

Олександр ФІЛЬЦ, Юлія МЕДИНСЬКА, Сергій ЯКУШИК
**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПОДОЛАННЯ
НАСЛІДКІВ ВАЖКОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ**

Oleksandr FILTS, Yuliia MEDYNSKA, Serhii YAKUSHYK
**A COMPREHENSIVE APPROACH TO OVERCOMING THE CONSEQUENCES
OF SEVERE PSYCHOLOGICAL TRAUMATIZATION OF ADULTS**

DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2024.01.177>

УДК: 159.964

Постановка проблеми дослідження у загальному вигляді. Проблематика психологічної травми на сьогодні набуває все більшого значення і поширення, оскільки виклики сучасного світу створюють несприятливу ситуацію для ментального здоров'я пересічної людини. Пандемія Ковід-19, військові дії, економічна напруженість та невизначеність стосовно майбутнього самі по собі вже є тиском на адаптивні механізми психіки, а похідні обставини, такі як збільшення домашнього насилля під час локдауну, вимушене переселення осіб з територій ведення бойових дій, участь у бойових діях, пережиття наслідків техногенних катаклізмів війни, створюють загальний тривожний фон загрози, напруження, підвищуючи рівень стресу. Вплив вищезгаданих агресивних стресових чинників призводить до зниження захисних функцій психіки, що сприяє потенційному виникненню розладів психогенного характеру, таких як неврози, соматоформні чи афективні розлади, а також гострі реакції на тривало діючий стрес та посттравматичні стресові розлади.

Феномен психологічної травми тісно пов'язаний з поняттями стресу, дистресу, травматичної ситуації та психічних механізмів захисту. *Психотравмувальна ситуація* – це несприятливі обставини, зумовлені впливом природних,

соціальних, інформаційних, особистісних та інших чинників на людину, що супроводжуються зростанням психологічного напруження, створенням реальних чи інтерпретаційних загроз безпеці, здоров'ю, життю і порушенням механізмів адаптації психіки у життєдіяльності особистості.

Посібник з діагностики та статистики психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-V) визначає травму як експозицію до смерті чи загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) таких способів: 1) безпосереднє переживання травматичної події (подій); 2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; 3) знання того, що травматична подія (події) трапилися з членами сім'ї чи близьким другом – у випадку смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другу, якщо ця подія (події) була насильницькою та непередбачуваною; 4) переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події (подій) [2]. У відповідь на таку експозицію центральна та вегетативна нервові системи особи дають бурхливу нейроендокринну, моторну та емоційну відповідь, котру прийнято вважати **стресом** – неспецифічною реакцією організму на різкий, неочікуваний та інтенсивний подразник

(ПТС), що активує адаптивні механізми людини. Натомість дистрес є таким станом, при якому інтенсивність чи пролонгованість травмувальних ситуацій (інтенсивність чи тривалість експозиції до ПТС) не дозволяють психіці адаптуватися, виснажуючи ментальний і соматичний ресурс, що узаasadнюють формування психічної травми.

Вочевидь більшість людей, стикаючись із разовою стресогенною ситуацією, мають достатньо внутрішнього ресурсу, щоб з часом відновитися і повернутися до звичного повсякденного життя. Тому травматичну ситуацію не варто ототожнювати з поняттям травми, зберігаючи розуміння кореляції між ними. Реактивна відповідь особистості на різні травмувальні ситуації варіює у широкому діапазоні клінічної симптоматики. Результати міжнародних досліджень показують, що наслідки психічної травми можуть виявлятися як посттравматичний стресовий розлад, зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами, підвищена тривога, знижена соціалізація та афективні розлади. Зокрема, Д. Бріер та К. Скотт [6] систематизують психогенні наслідки травми таким чином:

I. Порушення, пов'язані з депресією, у тому числі й ускладнена чи травматична реакція горя, великий депресивний розлад, психотична депресія.

II. Порушення, пов'язані з тривогою, зокрема генералізована тривога, панічні атаки, фобійна тривога.

III. Стресові розлади, а саме посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад (ГСР), дисоціація.

IV. Соматичні симптоми та пов'язані з ними розлади – розлад із соматичними симптомами, конверсія.

V. Психози, зокрема короткий психотичний розлад з очевидним стресором (короткий реактивний психоз), шизофренія (до слова, до останнього часу вважалось, що даний розлад не має травматичної етіології, але дослідження свідчать, що до 50% осіб з таким діагнозом мають історію скривдження чи сексуального насильства в дитинстві; припускається, що «принаймні деякі особи, які зрештою демонструють симптоми шизофренії, мають таку симптоматику через генетичну схильність, котра активується внаслідок стресового впливу дитячої травми» [6, с. 66].

VI. Розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин.

Названі автори виділяють також групу ускладнених посттравматичних проявів, серед яких є ускладнений ГПСР та пограничний розлад особистості.

Війна в Україні актуалізувала проблему медикаментозного та психотерапевтичного лікування наслідків психологічної травми і травматичного досвіду, а також загострила потребу розробки та дослідження комплексного підходу до реабілітації воїнів АТО, волонтерів, журналістів, цивільних громадян, котрі зазнали впливу травмогенних ситуацій і подій. Слід розуміти, що війна є психосоціальною травмою в усіх зазначених вище чотирьох аспектах, а відтак і своєрідною «тотальною травмою».

Орієнтуючись на ці актуальні потреби, ГО «МІТЕЦ» та ГО «Львівський психоаналітичний інститут ментального здоров'я» реалізували інноваційний мистецько-психотерапевтичний реабілітаційний проєкт для ветеранів АТО/ООС, колишніх в'язнів «ДНР/ЛНР», а також членів їхніх родин «МІТЕЦ. Арт-реабілітаційний простір». Наш проєкт отримав фінансову підтримку від «Українського культурного фонду». Інтегративний принцип надання психологічної допомоги реалізований нами через поєднання мистецьких практик, яким учасники навчаються у провідних майстрів своєї галузі, та психодинамічно орієнтованої групової терапії. Мистецтво і психотерапія разом утворили осереддя, що розкривало свій терапевтичний потенціал під час реалізації проєкту.

