

УДК 159.9:615.851

Асланян Тетяна Сергіївна

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник
відділу психології малих груп та міжгрупових відносин,
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України,
м. Київ, Україна

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1805-6953>

t.aslanian@ispp.org.ua

ДОКАЗОВА ПСИХОТЕРАПІЯ ТРАВМИ: ОБМЕЖЕННЯ ПІДХОДІВ І ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ DEEP BRAIN REORIENTING

Актуальність дослідження зумовлена зростанням потреби в науково обґрунтованих та ефективних підходах до психотерапії травми в умовах масової і тривалої травматизації населення, спричиненої військовими подіями, а також потреби в пошуку методів, здатних забезпечити не лише ефективність, а й достатній рівень безпеки й стерпності. У статті представлено результати теоретико-методологічного та емпірично спрямованого аналізу сучасних доказових підходів до психотерапії травми. Особливу увагу приділено роботі з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у різних терапевтичних модальностях. Показано, що попри високу емпіричну підтримку ці підходи мають обмеження щодо застосування в разі складної, хронічної або тривалої травматизації.

Метою статті є теоретико-емпіричне обґрунтування методу Deep Brain Reorienting (DBR, переорієнтування глибинного мозку) як нейробіологічно орієнтованого підходу до роботи з психологічною травмою, аналіз можливостей його застосування в умовах воєнної травматизації, а також окреслення місця DBR у вітчизняному науковому та практичному дискурсі.

Методологія дослідження базується на аналізі сучасних нейробіологічних моделей травми, результатів рандомізованих контрольованих досліджень, узагальненні даних метааналізів ефективності деяких сучасних психотерапевтичних підходів, а також матеріалів клінічної та супервізійної практики й нарративних оглядів.

Результати. Окреслено місце нейробіологічно орієнтованих підходів, зокрема Deep Brain Reorienting, який залишається недостатньо представленим у вітчизняному науковому дискурсі. Показано його роль у системі сучасної доказової психотерапії травми з урахуванням обмежень щодо застосування традиційних методів у роботі з хронічною і повторюваною травматизацією. Визначено, що Deep Brain Reorienting забезпечує доступ до ранніх докортикальних компонентів травматичної реакції, що дає змогу знижувати рівень афективної активації без інтенсивної експозиції до травматичного змісту. Продемонстровано, що такий механізм втручання розширює можливості психотерапії в разі підвищеної психофізіологічної реактивності, дисоціативних проявів та обмеженої толерантності до афекту. Наведено емпіричні дані, які свідчать про ефективність методу щодо зниження симптомів ПТСР, його високу стерпність і потенціал застосування в дистанційному форматі.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Підкреслено практичну і соціальну значущість DBR для систем психосоціальної допомоги в Україні, зокрема в роботі з особами, які пережили наслідки воєнної травматизації. Окреслено необхідність подальших досліджень для уточнення ефективності методу та його місця в системі доказової психотерапії.

Ключові слова: психологічна травма; посттравматичний стресовий розлад; Deep Brain Reorienting; воєнна травма; доказова психотерапія; учасники бойових дій.

Tetiana Aslanian

PhD in Psychology, Senior Research Fellow,
Department of Small Group Psychology and Intergroup Relations,
Institute of Social and Political Psychology, NAES of Ukraine
Kyiv, Ukraine

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1805-6953>

t.aslanian@ispp.org.ua

EVIDENCE-BASED TRAUMA PSYCHOTHERAPY: LIMITATIONS OF APPROACHES AND PROSPECTS FOR THE APPLICATION OF DEEP BRAIN REORIENTING

The **relevance** of the study is обусловлена the growing need for scientifically grounded and effective approaches to trauma psychotherapy in the context of widespread and prolonged population traumatization

caused by war. This situation increases the demand for methods that ensure not only effectiveness but also an adequate level of safety and tolerability. The article provides a theoretical, methodological, and empirically informed analysis of contemporary evidence-based approaches to trauma psychotherapy, with particular focus on the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) across various therapeutic modalities. It is shown that despite strong empirical support, these approaches have limitations in cases of complex, chronic, or ongoing traumatization.

The aim of the article is to provide a theoretical and empirical rationale for Deep Brain Reorienting as a neurobiologically oriented approach to working with psychological trauma, to analyze its applicability in the context of war-related traumatization, and to outline its place within the national scientific and practical discourse. The methodology is based on the analysis of contemporary neurobiological models of trauma, findings from randomized controlled trials, meta-analytical data on the effectiveness of selected psychotherapeutic approaches, as well as materials from clinical and supervisory practice and narrative reviews.

Results. The place of neurobiologically oriented approaches, particularly Deep Brain Reorienting, is outlined, noting its limited representation in the Ukrainian scientific discourse. Its role within the system of evidence-based trauma psychotherapy is demonstrated, taking into account the limitations of traditional methods in working with chronic and repeated traumatization. It is shown that Deep Brain Reorienting provides access to early subcortical components of the traumatic response, allowing a reduction in affective activation without intensive exposure to traumatic content. This mechanism expands the possibilities of psychotherapy for individuals with heightened psychophysiological reactivity, dissociative manifestations, and limited affect tolerance. Empirical evidence indicates the effectiveness of the method in reducing PTSD symptoms, its high tolerability, and its potential for remote application.

Conclusions and prospects for further research. The practical and social significance of Deep Brain Reorienting for mental health and psychosocial support systems in Ukraine is emphasized, particularly in work with individuals affected by war-related trauma. The need for further research to clarify the effectiveness of the method and its place within the system of evidence-based psychotherapy is highlighted.

Keywords: psychological trauma; post-traumatic stress disorder; Deep Brain Reorienting; war trauma; evidence-based psychotherapy; combatants.

Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. Психологічна травма в умовах повномасштабної війни в Україні набула масового та хронічного характеру, що суттєво змінює запит до системи психічного здоров'я і психосоціальної підтримки. Ми говоримо не лише про зростання кількості осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а й про поширення складних форм травматизації, пов'язаних із повторюваними загрозами, тривалим перебуванням у стані небезпеки та порушенням базового відчуття безпеки (Cloitre et al., 2011; Herman, 2019). За таких умов перед фахівцями постає завдання не лише розширення доступу до психологічної допомоги, а насамперед обґрунтованого вибору адекватних, безпечних і науково доказових психотерапевтичних методів.

Відповідно до позиції Американської психологічної асоціації, доказова практика в психотерапії ґрунтується на інтеграції трьох взаємопов'язаних компонентів: найкращих доступних наукових доказів ефективності психотерапевтичних втручань, клінічної експертності фахівця та індивідуальних характеристик, потреб і цінностей клієнта (APA Presidential Task Force..., 2006). Ключовою ознакою доказової психотерапії є опора на систематично отримані емпіричні дані, зокрема результати рандомізованих контрольованих досліджень, систематичних оглядів і метааналізів, які дають змогу оцінювати як статистичну, так і клінічну значущість змін (Cusack et al., 2016; Lewis et al., 2020). Доказовість не зводиться до механічного застосування протоколів, а передбачає здатність терапевта адаптувати науково підтверджені підходи до конкретного клінічного випадку з урахуванням рівня регуляції клієнта, складності травматичного досвіду, а також культурного й соціального контексту (Norcross & Wampold, 2018). У сфері психотерапії травми навіть методи з високим рівнем доказовості мають обмежену придатність для окремих груп клієнтів, зокрема осіб з високим рівнем дисоціації або комплексною травматизацією. У таких випадках

інтенсивна експозиція або передчасна активація травматичного матеріалу може супроводжуватися афективним перевантаженням, дисоціативними «вимкненнями» та підвищеним ризиком ретравматизації (Kolk van der et al., 2007; Lanius et al., 2012).

Доказовість у психотерапії доцільно розглядати не лише як фіксований перелік валідованих методів, а як динамічний клінічний підхід, у межах якого вибір психотерапевтичного втручання має ґрунтуватися на відповідності механізмів дії методу структурі травматичного досвіду, рівню психофізіологічної регуляції клієнта і реальним умовам надання фахової допомоги в ситуації війни.

Одним із дискусійних питань сучасної психотравматології є визначення оптимального співвідношення між підходами, що реалізуються за логікою «зверху вниз» (когнітивна переоцінка, смислова реконструкція, вербальна інтеграція досвіду), і підходами «знизу вгору», орієнтованими на тілесно-афективні компоненти травматичної реакції та імпліцитну пам'ять (Ogden et al., 2006; Payne et al., 2015). Розмежування цих підходів відображає різні рівні опрацювання травматичного досвіду і вказує на необхідність їх узгодженого використання залежно від клінічних особливостей і стану регуляції клієнта.

За умови тривалої дії стресорів і повторюваної травматизації поступово формується специфічний профіль травматичної реакції. Він виявляється в підвищеній психофізіологічній чутливості, порушеннях емоційної і тілесної регуляції, схильності до дисоціативних станів і стійкому униканні травматичного матеріалу. Паралельно звужується можливість/бажання вербалізації досвіду, знижується здатність витримувати афективне напруження (Lanius et al., 2012; WHO, 2013). У таких умовах підходи, що передбачають інтенсивну активацію травматичних спогадів, часто виявляються надмірними або малоефективними. Потрібні інші рішення. Такі, що дають змогу працювати з травматичною реакцією без перевантаження клієнта. Ідеться про методи, які поєднують результативність із достатнім рівнем безпеки та стерпності, особливо в ситуації обмежених ресурсів і нестабільного середовища. Це, природно, посилює інтерес до аналізу сучасних психотерапевтичних підходів – передусім з огляду на їхні механізми дії та реальні межі застосування. У такому ракурсі стає можливим чіткіше окреслити їхні можливості й обмеження, а також визначити місце нейробіологічно орієнтованих методів, зокрема Deep Brain Reorienting, у сучасній практиці психотерапії травми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій та виокремлення нерозв'язаних частин загальної проблеми. Доцільно звернутися до сучасних наукових праць, що репрезентують основні доказові підходи до психотерапії наслідків травматичного досвіду. Значна частина емпіричних досліджень у цій сфері зосереджена на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). ПТСР є найбільш операціоналізованою моделлю травматичної реакції, що дає змогу використовувати стандартизовані критерії та валідні інструменти оцінювання ефективності втручань. Травматичний досвід не вичерпується межами ПТСР – він охоплює ширший спектр проявів: субклінічних, комплексних, контекстуально зумовлених, що особливо виразно проявляється в умовах війни.

Окремого розгляду потребує комплексна травматизація (Complex PTSD, CPTSD), яка може виникнути як наслідок тривалого, повторюваного або міжособистісного травматичного впливу. Передусім це ситуації хронічної занедбаності, фізичного, емоційного та сексуального насильства, а також досвіду втрати базової безпеки в значущих стосунках. До цього спектра належать й обставини тривалого перебування в умовах загрози, примусового переміщення, розриву соціальних зв'язків, що є типовими для воєнного контексту. У такому разі травматичний досвід не обмежується окремою подією, а набуває процесуального

характеру, впливаючи на формування систем регуляції, образу себе та моделей взаємодії з іншими.

