagh, K. (2023). Effect of coherent breathing on mental health and wellbeing: A randomised placebo-controlled trial. *Scientific Reports*, 13(1), 22141. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49279-8>
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: Interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911–917. <https://doi.org/10.1093/scan/nss089>
- Gan, R., Zhang, L., & Chen, S. (2022). The effects of body scan meditation: A systematic review and meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 1062–1080. <https://doi.org/10.1111/aphw.12366>
- Hanna, T. (1988). *Somatics: Reawakening the mind's control of movement, flexibility, and health*. Addison-Wesley.
- Havenith, M. N., Leidenberger, M., Brasanac, J., Corvacho, M., Carmo Figueiredo, I., Schwarz, L., Uthaug, M., Rakusa, S., Bernardic, M., Vasquez-Mock, L., Pérez Rosal, S., Carhart-Harris, R., Gold, S. M., Jungaberle, H., & Jungaberle, A. (2025). Decreased CO2 saturation during circular breathwork supports emergence of altered states of consciousness. *Communications Psychology*, 3(1), 59. <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00247-0>
- Heim, N., Bobou, M., Tanzer, M., Jenkinson, P. M., Steinert, C., & Fotopoulou, A. (2023). Psychological interventions for interoception in mental health disorders: A systematic review of randomized-controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), 530–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.13576>
- Jamison, A. L., Slightam, C., Bertram, F., Kim, S., & Roth, W. T. (2022). Randomized clinical trial of capnometry-assisted respiratory training in veterans with posttraumatic stress disorder hyperarousal. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(5), 883–893. <https://doi.org/10.1037/tra0000525>

- Laborde, S., Allen, M., Borges, U., Dosseville, F., Hosang, T., Iskra, M., Mosley, E., Salvotti, C., Spolverato, L., Zammit, N., & Javelle, F. (2022). Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104711>
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Leech, K., Stapleton, P., & Patching, A. (2024). A roadmap to understanding interoceptive awareness and post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1355442. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1355442>
- Lehrer, P. M., & Gevirtz, R. (2014). Heart rate variability biofeedback: How and why does it work? *Frontiers in Psychology*, 5, 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00756>
- Lindholm, P., & Lundgren, C. E. G. (2009). The physiology and pathophysiology of human breath-hold diving. *Journal of Applied Physiology*, 106(1), 284–292. <https://doi.org/10.1152/japplphysiol.90991.2008>
- Löken, L. S., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Olausson, H. (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neuroscience*, 12(5), 547–548. <https://doi.org/10.1038/nn.2312>
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- Mansour, M., Joseph, G. R., Joy, G. K., Khanal, S., Dasireddy, R. R., Menon, A., Barrie Mason, I., Kataria, J., Patel, T., & Modi, S. (2023). Post-traumatic stress disorder: A narrative review of pharmacological and psychotherapeutic interventions. *Cureus*, 15(9), e44905. <https://doi.org/10.7759/cureus.44905>
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: Sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737–755. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001>
- Muhammad Khir, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. (2024). Efficacy of progressive muscle relaxation in adults for stress, anxiety, and depression: A systematic review. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 345–365. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277>
- Nordbrandt, M. S., Sonne, C., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2020). Trauma-affected refugees treated with basic body awareness therapy or mixed physical activity as augmentation to treatment as usual—a pragmatic randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 15(3), e0230300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230300>
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25

- (5), 397–409. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90017-9)
- Pal, G. K., Nanda, N., Renugasundari, M., Pal, P., & Pachegaonkar, U. (2020). Acute effects of prone asanas and Pal's pranayama on myalgia, headache, psychological stress and respiratory problems in the COVID-19 patients in the recovery phase. *Biomedicine*, 40(4), 526–530. <https://doi.org/10.51248/v40i4.334>
- Palser, E. R., Palmer, C. E., Galvez-Pol, A., Hannah, R., Fotopoulou, A., & Kilner, J. M. (2018). Alexithymia mediates the relationship between interoceptive sensibility and anxiety. *PLOS ONE*, 13(9), e0203212. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203212>
- 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*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Penfield, W., & Rasmussen, T. (1950). *The cerebral cortex of man: A clinical study of localization of function*. Macmillan.
- Pérez-Martínez, C., Gogorza-Arroitaonandia, K., Heredia-Rizo, A. M., Salas-González, J., & Oliva-Pascual-Vaca, Á. (2020). INYBI: A new tool for self-myofascial release of the suboccipital muscles in patients with chronic non-specific neck pain: A randomized controlled trial. *Spine*, 45(21), E1367–E1375. <https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000003605>
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 9, 798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
- Rhinewine, J. P., & Williams, O. J. (2007). Holotropic Breathwork: The potential role of a prolonged, voluntary hyperventilation procedure as an adjunct to psychotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 771–776. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6203>
- Rosendahl, S., Sattel, H., & Lahmann, C. (2021). Effectiveness of body psychotherapy. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 709798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709798>
- Schleip, R. (2003). Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 1. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7(1), 11–19. [https://doi.org/10.1016/S1360-8592\(02\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1360-8592(02)00067-0)
- Shaffer, F., & Meehan, Z. M. (2020). A practical guide to resonance frequency assessment for heart rate variability biofeedback. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 570400. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.570400>
- Shatrova, D., Cáncer, P. F., & Caperos, J. M. (2024). The role of interoception in reducing trauma-associated distress: A feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2306747. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2306747>
- Sillevis, R., & Hansen, A. W. (2024). Could the suboccipital release technique result in a generalized relaxation and self-perceived improvement? A repeated measure study design. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5898. <https://doi.org/10.3390/jcm13195898>