Стан наукової розробки проблемної частини дослідження. Спираючись на біологічні та психічні особливості функціонування особистості, визначимо *травму* як реактивне утворення у структурі психіки, спричинене інтенсивним, афективно зарядженим, негативним, особистісно значущим досвідом, який перевершив ресурсний потенціал ментальних механізмів захисту та мав потужний деструктивний вплив на життя і функціонування людини.

Психічні травми є первинними і вторинними. Якщо первинна психотравма формується на підґрунті власного складного досвіду, то вторинна – через символічне проживання досвіду інших значущих людей чи через механізм емоційного зараження у близькому контакті з травмованою особою. При діагностиці психогенних травматичних впливів різних чинників, що виникають за складних життєвих

обставин, важливо розрізняти непатологічні психоемоційні реакції на стрес і психогенії, себто психопатологічні стани. При перших характерною є психічна реакція, адекватна зовнішнім умовам, пряма залежність її інтенсивності та тривалості від стимульних подразників і, як правило, невелика тривалість, поступове згасання і повернення людини до звичного способу життя. При непатологічних реакціях здебільшого зберігається працездатність, інколи знижена чи часткова можливість спілкування з оточенням і критичний аналіз своєї поведінки потерпілим від травми. В цілому нормативними психоемоційними реакціями людини, котра опинилася в ситуації, яку інтерпретує як катастрофічну, будуть почуття тривоги, страху, пригніченості, бажання зв'язатися з рідними і близькими, прояснити й оцінити ситуацію. Можуть спостерігатися фізіологічні реакції, такі як задуха, психогенний тремор, ажитація, або ж – завмирання чи бажання знайти безпечне місце, звернутися по допомогу, не втрачаючи при цьому критичного ставлення до обставин. У психологічній літературі такі реакції позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції тощо. Як свідчить досвід, чим довшим буде вплив травматичної ситуації, тим менше внутрішнього ресурсу залишається для опрацювання цього досвіду і виходу в нормативне русло життєфункціонування, а перспектива розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), навпаки, зростатиме [1; 3; 4; 5].

Дослідження та опитування, які проводяться в Україні та за кордоном, показують, що близько 60-65% людей, принаймні хоча б раз в житті, опинилися в кризовій ситуації, яку слушно вважати травмогенною, але більшість змогла впоратися з наслідками самостійно чи за допомогою сім'ї та близьких. Своєчасно надана медико-психологічна допомога знижує частку розладів адаптації у постраждалих осіб з 20% до 3-5%. Останні розвідки засвідчують, що люди, які пережили складні травматичні події, проте мали підтримку і прийняття від близьких осіб, змогли відновитися і в подальшому не демонстрували симптоматику ПТСР [8; 11].

Надзвичайно важливим є той факт, що надана таким особам нефахова підтримка не передбачала розпитування про травму і повторного занурення потерпілого у ці спогади, що дозволило їм уникнути ретравматизації та посилення флеш-беків (мимовільних яскравих

спогадів травматичної події). Ефективність такої стратегії пояснюється важливою роллю мозкових структур і механізмів пам'яті у процесі формування психічної травми. Якщо пережитий фізичний та емоційний травматичний досвід не інкорпорується в імпліцитну пам'ять, то це попереджує формування тривожних розладів. Іншими словами, якщо травматичний досвід з короткостроковою пам'яті, яка є обмеженою у часі, не переходить у довгострокову пам'ять, це дозволяє зберегти цілісність психіки і не повертатися до цього досвіду як до повторного проживання [6].

Сучасні нейроендокринні дослідження розкривають усю складність фізіологічних процесів, які є важливими для розуміння виникнення, фіксації та підтримування ментального існування травми. Зазвичай наш стресовий досвід проходить шлях від сенсорної кори головного мозку через лімбічну систему (мигдалина, таламус, гіпокамп) до префронтальної кори. Мигдалина – це частина лімбічної системи, до якої надходить емоційно забарвлена інформація, в тому числі пов'язана з небезпекою. А далі підключається префронтальна кора, де й відбувається більш точний аналіз інформації і, за потреби, гальмується сигнал «тривоги» від мигдалини. Таким чином раціоналізація тривоги через когнітивне осмислення у префронтальній корі знижує її інтенсивність. Також важливу роль у цій системі відіграє гіпокамп, який забезпечує обробку інформації, зокрема «записування» досвіду в пам'ять, і має функцію переведення короткострокової пам'яті у довгострокову. Але при інтенсивних стресових ситуаціях, коли немає можливості задіяти раціоналізацію, а інтенсивність подразників тільки зростає, для виживання організму мигдалина постійно працює на максимум, генеруючи потужну тривогу і залишається надчутливою ще якийсь час після завершення кризової ситуації [1; 7].

У момент проживання травми долучається ще й ендокринна система, а саме адреналокортизоловий її компонент, посилено генеруючи гормон кортизол, який приводить організм людини у стан готовності до реагування, до прикладу, втечі чи боротьби. Функція ж гіпокампа в таких умовах знижується, що уможливорює потрапляння травматичної інформації у довгострокову й імпліцитну пам'ять, що й підвищує ризик виникнення ПТСР. Тому важливим компонентом реабілітації людей, які пройшли через кризові ситуації, є створення

умов, де вони б могли відновити відчуття власної безпеки і зуміли наново «підключити» префронтальну зону кори до проживання травматичної ситуації. Як зазначають Д. Біер, К. Скотт, «окрім когнітивного опрацювання травматичних спогадів, терапія може забезпечити їхнє ширше значення та контекст». Окрім того, автори підкреслюють, що таке творення нарративу (зв'язної розповіді) про травматичний досвід прямо корелює із зменшенням інтенсивності та частоти посттравматичних симптомів [6, с. 173].

Враховуючи вищезгадане, важливою темою для фахівців з питань психічного здоров'я є розробка *ефективної методології психотерапії травми та ПТСР*. Для більш глибокого розуміння ідеї нашого проекту доречно коротко висвітлити основні методи роботи з травмою [1; 10; 12].

Одним з найдієвіших напрямків психотерапії травми, що спирається на наукову доказовість, вважається **когнітивно-поведінкова терапія** (КПТ). Базовим її *принципом* є формування та посилення критичного мислення й освоєння важливих навичок, які підвищують самоконтроль та саморегуляцію особистості й фундаментуються на навчанні та розумінні взаємозв'язку стимулу і реакції на нього. Так формується можливість раціоналізувати тривогу та освоїти техніки переключення уваги з поступовим закріпленням отриманого результату. Пацієнт у ході КПТ травми повинен регулярно виявляти свої негативні автоматичні думки, знаходити зв'язок між знаннями, афектами і поведінкою, віднаходити аргументи «за» і «проти» цих автоматичних думок, шукати реалістичніші інтерпретації для них, виявляти і змінювати дезорганізуючі переконання, котрі спотворюють навички і досвід.