На відміну від класичного ПТСР, СРТСД зумовлює не лише повторне переживання, уникання та гіперактивацію, а й стійкі порушення емоційної регуляції, негативні уявлення про себе і труднощі у взаєминах (Cloitre et al., 2013; WHO, 2019). У воєнному контексті саме така конфігурація симптомів часто домінує. Це ускладнює використання підходів, спрямованих лише на симптоматику ПТСР.

Проблема глибша. Значна частина травматичних реакцій формується на рівні, який не повністю доступний вербалізації та когнітивному опрацюванню. Порушення регуляції, тілесно-афективні відповіді та імпліцитні патерни переживання можуть зберігатися незалежно від того, наскільки інтегрований нарративний рівень досвіду. У таких ситуаціях інтенсивна активація травматичного матеріалу не завжди є доцільною. І не завжди безпечною.

Обговоримо детальніше сучасні психотерапевтичні підходи.

Сучасні міжнародні клінічні настанови щодо лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) рекомендують експозиційно орієнтовані і когнітивно-поведінкові підходи як терапії першої лінії (APA, 2017; WHO, 2013). До них належать пролонгована експозиція (Prolonged Exposure, PE), когнітивна процесуальна терапія (Cognitive Processing Therapy, CPT) та низка інших варіантів травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії. Ефективність цих методів підтверджена численними рандомізованими контрольованими дослідженнями і метааналізами, які демонструють значуще зниження симптомів ПТСР порівняно з контрольними умовами (Cusack et al., 2016; Resick et al., 2017).

Пролонгована експозиція і когнітивна процесуальна терапія ґрунтуються на механізмах когнітивної переоцінки та згасання умовних реакцій страху через повторне, контрольоване відтворення травматичних спогадів. Такі підходи передбачають активну роботу з нарративом травматичної події і спрямовані на формування кортикального контролю над реакціями страху й уникання (Foa et al., 2007; Resick et al., 2017). Разом з тим низка досліджень свідчить про суттєві обмеження експозиційних методів у роботі з клієнтами зі складною травматизацією, високим рівнем дисоціації або низькою толерантністю до афекту. Для таких клієнтів експозиція може супроводжуватися підвищеним ризиком афективного перевантаження, фрагментації переживань і дострокового припинення терапії (Cloitre et al., 2012; Lanius et al., 2012). Група клієнтів з такою симптоматикою часто демонструє обмежену відповідь на терапії першої лінії, що підтверджується даними про високий рівень відсіву й неповну ремісію симптомів (Lewis et al., 2020).

Окреме місце серед доказових методів посідає десенсибілізація та опрацювання рухом очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) – метод який поєднує елементи експозиції з двобічною стимуляцією і тілесною регуляцією. EMDR-терапія має широку міжнародну підтримку й рекомендована ВООЗ як ефективний метод лікування ПТСР (Shapiro, 2018; World Health Organization, 2013). Модель адаптивного опрацювання інформації (AIP), що лежить в основі EMDR, передбачає інтеграцію травматичного спогаду в більш адаптивні нейронні мережі.

Однією із практично значущих переваг EMDR є те, що цей метод не вимагає обов'язкового виконання домашніх завдань між сесіями, що вигідно відрізняє його від класичних когнітивно-поведінкових підходів. В умовах війни це важливо, тому що клієнти часто перебувають у нестабільному середовищі і мають обмежені ресурси для виконання додаткових терапевтичних завдань. EMDR можна застосовувати у форматі інтенсивних або ранніх інтервенцій, що важливо в кризових умовах (Shapiro, 2012). Дослідження показують, що використання методу протягом перших тижнів або місяців

після травматичної події може сприяти швидкому зниженню симптомів дистресу й потенційно запобігати розвитку ПТСР (Jarero et al., 2015; Shapiro, 2012). У роботі з військовослужбовцями та особами, які пережили бойові події, перевагою EMDR-терапії є можливість опрацювання травматичних спогадів без детального вербального відтворення досвіду, що є суттєвим у ситуаціях моральної травми, уникання або високого рівня дистресу (Bisson et al., 2013; Watts et al., 2013). Разом з тим застосування EMDR має певні обмеження. Метод вимагає від клієнта здатності утримувати травматичний матеріал у фокусі уваги та зберігати достатній рівень подвійної уваги, що може ускладнювати застосування EMDR в разі вираженої дисоціації або низької толерантності до афекту (Lanius et al., 2018).

Соматичне переживання (Somatic Experiencing – SE) і сенсомоторна психотерапія (Sensorimotor Psychotherapy – SP) належать до тілесно-орієнтованих підходів, що реалізуються переважно за логікою «знизу вгору» і спрямовані на регуляцію автономної нервової системи, роботу з імпліцитною пам'яттю й тілесними компонентами травматичної реакції (Ogden et al., 2006; Payne et al., 2015). Суттєвою перевагою цих підходів є краща стерпність у роботі з клієнтами зі складною або повторюваною травматизацією, оскільки вони не потребують детального вербального відтворення травматичного досвіду й дають змогу поступово відновлювати психофізіологічну регуляцію. Вони є особливо релевантними для осіб із вираженими соматизованими або дисоціативними реакціями, а також у разі обмеженої здатності до вербалізації переживань.

Застосування SE і SP пов'язане з низкою обмежень: недостатньою стандартизацією інтервенцій, варіативністю клінічних протоколів і відносно меншою кількістю рандомізованих контрольованих досліджень, що ускладнює однозначну оцінку їхньої ефективності. Результати терапії значною мірою залежать від рівня підготовки фахівця і його здатності тонко працювати з тілесними проявами клієнта. Тому доказова база цих підходів залишається менш розвинутою порівняно з експозиційними методами, що зумовлює дискусії щодо їхнього статусу в межах стандартів доказової психотерапії (Watkins et al., 2018).