- Simons, D. G., Travell, J. G., & Simons, L. S. (1999). *Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual* (2nd ed.). Williams & Wilkins.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Stecco, C., Porzionato, A., Lancerotto, L., Stecco, A., Macchi, V., Ann Day, J., & De Caro, R. (2008). Histological study of the deep fasciae of the limbs. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2008.04.041>
- Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(1), 45–98. <https://doi.org/10.1023/A:1014576505223>
- U.S. Department of Veterans Affairs, & U.S. Department of Defense. (2023). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»». (2024). <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-spezializovanoj-medichnoy-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi>
- van de Kamp, M. M., & Machorinho, J. (2026). Association between interoceptive awareness and symptoms of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 100638. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2026.100638>
- van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Emck, C., Fokker, T. J., Hatzmann, J., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2023). Body- and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 36(5), 835–848. <https://doi.org/10.1002/jts.22968>
- van den Hout, M. A., van der Molen, G. M., Griez, E., Lousberg, H., & Nansen, A. (1987). Reduction of CO₂-induced anxiety in patients with panic attacks after repeated CO₂ exposure. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 788–791. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.788>
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e559–e565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Wang, S. K., Feng, M., Fang, Y., Lv, L., Sun, G. L., Yang, S. L., Guo, P., Cheng, S. F., Qian, M. C., & Chen, H. X. (2023). Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review.

World Journal of Psychiatry, 13(6), 331–339.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.331>

Weng, H. Y., Feldman, J. L., Leggio, L., Napadow, V., Park, J., & Price, C. J. (2021). Interventions and manipulations of interoception. *Trends in Neurosciences*, 44(1), 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.09.010>

Zasiekina, L., Duchyminska, T., Bifulco, A., & Bignardi, G. (2024). War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Military Psychology*, 36(5), 555–566. <https://doi.org/10.1080/08995605.2023.2235256>

Смирнов В'ячеслав Володимирович

Аспірант факультету психології, кафедра психодіагностики та клінічної психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ (Україна)

Ладигіна Олена Віталіївна

Асистентка кафедри психодіагностики та клінічної психології, аспірантка факультету психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ (Україна)

ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ «ХАРАКТЕРНИК»: РОЗРОБКА ТА ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

АНОТАЦІЯ

Психологічні наслідки хронічного й травматичного стресу лишаються масштабною проблемою для учасників бойових дій і цивільного населення. Тілесно- та рухо-орієнтовані втручання демонструють клінічну релевантність, проте їх доказова база залишається неоднорідною, а самі протоколи в публікаціях опи-

сано надто загально для відтворення. Окремі тілесні, дихальні й саморегуляційні техніки вивчають ізольовано. Метою роботи стала розробка та теоретичне обґрунтування тілесно-орієнтованої програми психологічної реабілітації осіб з наслідками травматичного стресу «Характерник», визначення наскрізних принципів побудови її протоколу та співвіднесення його елементів з описаними в літературі аналогами.

Роботу виконано в жанрі дослідження з розробки втручання за оновленою рамкою Медичної дослідницької ради Великої Британії зі звітуванням за настановою GUIDED. Методологічну основу становлять системний та інтегративний підходи. Використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизацію літературних джерел, контент-аналіз текстів вербального супроводу, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення. Джерельною базою слугували наукова література з баз PubMed, PubMed Central і Google Scholar та інші матеріали клінічної практики.