На нинішній день розроблено цілий *спектр спеціалізованих методів роботи з травмою* та її наслідками: травмофокусована терапія, метод десенсибілізації травматичного досвіду із застосуванням руху очей, за Ф. Шапіро (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), соматично зорієнтована психотерапія травми П. Левіна, психотерапія методом дебрифінгу в часовому проміжку відразу після пережитої травми, активізація «долаючого переживання», травмофокус-терапія Т. Вебера, Brainspotting-терапія (BSP, David Grand) [4; 5; 6].

Дієвим підходом до психологічного лікування віддалених наслідків травми є **психо-**

динамічно зорієнтована психотерапія, головну мету якої визначають як допомогу людині у розумінні її внутрішньої динаміки, прихованих причин появи травматичних реакцій, а також пошук шляхів вирішення позасвідомого конфлікту, посиленого травматичним досвідом. Так, при роботі з ПТСР часто розглядається конфлікт між неспівпадінням власних цінностей людини, її картини світу та оточуючої дійсності травмогенної ситуації. У цьому підході важливим є дослідження системи цінностей і потреб особи і того, як поведінка і досвід травмувальної ситуації порушили їх, вирішення виниклих у зв'язку з цим свідомих і несвідомих конфліктів, переведення руйнівної енергії у творчу в атмосфері розуміння, прийняття та емоційного комфорту.

Психодинамічне розуміння та лікування травми спирається на поняття *механізмів захисту* [4; 5]. Як зазначалося, посттравматичні розлади виникають тоді, коли психічні механізми захисту не справляються з надмірною стимуляцією. Зараз можемо додати, що під тиском афективно зарядженого внутрішнього конфлікту, ядром якого є травма, актуалізовані механізми захисту деформуються, а домінувати починають незрілі. Власне тому травматичні ситуації часто провокують *регрес психічного функціонування*. Доросла, раніше добре адаптована й урівноважена, людина після травми стає недовірливою, настороженою, лякливою, емоційно лабільною, пасивною або, навпаки, надмірно імпульсивною і готовою до агресивних відгуків на поточні ситуації повсякдення. У результаті регресії вона ніби втрачає здатність справлятися зі звичайним набором життєвських завдань, які раніше були просто рутинними: ходити на роботу, турбуватися про близьких, виконувати щоденні побутові обов'язки.

Окрім регресії, травма запускає в дію механізми психічної «нейтралізації» екстремального досвіду: дисоціацію, розщеплення, заперечення реальності. У підсумку цілий пласт емоцій та тілесно-чуттєвих досвідів стає відчуженим, віддаленим, ніби не справжнім («як у кіно», «ніби спостерігаю за собою збоку»). Це оберігає психіку в момент травматизації, але надалі, якщо не вистачає ресурсу для відновлення цілісності, то таке розщеплення об'єктів – себе і зовнішнього середовища – зберігається. Таким чином світ стає, з одного боку, «сірим», чужим, віддаленим у сприйнятті, але контрастним і полярним у розумінні

та когнітивній оцінці. Виникають та закріплюються ригідні уявлення про «безумовно правильних» й «абсолютно поганих» людей, ситуації, стосунки, комунікації. Відповідно до цього стосунки з іншими вибудовуються з позицій «свій – чужий», «хороший – поганий», «чорне – біле», втрачаються перехідні зони і можливість розгледіти напівтони.

Спогад про будь-яку травму задля захисту психічної структури від розпаду буде «обростати панцирем» психічних захистів, у результаті чого багато інтенсивних і складних емоцій, до прикладу, страх чи гнів, відщеплюються й не можуть бути опрацьовані та прожиті, переповнюючи людину зсередини. Відтак для психічного самозбереження ці потужні почуття мають бути евакуйовані у зовнішні «погані об'єкти» через розігрування травматичної ситуації, або через дію механізму проєкції. Інакше кажучи, буря негативних емоцій, котрі проживаються всередині, починають сприйматися як такі, що походять від іншої людини. Це ж саме буде відбуватися і в контакті пацієнта з психотерапевтом як в індивідуальному, так і в груповому сетингу. Потужність захистів, які обслуговують цей процес, ускладнює можливість раціоналізації і вербальної символізації, що призводить до посилення проєктивної агресії і спроби зруйнувати «ненависний об'єкт», тобто терапевта і саму психотерапію.

Принципово важливим, повновагомим механізмом захисту, який ефективно допомагає справлятися із внутрішнім напруженням, є *сублімація*. Її особливість полягає в тому, що внутрішні деструктивні переживання опрацьовуються особою через символічні дії, часто неусвідомлені. Найкращим та багатограним прикладом цього захисту є мистецтво. Переживання, які з причин внутрішнього конфлікту не можуть бути до кінця усвідомлені, знаходять вихід через дії різного характеру, скажімо, написання текстів, гру на музичних інструментах чи живопис. Важливий результат такого акту – творення певного об'єкта, до прикладу картини, який пацієнт може пізніше осмислити – проговорити, пофантазувати, подумати чи здійснити іншу ментальну дію, звертаючись уже тепер до більш дієвих захистів. Мистецький артефакт є тим окремим чи перехідним об'єктом, який виконує роль контейнеру для нестерпних переживань.

Менш досконалим, аніж сублімація, але також помічним в опрацьованні травми, є *механізм відреагування* – переспрямування

енергії афекту в буквальну фізичну дію (спорт, поточна діяльність). Він дає змогу розрядити внутрішнє напруження, але не дозволяє символізувати переживання. Підвищення почуття радості і полегшення при відреагуванні має змінитися відчуттям спустошення, опрацьовуючи яке, особа починає зцілювати саму психотравму. Тому без дискомфортних, болісних, депресивних етапів у здоланні травматичного досвіду тут не обійтись. Отже, сама природа травми постає «вибухонебезпечною» не тільки в момент входження клієнта/пацієнта в терапію, а й протягом всього часу її тривання. Спроби атакувати психотерапевта чи зруйнувати терапевтичний процес з боку носія травматичного досвіду є неусвідомлюваними, але цілком очікуваними і психологічно зрозумілими.