Отже, сучасні дослідження демонструють, що жоден із психотерапевтичних підходів щодо терапії травми не може претендувати на універсальність. Експозиційні та когнітивні методи мають високий рівень емпіричної підтримки, проте їх застосування ускладнюється в ситуаціях складної, хронічної або повторюваної травматизації. Інтегративні й тілесно-орієнтовані підходи розширюють можливості психотерапевтичної допомоги, але потребують подальшого емпіричного обґрунтування й чіткішого визначення показань.

На цьому рівні аналізу стає помітною методологічна прогалина: значна частина наявних підходів працює або з уже сформованим нарративом травматичної події, або з тілесно-афективними наслідками травматичної реакції. Водночас менш дослідженим залишається той ранній, докортикальний, рівень, на якому реакція на загрозу лише починає формуватися – ще до повного розгортання афекту, когнітивної оцінки чи дисоціативного захисту.

До цього рівня звертається Deep Brain Reorienting (DBR), що фокусується на ранніх орієнтувальних компонентах реагування на загрозу та пропонує іншу логіку доступу до травматичного досвіду, ніж класичні експозиційні моделі (Corrigan & Christie-Sands, 2020; Kearney et al., 2023). Попри зростання кількості міжнародних досліджень DBR, – зокрема згадаємо тут рандомізоване контрольоване випробування, яке засвідчило ефективність методу у зниженні симптомів ПТСР (Kearney et al., 2023), – у вітчизняному науковому дискурсі цей підхід залишається недостатньо представленим і наразі ще не дістав системного теоретичного та емпіричного

осмислення. Звідси – необхідність його окремого наукового аналізу як методу, який потенційно відповідає викликам психотерапевтичної роботи в умовах хронічної, повторюваної та воєнно зумовленої травматизації.

Мета статті – здійснити теоретико-методологічний та емпірично спрямований аналіз сучасних доказових психотерапевтичних підходів до роботи із психологічною травмою, а також визначити місце і перспективи застосування методу Deep Brain Reorienting як нейробіологічно орієнтованого підходу до психотерапії травми.

Виклад основного матеріалу дослідження. У сучасній психотравматології дедалі чіткіше окреслюється підхід, згідно з яким психологічна травма не зводиться до дисфункційних переконань або дезадаптивних когнітивних схем, а має глибинне нейробіологічне підґрунтя, пов'язане з порушенням інтеграції між докортикальними і кортикальними рівнями опрацювання інформації (Lanius et al., 2012; Panksepp, 1998). Такий погляд змінює оптику розуміння травми: вона постає не лише як досвід, що підлягає інтерпретації, а як спосіб реагування, закріплений у функціонуванні нервової системи. Травматичний досвід у цьому контексті є не стільки змістом спогаду, скільки відтворенням певної послідовності реакцій на загрозу, яка може автоматично активуватися у відповідь на тригери. Значна частина цих процесів розгортається до усвідомлення і тому не повністю доступна для вербального опрацювання. У зв'язку з цим постає питання не лише про те, що саме опрацьовується в терапії, а й про те, на якому рівні організації досвіду це відбувається. Якщо ключові елементи травматичної реакції формуються до когнітивної оцінки, то доступ до них не може обмежуватися лише роботою з нарративом. Ця невідповідність пояснює обмеження частини доказових підходів і водночас окреслює напрям пошуку інших рішень.

Одним із підходів, що безпосередньо відповідає цій логіці, є Deep Brain Reorienting (DBR), який пропонує інший спосіб доступу до травматичного досвіду – через роботу з ранніми орієнтувальними реакціями та пов'язаними з ними нейрофізіологічними процесами.

Британський психіатр і психотерапевт Френк Корріган, розробник цього методу, зумів інтегрувати в ньому досягнення афективної нейронауки, теорії прив'язаності та клінічної практики. Поява методу пов'язана з пошуком способів впливу на ті рівні травматичного досвіду, які залишаються недостатньо охоплені в межах традиційних когнітивно-експозиційних підходів. У вітчизняному контексті DBR на сьогодні представлений переважно на рівні навчальних програм і клінічної практики (Центр навчальних проєктів «Древо пізнання», 2026), тоді як його системне наукове осмислення залишається обмеженим. З огляду на це наша робота спрямована на заповнення зазначеної прогалини.

Нейробіологічна модель Deep Brain Reorienting. Сучасні нейробіологічні дослідження засвідчують ключову роль стовбура і середнього мозку в запуску й підтриманні травматичної симптоматики, зокрема через порушення регуляції збудження, афекту і тілесного відчуття безпеки (Kolk van der, 2015; Lanius et al., 2017). На цьому рівні формуються первинні орієнтувальні та захисні реакції, які в умовах травматичної події можуть закріплюватися і згодом автоматично відтворюватися.

Теоретично DBR спирається на модель реляційної і шокової травми (Cortigan & Christie-Sands, 2020). В її основі – уявлення про те, що значущі взаємодії активують системи орієнтації, афективної оцінки та мотиваційного залучення, локалізовані на рівні середнього мозку.

Ключовими компонентами є:

- *верхні горбки середнього мозку (superior colliculi)*, що забезпечують швидку орієнтацію на значущий або потенційно загрозовий стимул;

- *періакведуктальна сіра речовина (PAG)*, яка формує афективну валентність ситуації та координує захисні реакції;
- *мезолімбичні і мезокортикальні дофамінергічні системи*, пов'язані з пошуком, мотивацією та реляційною залученістю (Panksepp & Northoff, 2009).