Розроблено протокол інтенсивного двотижневого курсу з десяти робочих днів у форматі реабілітаційних груп чисельністю 10–20 осіб. Курс поєднує дві групові сесії щодня із самостійною аудіо-практикою психічної саморегуляції двічі на день. Програму утворюють чотири компоненти – міофасціальний реліз із роботою з тригерними зонами, рухові техніки, дихальні техніки та методи психічної саморегуляції – з визначеним дозуванням, послідовністю, протипоказаннями і передбачуваними

психологічними механізмами. Компоненти впорядковано за градієнтом інтероцептивного сигналу, від найгрубших тілесних відчуттів до найтонших, а увагу учасника ведуть до приємних, а не нейтральних відчуттів. Правила побудови вербального супроводу сформульовано у перевірюваному вигляді, а кожен елемент протоколу співвіднесено з найближчим описаним аналогом.

Програму представлено у вигляді, придатному для відтворення в клінічній практиці та для подальших досліджень. Психологічне обґрунтування узгоджується з наявними даними про тілесно- та рухо-орієнтовані втручання й інтероцепцію. Натомість щодо релаксаційних і саморегуляційних технік саме при посттравматичних розладах доказова база залишається недостатньою, тому цей компонент розглядаємо як допоміжний. Наступним кроком є пряма контрольована перевірка ефективності та безпеки протоколу.

Ключові слова: стресові розлади; психологічна реабілітація; патопсихологічні симптомокомплекси; травматичний стрес; учасники бойових дій; тілесно-орієнтована терапія; інтероцепція; психічна саморегуляція.

Viacheslav Smyrnov

PhD student, Faculty of Psychology, Department of Psychodiagnostics and Clinical Psychology, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv (Ukraine)

Olena Ladyhina

Assistant of the Department of Psychodiagnostics and Clinical Psychology, PhD student at the Faculty of Psychology, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv (Ukraine)

BODY-ORIENTED PROGRAMME OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION FOR INDIVIDUALS WITH THE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC STRESS «KHARAKTERNYK»: DEVELOPMENT AND THEORETICAL SUBSTANTIATION

ABSTRACT

The psychological consequences of chronic and traumatic stress remain a major problem for combatants and the civilian population. Body- and movement-oriented interventions demonstrate clinical relevance, yet their evidence base remains heterogeneous and the protocols themselves are described too generally for reproduction. Individual bodily, breathing and self-regulation techniques are studied in isolation. The aim of this work was to develop and theoretically substantiate "Kharakternyk", a body-oriented programme of psychological rehabilitation for individuals with the consequences of traumatic stress, to define the cross-cutting principles of its protocol and to match its elements against analogues described in the literature.

The work was carried out as an intervention development study following the updated framework of the UK Medical Research Council, with reporting based on the GUIDED guidance. The methodological basis comprises systemic and integrative approaches. The methods used were theoretical and methodological analysis of the

problem, systematisation of literature sources, content analysis of verbal accompaniment texts, prototype analysis, comparison and generalisation. The source base comprised scholarly literature from PubMed, PubMed Central and Google Scholar together with our own materials from clinical practice.

The protocol developed is an intensive two-week course of ten working days delivered in rehabilitation groups of 10–20 participants. The course combines two group sessions daily with independent audio practice of mental self-regulation twice a day. The programme comprises four components – myofascial release with trigger-zone work, movement techniques, breathing techniques and methods of mental self-regulation – with defined dosage, sequence, contraindications and presumed psychological mechanisms. The components are ordered along a gradient of interoceptive signal, from the coarsest bodily sensations to the subtlest, and the participant's attention is directed towards pleasant rather than neutral sensations. The rules for constructing verbal accompaniment are stated in a verifiable form, and each protocol element is matched against the closest described analogue.

The programme is presented in a form reproducible in clinical practice and in further research. Its psychological rationale is consistent with available data on body- and movement-oriented interventions and on interoception. For relaxation and self-regulation techniques in post-traumatic disorders, however, the evidence base remains insufficient, and we therefore regard this component as auxiliary. The next step is a direct

controlled evaluation of the efficacy and safety of the protocol.

Keywords: stress disorders; psychological rehabilitation; pathopsychological symptom complexes; traumatic stress; combatants; body-oriented therapy; interoception; mental self-regulation.

How to cite (як цитувати):

Smyrnov, V., & Ladyhina, O. BODY-ORIENTED PROGRAMME OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION FOR INDIVIDUALS WITH THE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC STRESS «KHAKTERNYK»: DEVELOPMENT AND THEORETICAL SUBSTANTIATION. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 12(7), 103–126. <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.7.6> [in Ukrainian]

Смирнов , В., & Ладигіна , О. ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ «ХАРАКТЕРНИК»: РОЗРОБКА ТА ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ. *ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧАСОПИС*, 12(7), 103–126. <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.7.6>

Дата отримання статті: 03.05.2026

Дата рекомендації до друку: 21.06.2026

Дата оприлюднення: 30.07.2026