Мета дослідження сутнісно полягає у розробленні та реалізації психотерапевтично-реабілітаційного проєкту, в якому відбудеться інтеграція ресурсу мистецтва як акту сублімації і психодинамічної терапевтичної групи як контейнера для переживань та інсайтів учасників. Комбінуючи ці два шляхи безпечного потрапляння позасвідомих почуттів у свідомість, сподіваємося знайти більш конструктивний спосіб використання потенційного ресурсу особистості для подолання наслідків психологічної травми. Вже із самого початку роботи зрозуміло, що успіх проєкту перебуває у площині співпраці митців і психотерапевтів, які мають доповнювати один одного, опрацьовуючи постійно присутнє розщеплення, ідеалізацію одних та знецінення інших «надавачів послуг» учасниками. Здорове партнерство, регулярна комунікація, усвідомлене ставлення організаторів до особливостей спільного мистецько-терапевтичного процесу спричиняють цілісність та ефективність психотерапевтичного циклу.

Об'єктом вивчення є *психотерапевтичний простір*, створений спільно психотерапевтами та митцями, у якому учасники проєкту (особи з досвідом пережиття важкої психічної травми) матимуть змогу опрацювати власні травматичні переживання та зцілити душевні рани.

Предмет дослідження становлять структурні одиниці (психотерапевтичні, мистецькі та соціально-реабілітаційні компоненти) психотерапевтичного простору, особливості протікання психотерапевтичного процесу в створеному та сконструйованому часопросторі, труднощі його реального здійснення і стратегії їх подолання.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн проекту. Учасниками проекту стали ветерани АТО, волонтери, полонені, члени сімей військовослужбовців, професійні митці, психологи, психіатри та психотерапевти, розробники та адміністрація проекту, громадські організації, що задумали та втілили цей проект, благодійний фонд, котрий виділив фінансування та контролював його цільове використання, журналісти, котрі висвітлюючи хід виконання завдань проекту в ЗМІ, оприлюднюють його в інформаційному просторі суспільства.

Автор та розробник проекту – Наталія Катериненко.

Керівники психотерапевтичної складової проекту – Юлія Мединська, Сергій Якушик.

Супервізори проекту – проф. Олександр Фільц, Олег Березюк.

Художники проекту – Сергій Захаров та Дмитро Коломойцев.

Психотерапевти – Володимир Погорілий, Лариса Єнько, Євгенія Граб, Катерина Баган.

Проведені активні заходи в рамках проекту:

– 20 первинних інтерв'ю для відбору учасників (виконавці лікарі-психіатри Сергій Кирилюк та Роксоляна Федець);

– 9 майстер-класів: живопис (Олексій Аполлонов), фотографія (Валерій Мілосердов), графіка (Катерина Свіргуненко), колаж (Олександр Ляпін), саунд-арт (Богдан Мороз), перформативний танок (Альона Мамай, Ольга Бойко, Ірина Кротевич), ленд-арт (Сергій Якунін), кераміка (Олександр Міловзоров, підсумковий майстер-клас – виставка робіт (Сергій Захаров);

– 16 психотерапевтичних динамічних груп;

– 9 супервізій психотерапевтичного процесу в проекті;

– 3 організаційні зустрічі адміністраторів та психотерапевтів проекту.

Хід реалізації проекту та його організаційна історія. Підготовчим і надзвичайно важливим етапом проекту був попередній відбір учасників. Кожен, хто зацікавився можливістю участі у проекті, був запрошений на спеціальну бесіду (первинне інтерв'ю), котра мала ознайомче призначення та діагностичну мету. Лікарі-психіатри та психотерапевти зустрілися з кожним потенційним учасником у форматі онлайн, щоб прояснити, наскільки корисною та доречною для конк-

ретної особи буде участь у проекті. Розуміючи ризики, які виникають в арттерапевтичному просторі для людей із психічною травмою в анамнезі, було зосереджено увагу на тому, щоб відібрати тих учасників, котрі на момент інтерв'ю мали достатньо стабільний психічний і психодушевний стани. Адже занурення у мистецький простір, спонтанність у ситуації безпеки та прийняття з подальшим обговоренням вражень та відчуттів, які мали відбуватися під час цієї мандрівки, могли спровокувати активізацію травматичних спогадів і погіршення самопочуття учасників.

За результатами первинних інтерв'ю було відібрано 17 учасників, а тим потенційним учасникам, чий психічний та психодушевний стан вимагав іншої форми стабілізації та корекції, було рекомендовано не долучатися до проекту. Таким потенційним учасникам рекомендувалося інші форми отримання психологічної, психотерапевтичної чи психіатричної допомоги.

Після формування групи, відповідно до первинного задуму проекту, митцями з різних галузей творчості було проведено дев'ять майстер-класів. При цьому серйозною трудностю, на яку не було жодного впливу, стали карантинні обмеження через COVID-19, які то посилювалися, то послаблювалися за час проекту. Це вплинуло на ритмічність і графік проведення майстер-класів та на роботу психотерапевтичних груп. На жаль, формат онлайн не пасував ані для майстер-класів, ані для груп. Митці мали свої причини не працювати в режимі онлайн. Що стосується психотерапевтичної групи, то при такому складі учасників, за умов малого знайомства і за такої житейської констеляції, в яку потрапили учасники, робота онлайн могла або нашкочити, або просто не відбутися.

Ще одна, цілком передбачувана і мало доступна впливу прикра ситуація – це вихід учасників з проекту та приєднання нових людей. Як свідчить наш досвід, при проведенні терапевтичних груп і навчальних тренінгів завжди є відсоток людей, котрі навіть при найвищій мотивації стикаються з бажанням припинити участь у роботі групи. Так сталося і у цьому проекті. Цей природний процес відсіювання учасників потребував і психологічного опрацювання, і введення нових учасників відповідно до вимог організаційної рамки. Про труднощі поєднання організаційних вимог проекту і потреб психотерапевтичного процесу буде йтися нижче.