У звичайних умовах ця система забезпечує гнучку орієнтацію в середовищі, адаптивну регуляцію афекту й підтримку соціального контакту. У ситуації травматичної загрози – особливо раптової, інтенсивної або повторюваної – відбувається різке порушення інтеграції між цими докортикальними структурами і вищими кортикальними мережами регуляції. Унаслідок цього формується стійка нейрофізіологічна послідовність «орієнтація – напруження – шок – афект/дисоціація», яка може далі відтворюватися автоматично, поза свідомим контролем (Corrigan & Christie-Sands, 2020; Lanius et al., 2018). У цьому сенсі травматична реакція є не випадковим порушенням, а фіксацією незавершеного процесу орієнтації на загрозу. Нервова система ніби зупиняється в точці, де подальше опрацювання зовнішніх сигналів стає неможливим. Така зупинка визначає подальше відтворення симптомів.

Орієнтувальна реакція як ключова терапевтична точка входу. Принциповою відмінністю DBR є фокус на орієнтувальній реакції, яка передує повноцінному афективному розгортанню травматичної відповіді. Орієнтувальна реакція проявляється у вигляді короткочасного, часто малопомітного м'язового напруження в ділянці навколо очей, лоба або задньої поверхні шиї і відображає первинну нейрофізіологічну відповідь на значущий стимул.

У ситуації наявності травматичного досвіду на цьому етапі може відбуватися «застрягання» нервової системи, коли подальше опрацювання інформації блокується шоковою реакцією або дисоціативним відключенням. Подальша терапевтична робота, спрямована безпосередньо на афект або когнітивний зміст події, часто відбувається вже після активації цих захисних механізмів, що підвищує ризик перевантаження і ретравматизації (Lanius et al., 2012).

DBR виходить з припущення, що саме робота з орієнтувальним напруженням (до розгортання афекту) уможливорює більш безпечне і стерпне втручання. Такий підхід дає змогу впливати на травматичну реакцію на рівні автоматизованих нейрофізіологічних процесів, які зазвичай залишаються недоступними для вербального опрацювання.

Логіка терапевтичного процесу в DBR. На практичному рівні DBR передбачає поступове наближення до травматично значущого стимулу з фокусом на тілесних мікровідчуттях, пов'язаних з орієнтувальним напруженням. Метод має чітко визначену нейрофізіологічну точку втручання, що передує розгортанню афекту, а не вже сформовані емоційні чи когнітивні відповіді (Kearney et al., 2023). Клієнта не просять детально описувати подію чи навмисно посилювати емоції. Робота відбувається повільно. У центрі уваги – стан регуляції клієнта. Це відрізняє DBR від підходів, у яких основний акцент робиться на вербалізації досвіду й утриманні подвійного фокусу уваги – коли людина одночасно торкається травматичного матеріалу і залишається в контакті з теперішнім моментом. У DBR ця вимога не є визначальною. Увага зміщується на ранні тілесні процеси, які передують афекту (Corrigan & Christie-Sands, 2020).

До речі, досить поширена думка, що можливість виговоритися вже сама по собі допомагає. Інколи це справді так. Але в разі складної або повторюваної травми ситуація інша. Багаторазові повернення до події не завжди полегшують стан: клієнти втомлюються, напруження не зменшується, з'являється відчуття, що це не працює. Якщо рівень регуляції низький, таке відтворення може призводити до перевантаження

або повторної активації травматичної реакції (Kolk van der et al., 2007; Lanius et al., 2012).

У DBR-підході детальне переказування не є обов'язковим. Робота будується навколо уважного відстежування тілесних змін. Це дає змогу знижувати напруження поступово, без різких піків. Полегшення з'являється швидше, і процес стає більш стерпним.

Емпіричні підтвердження ефективності Deep Brain Reorienting: рандомізоване контрольоване дослідження. Наразі Deep Brain Reorienting перебуває на етапі формування та уточнення доказової бази. Основним емпіричним підтвердженням ефективності методу Deep Brain Reorienting стало рандомізоване контрольоване дослідження, проведене Б. Кірні та співавторами, які ставили за мету оцінити результативність DBR у лікуванні посттравматичного стресового розладу (Kearney et al., 2023). У дослідженні взяли участь 54 дорослі особи з діагностованим ПТСР, які були рандомізовані до двох груп: експериментальної групи DBR ($n = 29$) і контрольної групи листа очікування ($n = 25$). Учасники експериментальної групи мали вісім сесій терапії Deep Brain Reorienting, проведених сертифікованими фахівцями відповідно до стандартизованого протоколу методу. Контрольна група не мала активного втручання протягом аналогічного періоду. Сесії відбувалися у форматі дистанційної психотерапії з використанням відеозв'язку.

Основним інструментом оцінювання змін тяжкості симптомів ПТСР було клінічне інтерв'ю CAPS-5, яке проводилося до початку втручання, після завершення курсу терапії і на етапі тримісячного відкладеного спостереження. Додатково аналізувалися зміни за окремими кластерами симптомів ПТСР.

Результати дослідження продемонстрували статистично значущі міжгрупові відмінності на користь групи DBR за загальним балом CAPS-5 після завершення лікування і на етапі фолу-апу. Ефект був значним (Cohen's $d = 1.17$ після лікування і $d = 1.18$ на тримісячному спостереженні), що свідчить не лише про статистичну, а й про клінічну значущість отриманих змін (Kearney et al., 2023). У відсотковому вираженні зменшення симптомів у групі DBR становило близько 36,6% від початкового рівня після завершення терапії і 48,6% – на етапі відкладеного спостереження, тоді як у контрольній групі таких змін не зафіксовано.