Хід реалізації проєкту та його психодинамічна історія. Травма – це досвід несподіваного розриву психічної тяглості, неперервності, розбивання цілісної системи, яка до моменту травми перебувала в динамічній рівновазі, це ситуація проникнення нестерпного досвіду всередину психіки та її суто захисна фрагментація. Свідченням цього є нестримний афективно-чуттєвий заряд травми, що розряджався у психотерапевтичний простір з величезною силою.

Відразу зауважимо, що групова психотерапевтична робота з травмою не планувалася в жодному разі. Було зрозуміло, що це не той формат, не та кількість груп, не та стабільність терапевтичного процесу, які могли би стати адекватним місцем опрацювання власне психотравматичного досвіду. Вочевидь психоаналітична, психодинамічно зорієнтована групова психотерапія є потужним інструментом дослідження позасвідомих процесів та їхніх явних проявів у взаємодії учасників. Власне тому одним із ключових завдань психотерапевтичної частини проєкту було вивчення феноменології динаміки посттравматичних станів і відгуку носіїв такого досвіду на психотерапевтичні втручання. Отож психодинамічний інструмент дав нам унікальний доступ до проникнення свідомості у глибинні неусвідомлювані процеси, котрі достеменно не пізнані станом на нинішній день, але котрі мають важливе значення для соціуму та кожної особистості зокрема. Відтак, за нашим задумом, під час такої групової роботи мало відбуватися осмислення кожним учасником вражень і переживань, які виникали у процесі мистецьких майстер-класів, а також здійснитися вербалізація їхнього досвіду, попередньо вираженого в образах, матеріалах, кольорах, рухах, мелодіях, взаємодіях. Застосовуючи вказаний психотерапевтичний інструмент, фахівці зіткнулися із величезною силою дії на особу її травматичного досвіду, котра ускладнювала можливість повноцінно реалізувати задумане.

Осмислити психологічну динаміку проєкту можемо, спираючись на концепцію групового процесу З. Фукса, згідно з якою генеральною метою кожної психотерапевтичної групи є *створення матриці групової культури*, що через актуалізацію системи перенесень синтезує в єдиний кодекс правил, традицій, умов і рамок, за якого група починає функціонувати як психотерапевтичний інструмент [9]. Іншими словами, в групі діє як доцентрова сила творення спільного консенсусу і контексту, так і

відцентрова – позасвідомі тенденції учасників випробовувати правила на дієвість.

Даний проєкт засвідчив народження групової матриці у процесі зіткнення двох культур – стану війни і повсякдення мирного часу (головно психоаналітично зорієнтованої психотерапії як абсолютно невоєвничої практики). Два світи – війна і мир – мали зустрітися і створити спільний перехідний простір, що вимагало від усіх сторін гнучкості, здатності до компромісу, але одночасно й твердості та здатності витримувати коливання у полі ідентичності – особистісної і професійної. Пропонований проєкт наочно уприсутнив універсальну тему індивідуального та соціального розвитку, а саме колізію двох культур, їхнє зіткнення, взаємопроникнення і взаємовплив, болісне народження спільного сенсу в конфлікті та протистоянні, у взаємному випробуванні на міцність і людяність. Досвід показав, що єдиним шансом для опрацювання таких переживань є творення перехідного простору – безпечного, приймаючого, підтримуючого й толерантного до інакшости, у якому можна чути один одного та конструювати нові культурні змісли.

Підкреслимо, що учасники були поінформовані, що групи є частиною проєкту, а ведучі групи попередньо обговорили із супервізором труднощі роботи із травмованими учасниками, хоча і для одних, і для других, досвід знайомства став раптовим, різким, переважно травмувальним. Атмосфера групової ситуації була схожа до військових дій: вимоги сторін непримиримі та неспівставні, компроміс неможливий – перемога або смерть. Учасники очікували на завдання, вправи, чітко структурований психологічний тренінг, а ведучі були налаштовані на вільне обговорення вражень і думок. Однак це не поєднані режими роботи: вільна, строго не тематизована дискусія і запит на чітке структурування психотерапевтичного поля. Учасники сміливо та обурено обстоювали свої права, а психотерапевти були розгубленими, оскільки принесли цій групі щось найкраще, що мали як фахівці, – свободу, творчість у мовленні й у взаємодії, а це виявилось чимось жахаючим і неприйнятним для співучасників.

Із перебігом виконання проєкту розщеплення у сприйманні учасниками змістового наповнення співпраці посилювалося: мистецькі майстер-класи сприймалися як територія релаксації, радості, щасливого відпочинку від турбот і проблем. Натомість атмосфера психо-

терапевтичних груп переживалася як місце, де на кожного очікує «холодний душ» реальності – панування смутку, злості, тривоги. Ніхто не хотів стикатися із цією частиною реальності. І хоча терапевти всіляко намагалися донести до учасників, що смуток та біль, виражений словами, – це частина нашого повсякдення, невід’ємний досвід психічного життя, який і дає повноту екзистенції, робить картину світу об’ємною та збалансованою, однак учасники не могли погодитися з такими ідеями і наративами. Загалом долання цього розщеплення відбувалося на кількох рівнях:

а) участь групових котреапевтів у мистецьких майстер-класах спочатку як спостерігачів, потім як учасників, що дозволяло у режимі реальної взаємодії долати фрагментацію та розщеплення між терапевтами, учасниками і ведучими майстер-класів;

б) групова супервізія, де колеги-супервізори допомагали психотерапевтам витримувати й осмислювати цей тиск знецінення і конфронтації, зберігати терапевтичну позицію, шукати інструменти взаємодії з групою, які могли би бути помічними у цій ситуації протистояння;

в) адміністративні збори, на яких супервізор спілкувався із працівниками проєкту, контейнеруючи їхні тривоги та сумніви, пояснюючи особливості психологічних процесів, котрі запускаються у психотерапії і залежні як від досвіду учасників, так і від терапевтичної позиції психотерапевтів, яку втримати на межі позитивного нейтралітету було надзвичайно важко;

г) індивідуальне спілкування керівників та адміністраторів проєкту між собою та з окремими учасниками, котрі, будучи переповнені емоціями, зверталися до працівників із проханням вплинути на ситуацію; й у цих бесідах також потрібно було витримати розщеплення і допомогти керівникам та адміністраторам не піддаватися тиску і не йти за бажанням групи виключно у поле релаксації та насолоди.

Психотерапевтична група тим часом шукала способи, як справлятися із тривогою та невдоволенням. І здебільшого знаходила конструктивний шлях – замислювала власну мистецьку акцію поза межами проєкту. Це об’єднувало учасників, приносило відчуття єдиної мети та можливості організувати свою взаємодію навколо спільної справи. З психотерапевтичного погляду, це відреагування, втеча від роздумів у діяльність. Але, враховуючи психологічні особливості людей із психічною травмою в анамнезі, вважаємо такий вихід

групи вельми конструктивним і здоровим. Група з архаїчної позиції «боротьби та втечі» переходила у стан «робочої групи» (за В. Біоном). Щоправда, за задумом проєкту «робочою метою» психотерапевтичної групи є рефлексія та обговорення, а не організація і реалізація проєктних продуктів. Але така мета не пасувала групі, тому вона переважно конструювала власну. Окрім задуманого групою мистецького фестивалю за межами проєкту, в його форматі закономірно народжувалися додаткові мистецькі акції: виставки, концерти, спільні активності. На нашу думку, так працював здоровий, нетравмований потенціал усіх учасників і групи в цілому. Величезна повага до сили людського духу, подив щодо здорового потенціалу персоніфікованої психіки, радість за учасників виникали, коли вдалося спостерігати перебіг цих творчих процесів.

Тим часом «бойові дії» у роботі створеної нами групи драматично розгорталися і на полі нормативних положень: учасники не дотримувалися стандартних правил, за якими звично працюють психотерапевтичні групи. Психотерапевтам-психоаналітикам залишалося зберігати власне психодинамічне бачення винятково у просторі внутрішнього монологу та супервізійного обговорення. Зрештою, це був один із основних настановчих меседжів від організаторів психотерапевтичної складової проєкту до практикуючих психотерапевтів: залишайтеся психоаналітиками всередині, для себе, на рівні мислення і проживання, натомість дійте відповідно до потреб і процесів, які спричиняє психотравма. А це означало м’якшу, більш дієву позицію, витримування моментів, коли головна «психотерапевтична святиня» – с е т и н г – була скинута в болото та потоптана. Безперечно, це складний виклик, тому що сетинг є гарантією безпеки, і група наших учасників, котра, як ніяка інша, потребувала безпечних рамок, розхитувала, атакувала й нищила задекларовані умови роботи.

Наступним етапом опрацювання розщеплення стало його привнесення у саму групу, коли учасники звернули свої деструктивні імпульси одні на одних. Найгострішим моментом став майстер-клас на виїзді, під час якого психотерапевтична група функціонувала у дуже специфічному стилі. Вона розмежувалась на три підгрупи: дві жіночі та одну чоловічу, котрі не брали одночасної участі у роботі з психотерапевтами. Жіночі підгрупи почергово приходили до психотерапевтів у час спланованої роботи групи. А чоловічий гурт зайняв мовчазну

і відсторонену позицію, повністю відмовившись од співпраці у форматі групових зустрічей.

Психотерапія – не насильство, адже не можна нікого змусити до участі в групі, навіть якщо вона є невід’ємною частиною проекту. Де-факто, учасники відмовилися дотримуватися базового контракту. А на рівні психодинамічної сцени це стало втіленням контексту воєнного конфлікту України та Росії: є домовленості, є кордони, залучено сторонніх спостерігачів і модераторів конфлікту, але одна зі сторін не виконує умови контракту. І ніхто не має на це впливу. Безсилля та безпорадність чекає на ту сторону, яка готова дотримуватися рамок. Деструктивний тріумф є воєнним трофеєм сторони, яка ігнорує домовленості.

Водночас майстер-клас на виїзді став переломним для нашого розуміння динаміки групового процесу. З’ясувалося, що психотерапевтична група – це більше, аніж власне група учасників, яка стається у чітко відведений час. Великою групою став увесь цикл зреалізування проекту, всі взаємодії, всі комунікації, всі особи, задіяні у його втіленні. Звідси постала тактика осмислення циклу: як конгломерат групових процесів, що перетинаються, накладаються, суперечать, притягаються та відштовхуються, але спільно творять єдину тканину психологічної взаємодії. І ця тканина відчуває на собі величезний фрагментувальний тиск травми. До звичайних, нормотипових для групової психотерапії процесів розщеплення та фрагментації додається потужна течія травматичної руйнації, відреагування всіх обставин, у тому числі й соціально-економічних, політичних, що були контекстом для реальної життєвої травми всіх, хто тим чи іншим способом доторкнувся до війни. Для нас стало очевидним, що супроводжувати та осмислювати цей циклічний процес слід цілісно та довершено.

Спираючись на цей інсайт, психотерапевтичне бачення сетингу та групової динаміки змінилося. Сетинг становить не рамки конкретної групи, а весь проект загалом. Динаміка тут є драматичною, взаємодія у великій групі за рамкових умов (розклад майстер-класів, тривалість, регулярність, реалізація додаткових активностей тощо) хиталися, розпадалися, розтягувалися і стискалися через COVID-19, локдаун та інші об’єктивні обставини, але витримали: проект відбувся, все заплановане було реалізовано, більше того, було втілено у життя додаткові міні-проекти, які народилися в атмосфері базового задуму програми дій. Тому наше спільне надзавдання вважаємо виконаним.

ВИСНОВКИ

Досвід здійснення інноваційного мистецько-психотерапевтичного реабілітаційного проекту для ветеранів АТО/ООС, колишніх в’язнів «ДНР/ЛНР», а також членів їхніх родин, дає змогу сформулювати рекомендації стосовно організації подібних арт-реабілітаційних проектів з подолання особою наслідків власної психічної травми:

1. Теоретичним та методичним фундаментом у професійному проведенні подібних проектів є: а) психіатричне, нейрофізіологічне, ендокринологічне та психологічне розуміння психічної травми, її короткострокових і віддалених впливів на фізичне та психодуховне функціонування особистості; б) теорія і практика групової психотерапії, знання закономірностей психодинамічних процесів у групах, зокрема теоретичні та емпіричні дані стосовно життєдіяльності великих психотерапевтичних груп, а також функціонування груп, сформованих з учасників, котрі перенесли психічну травму; в) теорія і психотехніки арт-терапії; г) теорія і практика супервізійного супроводу психотерапевтичних проектів та у їхніх рамках клієнтських груп.