Важливим є те, що значна частина учасників експериментальної групи після завершення втручання більше не відповідала повним діагностичним критеріям ПТСР, що підкреслює практичну цінність методу. Крім того, рівень дострокового припинення участі в дослідженні був низьким, що свідчить про добру стерпність до DBR навіть у дистанційному форматі.

У публікації А. Gerge (2024) розглядається застосування методу Deep Brain Reorienting (DBR) у супервізійних і консультаційних контекстах психотерапевтичної роботи, зокрема для опрацювання реакцій контрперенесення у фахівців, які працюють із травматичною симптоматикою. У дослідженні взяли участь шістнадцять досвідчених травмотерапевтів. Вони зверталися по супервізійну підтримку через переживання, пов'язані з клінічною роботою. Їм запропонували взяти участь у короткому DBR-процесі в межах консультації, після чого рівень суб'єктивного дистресу оцінювався за шкалою SUDS до і після інтервенції. Результати продемонстрували статистично значуще зниження показників SUDS після DBR-моменту як у плані безпосереднього дискомфорту, так і щодо очікуваного емоційного навантаження на наступні сесії ($p < 0.001$), що узгоджувалося з усними й письмовими звітами учасників про пережитий досвід ($p = 0.00003$).

Для методологічного узагальнення отриманих висновків і наочного зіставлення психотерапевтичних підходів за логікою доступу до травматичного досвіду, рівнем

нейробіологічного впливу та клінічною релевантністю в умовах воєнного контексту ми склали порівняльну характеристику основних методів психотерапії травми (табл.) (WHO, 2013); Cusack et al., 2016; Lanius et al., 2018; Kearney et al., 2023).

Таблиця

Порівняння доказових психотерапевтичних методів роботи з травмою

Критерій порівняння	Експозиційні підходи (PE, CPT)	Інтегративні підходи (EMDR)	Тілесно-орієнтовані підходи (SE, SP)	Deep Brain Reorienting (DBR)
Точка терапевтичного входу	зміст травматичної події	образ + афект + тілесні відчуття	тілесні реакції, імпульси, регуляція	орієнтувальне напруження до афекту/шоку
Провідний рівень опрацювання	переважно кортикальний (top-down)	кортико-підкірковий (інтегративний)	переважно підкірковий вегетативний (bottom-up)	стовбурово-середньомозковий (pre-affective)
Необхідність експозиції	висока	помірна	низька / немає такої необхідності	немає такої необхідності
Робота з дисоціативними реакціями	обмежена, потребує стабілізації	часткова, залежить від підготовки	сприятлива за фазового підходу	потенційно сприятлива через доступ до шоку
Ризик афективного перевантаження	вищий	середній	нижчий	нижчий
Емпірична база	висока	висока	нерівномірна/помірна	початкова, наявне RCT
Клінічна релевантність у воєнному контексті	ситуативна	ситуативна	висока	висока (потенційно)

Примітка. PE – Prolonged Exposure; CPT – Cognitive Processing Therapy; EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing; SE – Somatic Experiencing; SP – Sensorimotor Psychotherapy; DBR – Deep Brain Reorienting.

Порівняльний аналіз показав, що жоден із доказових підходів не працює системно з преафективними орієнтаційними реакціями на рівні стовбура мозку. Більшість підходів реалізується або за логікою «зверху вниз» – через когнітивне опрацювання досвіду, або «знизу вгору» – через роботу з тілесно-афективними проявами вже сформованої реакції. Разом з тим рівень початкової орієнтації на загрозу, що передуює розгортанню афекту, залишається недостатньо охопленим. Це дає підстави розглядати Deep Brain Reorienting як підхід, що забезпечує інший рівень терапевтичного впливу – на етапі формування травматичної реакції, до її розгортання в повний афект або дисоціацію. Такий підхід узгоджується з нейробіологічним розумінням травми, відповідно до якого нервова система зберігає потенціал до

саморегуляції та відновлення за умови доступу до ранніх рівнів організації досвіду (Corrigan & Christie-Sands, 2020).

Воєнний контекст дослідження. Повномасштабна війна в нашій країні формує унікальний соціально-психологічний контекст для дослідження феномену травматизації та обґрунтування ефективних підходів до надання психотерапевтичної допомоги. Визначальною характеристикою цього контексту є тривалість і незавершеність травматичного впливу, що істотно обмежує застосовність класичних психотерапевтичних моделей, орієнтованих на ретроспективне опрацювання подій, та актуалізує потребу їх теоретичного переосмислення і методичної адаптації. Воєнно зумовлена травматизація супроводжується комплексом симптомів, серед яких домінують тілесно-автоматизовані реакції, порушення сну, підвищена фізіологічна збудливість, труднощі вербалізації емоційних станів, а також коливання між станами гіперактивації та емоційного оніміння.

Deep Brain Reorienting можна розглядати як підхід, що відповідає суцільному запиту і вимогам, оскільки дає змогу працювати з травматичною реакцією до її повного розгортання, зберігаючи при цьому достатній рівень безпеки і стерпності. Робота на рівні орієнтувальних реакцій уможливорює вплив на ранні механізми активації без необхідності інтенсивного занурення в травматичний досвід. Це особливо важливо в умовах хронічного і повторюваного стресу. З огляду на специфіку бойового досвіду, високий рівень психофізіологічного напруження і можливу складність вербалізації травматичних переживань DBR може бути перспективним у роботі з військовослужбовцями і ветеранами. Водночас його застосування в українському воєнному контексті потребує окремої емпіричної перевірки, зокрема проведення досліджень на українських вибірках військових і цивільних осіб, які переживають наслідки тривалої і повторюваної травматизації.

Практична та соціальна значущість дослідження. Практична значущість дослідження полягає в розширенні науково обґрунтованого інструментарію психотерапевтичної допомоги особам з травматичними розладами в умовах складної і повторюваної травматизації. Отримані результати можуть бути використані фахівцями-практиками для диференційованого добору методів психотерапії з урахуванням рівня психофізіологічної регуляції клієнта, наявності у нього дисоціативних проявів і контексту поточної небезпеки. Особливого значення це набуває, коли йдеться про роботу з військовослужбовцями і ветеранами, для яких характерними є підвищена реактивність нервової системи, труднощі вербалізації травматичного досвіду й ризик перевантаження в разі застосування інтенсивних форм терапевтичного впливу.

Соціальна значущість дослідження пов'язана з актуальними потребами українського суспільства в умовах війни, зокрема з необхідністю забезпечення стійкості системи психосоціальної підтримки, профілактики професійного вигорання фахівців допоміжних професій і збереження людського ресурсу. Обґрунтування можливостей інтеграції Deep Brain Reorienting у фазоорієнтовані моделі допомоги може сприяти розвитку більш безпечних й адаптивних підходів до психологічної реабілітації населення, зокрема в умовах тривалої і повторюваної травматизації.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведений аналіз засвідчив, що сучасна доказова психотерапія травми характеризується різноманіттям підходів, які відрізняються як за механізмами впливу, так і за рівнем роботи з травматичним досвідом. Експозиційно орієнтовані та когнітивно-поведінкові методи демонструють високу ефективність у межах досліджень, однак їх застосування ускладнюється в ситуаціях складної, хронічної або повторюваної травматизації, коли можливості вербалізації досвіду та утримання афективного напруження є обмеженими.

Інтегративні і тілесно-орієнтовані підходи розширюють можливості психотерапевтичної роботи, проте їхня результативність значною мірою залежить від умов застосування та індивідуальних особливостей клієнта.

Узагальнення матеріалу спонукає нас як дослідників звернути увагу на рівень, який зазвичай залишається поза безпосереднім фокусом психотерапевтичного впливу, – на ранні орієнтувальні процеси, що передують розгортанню афекту. Імовірно, саме на цьому етапі формується реакція, яка в подальшому визначає характер її повторного відтворення. Більшість наявних підходів спрямовані на роботу вже з наслідками цього процесу, тоді як сам момент його виникнення залишається лише опосередковано доступним.

Deep Brain Reorienting доцільно розглядати як підхід, що зміщує точку входу в психотерапію травми. Специфіка методу полягає в орієнтації на процес формування травматичної реакції до її стабілізації у вигляді афективних або дисоціативних проявів. Така логіка втручання уможливорює більш обережну і диференційовану роботу з потерпілими, що має особливе значення в ситуаціях підвищеної психофізіологічної реактивності або обмеженої толерантності до афекту.

Воєнний контекст надає цим висновкам особливої практичної ваги. Травматичний досвід у таких умовах часто не досягає стадії завершеності, оскільки підтримується поточними зовнішніми обставинами. У зв'язку з цим психотерапевтична робота спрямовується не лише на інтеграцію пережитого, а й на підтримання здатності до регуляції в умовах тривалого напруження. Це зумовлює переосмислення критеріїв ефективності психотерапії, де поряд із глибиною опрацювання важливим стає підтримання функціонування без перевантаження.

А втім, результати наявних емпіричних досліджень не дають підстав для остаточного визначення місця Deep Brain Reorienting у системі доказової психотерапії. Потенціал DBR наразі можна окреслити як перспективний напрям, що потребує подальшого вивчення. У вітчизняному контексті на сьогодні систематичних досліджень з використанням українських вибірок, на жаль, не представлено. Разом з тим метод уже впроваджується в практику фахівцями, які пройшли відповідне навчання в автора підходу і застосовують його в роботі з клієнтами, що мають, зокрема, досвід воєнної травматизації. Це створює підґрунтя для накопичення клінічного матеріалу й подальшої емпіричної перевірки ефективності методу.

У підсумку можна говорити про поступову трансформацію уявлень щодо логіки психотерапії травми: фокус зміщується від опрацювання вже сформованого досвіду до спроби впливати на процес його формування.

Список використаних джерел

Герман, Д. (2019). *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї до політичного терору*. (Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак, пер. з англ.). Львів: Видавництво Старого Лева

Центр навчальних проєктів «Древо пізнання». (2026). *Про нас*. <https://epc-tree-of-knowlege.com.ua/>
APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. (2006). *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic PTSD. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>

Corrigan, F. M., & Christie-Sands, J. (2020). An innate brainstem self–other system. *Medical Hypotheses*, 136, 109502. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109502>

Corrigan, F. M., Young, H., & Christie-Sands, J. (2024). *Deep Brain Reorienting*. Routledge. <https://www.routledge.com/Deep-Brain-Reorienting-Understanding-the-Neuroscience-of-Trauma-Attachment-Wounding-and-DBR-Psychotherapy/Corrigan-Young-Christie-Sands/p/book/9781032556253>

- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A. et al. (2016). Psychological treatments for adults with PTSD. *Annals of Internal Medicine*, 165(3), 193–205. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815001385?via%3Dihub>
- Fairbank, R. (2025). When trauma becomes complex. *Monitor on Psychology*, 56(2). <https://www.apa.org/monitor/2025/03/ce-complex-ptsd>
- Gerge, A. (2024). Deep Brain Reorienting and countertransference. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100442>
- Hoffman, L., & Lac, V. (Eds.). (2025). *The evidence-based foundations of existential-humanistic therapy*. APA. <https://doi.org/10.1037/0000446-000>
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2015). EMDR protocol for recent incidents. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 28–35.
- Jetly, R., Frewen, P., Lieberman, J. M. et al. (2022). Neuroscientifically informed PTSD psychotherapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2031827. https://www.researchgate.net/publication/400392051_Augmenting_evidence-based_PTSD_psychotherapy_with_neuroscientifically_informed_interventions_A_mind-body-brain_approach
- Kearney, B. E., Corrigan, F. M., Frewen, P. A. et al. (2023). Randomized controlled trial of DBR. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2240691. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2240691>
- Kearney, B. E., & Lanius, R. A. (2022). Brain–body disconnect. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1015749. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749>
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). Dissociative subtype of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 169(7), 701–708.
- Lanius, R. A., & Kearney, B. E. (2026). Neurofeedback and DBR. *Open Access Government*, 49(1), 150–151. <https://doi.org/10.56367/OAG-049-12142>
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation*. Norton. <https://dokumen.pub/neurobiology-and-treatment-of-traumatic-dissociation-towards-an-embodied-self-paperbacknbspped-0826106315-9780826106315.html>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). Evidence-based relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. https://www.researchgate.net/publication/328357876_A_new_therapy_for_each_patient_Evidence-based_relationships_and_responsiveness
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12273-000>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. https://www.researchgate.net/publication/272519064_Somatic_experiencing_using interoception_and proprioception_as_core_elements_of_trauma_therapy
- Purcell, J. B., Brand, B. L., Browne, H. A. et al. (2024). Dissociative identity disorder treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 24(3), 273–289. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38357897/>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853332/>
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241–251. doi: 10.1016/j.erap.2012.09.003
- Shapiro, F. (2018). *EMDR therapy* (3rd ed.). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2017-40757-000>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 1–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30450043/>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L. et al. (2013). PTSD meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23842024/>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>

References

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. (2006). *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271> (in English)
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic PTSD. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4 (in English)
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>(in English)
- Corrigan, F. M., & Christie-Sands, J. (2020). An innate brainstem self–other system. *Medical Hypotheses*, 136, 109502. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109502> (in English)

- Corrigan, F. M., Young, H., & Christie-Sands, J. (2024). *Deep Brain Reorienting*. Routledge. <https://www.routledge.com/Deep-Brain-Reorienting-Understanding-the-Neuroscience-of-Trauma-Attachment-Wounding-and-DBR-Psychotherapy/Corrigan-Young-Christie-Sands/p/book/9781032556253> (in English)
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A. et al. (2016). Psychological treatments for adults with PTSD. *Annals of Internal Medicine*, 165(3), 193–205. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815001385?via%3Dihub> (in English)
- Fairbank, R. (2025). When trauma becomes complex. *Monitor on Psychology*, 56(2). <https://www.apa.org/monitor/2025/03/ce-complex-ptsd> (in English)
- Gerge, A. (2024). Deep Brain Reorienting and countertransference. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100442> (in English)
- Herman, J. (2019). *Psykhologichna travma ta shliakh do vyduzhannia: Naslidky nasyilstva – vid znushchan u sim'i do politychnoho teroru* [Psychological trauma and the path to recovery: the consequences of violence – from domestic abuse to political terror] (O. Lyzak, O. Nakonechna, & O. Shlapak, Trans.). Vydavnytstvo Staroho Leva. (Original work published 1992). (in Ukrainian)
- Hoffman, L., & Lac, V. (Eds.). (2025). *The evidence-based foundations of existential-humanistic therapy*. APA. <https://doi.org/10.1037/0000446-000> (in English)
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2015). EMDR protocol for recent incidents. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 28–35. (in English)
- Jetly, R., Frewen, P., Lieberman, J. M. et al. (2022). Neuroscientifically informed PTSD psychotherapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2031827. https://www.researchgate.net/publication/400392051_Augmenting_evidence-based_PSTD_psychotherapy_with_neuroscientifically_informed_interventions_A_mind-body-brain_approach (in English)
- Kearney, B. E., Corrigan, F. M., Frewen, P. A. et al. (2023). Randomized controlled trial of DBR. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2240691. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2240691> (in English)
- Kearney, B. E., & Lanius, R. A. (2022). Brain–body disconnect. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1015749. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749> (in English)
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). Dissociative subtype of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 169(7), 701–708. (in English)
- Lanius, R. A., Kearney, B. E. (2026). Neurofeedback and DBR. *Open Access Government*, 49(1), 150–151. <https://doi.org/10.56367/OAG-049-12142> (in English)
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation*. Norton. <https://dokumen.pub/neurobiology-and-treatment-of-traumatic-dissociation-towards-an-embodied-self-paperbacknbspped-0826106315-9780826106315.html> (in English)
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). Evidence-based relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. https://www.researchgate.net/publication/328357876_A_new_therapy_for_each_patient_Evidence-based_relationships_and_responsiveness (in English)
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12273-000> (in English)
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. https://www.researchgate.net/publication/272519064_Somatic_experiencing_using interoception_and proprioception_as_core_elements_of_trauma_therapy (in English)
- Purcell, J. B., Brand, B. L., Browne, H. A. et al. (2024). Dissociative identity disorder treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38357897/> (in English)
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853332/> (in English)
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241–251. doi: 10.1016/j.erap.2012.09.003 (in English)
- Shapiro, F. (2018). *EMDR therapy* (3rd ed.). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2017-40757-000> (in English)
- Tsentr navchalnykh proektiv «Drevo piznannia» [Center for Early Projects «Tree of Knowledge»]. (2026). *Pro nas* [For us]. <https://epc-tree-of-knowlege.com.ua/> (in Ukrainian)
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 1–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30450043/> (in English)
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., et al. (2013). PTSD meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23842024/> (in English)
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406> (in English)