2. Психодинамічні закономірності індивідуального та групового позасвідомого функціонування з неухильністю запускають мегапроцес, у результаті якого весь проект, разом зі всіма його учасниками (організатори, адміністрація, керівники, залучені зовнішні спостерігачі) з часом починає функціонувати як *єдина велика психотерапевтична група*. Тому ефективний менеджмент і реалізація психотерапевтичних завдань такого проекту вимагає, щоб всі процеси розглядалися та осмислювалися крізь призму групової динаміки, навіть якщо вони відбувалися поза межах малої психотерапевтичної групи. Це умова *sine qua non*, виконання якої дозволяє якісно опрацювати і систематично долати неunikненні розщеплення та прояви відцентрових сил, які діють у групових матрицях.

3. «Золоте правило» психодинамічно зорієнтованої психотерапії в інтегративних арт-психотерапевтичних проектах психотерапії травми слушно сформулювати таким чином: *психоаналіз усередині, максимальна гнучкість назовні*. Йдеться про свідомий, планомірний, контрольований відхід психотерапевтів від строгого психоаналітичного сетингу, для якого притаманна доброзичлива нейтральність, спокійне емоційне задіяння та жорстке дотри-

мання рамок у бік більшої підтримки, афективної прозорості, сетингової гнучкості психотерапевтів. Натомість «усередині» – у спостереженні, роздумах, осмисленні психодинамічної реальності – психотерапевти залишаються чітко в межах психоаналітичної теорії та методології. Це дозволяє зберігати міцний фундамент психодинамічного розуміння процесів і феноменів, апріорі сконструйованих НЕ як психодинамічні, а як такі, що спонтанно розгортаються за своїми довільними траєкторіями у часі та просторі проекту.

4. Рекомендованою є значна частка просвітницької роботи на початку та в ході реалізації проекту, яка здатна створити психологічну «подушку безпеки», що дозволить більш м'яко увійти всім учасникам у ситуацію «зіткнення психокультур», максимально конструктивно розпочати процес пошуку компромісів і креативно створювати перехідний психотерапевтичний простір.

5. Подібні проекти вельми точно інсталиють загальнокультурні тенденції, що домінують у суспільстві, їх можна бачити у переломленні індивідуальних доль, поточних проектних ситуацій, мистецьких об'єктів, створених під час реалізації проекту. Ця спонтанна інсталяція є надзвичайно важливим матеріалом, яким психотерапевти можуть ділитися з учасниками проекту задля наповнення конструктивним змістом спільного перехідного простору.

6. Генеральна мета подібних проектів – конструктивна співпраця, інтеграція різних, почасти вкрай суперечливих, світоглядних підходів, подолання розщеплення в групі та у проекті в цілому, узгодження і зміцнення спільних цінностей, правил і традицій, що й уможливує виконання головної психотерапевтичної ролі. Фактично йдеться про створення так званого «перехідного простору», за Д. Віннікотом, – *простору творчої гри*, де у безпечній атмосфері спроможні поєднатися та скомпонуватися в єдину матрицю взаємодії різноспрямовані, суперечливі, інколи діаметрально протилежні, настанови та цінності, що стає потужним поштовхом для психокультурного розвитку та зцілення особистості.

Отож, досвід проведення мистецько-психотерапевтичного реабілітаційного проекту для ветеранів АТО/ООС, колишніх в'язнів, які перебували в полоні на території так званих ДНР та ЛНР, а також членів їхніх родин, дав надзвичайно цінні результати щодо психодинаміки і самого перебігу процесу лікування наслідків особистої психічної травми. Ці результати потребують подальшого осмислення, хоча вже є серйозною емпіричною базою для розвитку *психодинамічної психотерапії травми* та осмислення групових соціальних процесів суспільства, втягнутого у війну та змушеного відновлювати рівновагу власними ресурсами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Брієр Д., Скотт К. Основи травмафокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
2. Євсюков О.П., Садковий В.П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. Вип. 7. С. 121-129.
3. Левін П. Зцілення від травми. Київ: Вид. Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
4. Світлична Н.О. Вплив психологічної травми на психологічне здоров'я працівників ДСНС України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. 6 (37).
5. Соченко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2017. 2. № 4.
6. Травматичні події: психологічна підтримка та самопомога. Довідник Ради Європи. 2022. URL: [http://1680a765d4\(soe.int\)](http://1680a765d4(soe.int)). Дата звернення 18.03.2024.
7. Туринна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
8. Basic Understanding of Trauma: Theories of Understanding How Trauma Travels through the Mind and Body by Gerald Kiesman. Victoria, BC: G. Kiesman. (RC 552P67K543 2007)
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013.
10. Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States: Phenomenology, Diagnosis, and Measurement by John Briere. Washington, DC: American Psychological Association. (RC 552 P67 B75 2004)
11. Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy of a Patient With PTSD in a Veterans Affairs Setting Fredric N. Busch, M.D., Nicole Nehrig, Ph.D., Barbara Milrod, M.D
12. Victims of Cruelty: Somatic Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Paperback – November 22, 2000.

REFERENCES

1. Briier, D., Skott, K. (2015). *Osnovy travmofokusovanoi psykhoterapiyi* [Basics of trauma-focused psychotherapy]. Lviv: Svichado, 448 p. [In Ukrainian].
2. Yevsiukov, O.P., Sadkovyi, V.P. (2010). Spetsyfyka osobystykh zmin, shcho vidbuvaiutsya z liud'my, yaki perezhlyly psykhychnu travmu [Specifics of personal changes what happens to people, who have experienced mental trauma]. *Problemy ekstremal'noyi ta kryzovoyi psykholohii – Problems of extreme and crisis psychology*, 7, 121-129 [In Ukrainian].
3. Levin, P. (2022). Ztsilennia vid travm [Healing from injuries]. Kyiv: Vyd. Rostyslava Burlaky, 156 p. [In Ukrainian].
4. Svitlychna, N.O. (2013). Vplyv psykholohichnoyi travmy na psykholohichne zdorovia pratsivnykiv DSNS Ukrainy [The impact of psychological trauma on the psychological health of employees of the State Emergency Service of Ukraine]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu obrony Ukrainy – Herald of the National University Defense of Ukraine*. 6 (37) [In Ukrainian].
5. Sochenko, T., Habinska, A. (2017). Efektyvnist' psykhoterapiyi ta farmakoterapiyi v likuvanni PTSR u viiskovosluzhbovtziv i veteraniiv [Effectiveness of the psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of PTSR in military personnel and veterans]. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2, 4 [In Ukrainian].
6. Travmatychni podiyi: psykholohichna pidtrymka ta samodopomoha [Traumatic events: psychological support and self-help] (2022). *Dovidnyk Rady Yevropy – Directory of the Council of Europe*. URL: <http://1680a765d4> [In Ukrainian].
7. Turykina, O.L. (2017). *Psykholohiia travmuiuchykh*

sytuatsii: navch. posib. Dlia stud. vyshch. navch. zakl. [Psychology of traumatic situations: tutorial]. Kyiv: Vyd. dim "Personal", 160 p. [In Ukrainian].

8. Basic Understanding of Trauma: Theories of Understanding How Trauma Travels through the Mind and Body by Gerald Kiesman. Victoria, BC: G. Kiesman. (RC 552 P67 K543 2007) [In English].

9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013 [In English].

10. Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States: Phenomenology, Diagnosis, and Measurement by John Briere. Washington, DC: American Psychological Association. (RC 552 P67 B75 2004) [In English].

11. Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy of a Patient With PTSD in a Veterans Affairs Setting Fredric N. Busch, M.D., Nicole Nehrig, Ph.D., Barbara Milrod, M.D. [In English].

12. Victims of Cruelty: Somatic Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Paperback – November 22, 2000. [In English].

АНОТАЦІЯ

ФІЛЬЦ Олександр Орестович, МЕДИНСЬКА Юлія Ярославівна, ЯКУШИК Сергій Євгенович.

Комплексний підхід до подолання наслідків важкої психологічної травматизації дорослих.

У статті висвітлено досвід реалізації проекту арт-психотерапевтичної реабілітації ветеранів АТО, колишніх в'язнів, які перебували у полоні на території так званих ДНР та ЛНР, а також членів їхніх родин. Аргументовано теоретичні та методичні основи психотерапії психічної травми у вимірах різних психотерапевтичних напрямків, на основі чого розроблено концептуальну та оргдіяльнісну структуру довершеного проекту, створеного на методологічних засадах психодинамічної парадигми у поєднанні з арт-терапією. Реалізовано завдання виявлення закономірностей протікання психотерапевтичного мегапроцесу у сконструйованому та досліджуваному просторі, проаналізовано труднощі його здійснення і стратегії їх подолання. Обґрунтовано, що психологічні закономірності індивідуального та групового позасвідомого функціонування вмотивовано запускають цей мегапроцес, у результаті якого пропонується проект, разом зі всіма його учасниками, із часом починає діяти як єдина велика психотерапевтична група. Відтак забезпечення якості надання психотерапевтичної допомоги у такому форматі неможливе без *регулярної супервізії*, котра дозволяє психотерапевтам осмислювати свій досвід, екологічно проживати його травматичні складові, втримуватися в межах професійної позиції, а саме терплячого, доброзичливого та емпатичного супроводу процесу зцілення психічно враженої особи. Показано, що у подібних проєктах доречним є свідомий, планомірний, контрольований відхід психотерапевтів од жорсткого психоаналітичного сетингу, для якого притаманна доброзичлива нейтральність, спокійне емоційне долучення і чітке дотримання рамок у бік більшої підтримки, почуттєвої прозорості, гнучкості психотерапевтів щодо витримування прийнятних нормативних умов. Отримані результати, потребуючи подальшого осмислення, все ж є надійною емпіричною базою для розвитку психодинамічної психотерапії травми

та розуміння групових соціальних процесів суспільства, задіяного у війну і змушеного відновлювати свою психодуховну рівновагу.

Ключові слова: *особа дорослого, психічна травма, психотерапія, психодинамічна групова психотерапія, мистецтво, арт-терапія, лікування посттравматичних розладів, супервізія, психологічна реабілітація, групова динаміка, сетинг.*

ANNOTATION

Oleksandr FILTS, Yuliia MEDYNSKA, Serhii YAKUSHYK.

A comprehensive approach to overcoming the consequences of severe psychological traumatization of adults.

This article presents the experience of the art-psychotherapeutic rehabilitation project of ATO veterans, former prisoners who were held captive in the territory of the so-called "Donetsk People's Republic" (DPR) and "Luhansk People's Republic" (LPR), as well as their family members. The theoretical and methodological foundations of psychotherapy of mental trauma in the dimensions of various psychotherapeutic directions are highlighted. On the basis of this, the authors developed a conceptual and organizational structure of a holistic project built on the methodology of the psychodynamic paradigm in its combination with art therapy. The task of studying the regularities of the psychotherapeutic process in the created and researched space was realized, the difficulties of the psychotherapeutic process and strategies for overcoming them were analyzed. The experience of the implementation of the project shows that the psychological regularities of individual and group unconscious functioning steadily trigger the process, as a result of which the entire project, together with all its participants, eventually begins to function as a single large psychotherapeutic group. Therefore, ensuring the quality of psychotherapeutic assistance in this format is impossible without regular supervision, which allows psychotherapists to make sense of their experience, ecologically live its traumatic components, stay within the limits of a professional position, namely patient, benevolent and empathic support of the healing process. The authors showed that in such projects, a conscious, planned, controlled departure of psychotherapists from a strict psychoanalytic setting, which is characterized by benevolent neutrality, calm emotional involvement and strict adherence to the framework, towards greater support, emotional transparency, and flexibility of psychotherapists in maintaining the framework conditions is appropriate. The obtained results require further understanding, but are already a serious empirical basis for the development of psychodynamic psychotherapy of trauma and the understanding of group social processes of a society involved in war and forced to restore its balance.

Key words: *mental trauma; psychotherapy; psychodynamic group psychotherapy; art; art-therapy; treatment of post-traumatic disorders; psychological rehabilitation; group dynamics.*

Рецензенти:

**д. психол. н., проф. Сергій БОЛТІВЕЦЬ,
д. психол. н., проф. Інєса ГУЛЯС.**

Надійшла до редакції 10.03.2024.

Підписана до друку 22.03.2024.

Бібліографічний опис для цитування:

Фільц О.О., Мединська Ю.Я., Якушик С.Є. Комплексний підхід до подолання наслідків важкої психологічної травматизації дорослих. Психологія і суспільство. 2024. №1. С. 177-187. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2024.01.177>