

Хижкова А.О.

Сумський державний університет

Іванова Т.В.

Сумський державний університет

ІНТЕГРАЦІЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ТА НАРАТИВНОГО ПІДХОДІВ У ПСИХОТЕРАПІЇ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Стаття присвячена теоретичному обґрунтуванню інтеграції когнітивно-поведінкової та наративної терапії у психотерапевтичній роботі з особами, які мають комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). У контексті повномасштабної війни в Україні зростає потреба у доказових підходах до психологічної допомоги цивільним особам, ветеранам та їхнім родинам, які зазнали тривалої або повторюваної травматизації. Комплексний ПТСР принципово відрізняється від типового ПТСР наявністю розладів самоорганізації, що вимагає якісно іншого терапевтичного підходу, ніж традиційна травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія.

Метою статті є аналіз специфіки КПТСР, обґрунтування доцільності інтеграції когнітивно-поведінкового та наративного підходів, визначення клінічних сценаріїв, за яких такий інтегративний підхід є найбільш ефективним, та розробка практичних рекомендацій для його адаптації до українського воєнного контексту.

У статті проаналізовано обмеження традиційної травмофокусованої КПТ у роботі з КПТСР та переваги протоколу STAIR Наративної Терапії як фазового підходу. Розглянуто раціональну основу інтеграції, що полягає у комплементарності підходів: когнітивно-поведінкова терапія забезпечує структурованість та конкретні навички саморегуляції, тоді як наративний підхід сприяє відновленню цілісної ідентичності та суб'єктності. Визначено клінічні сценарії, що вимагають розширення базового протоколу: виражена дисоціація, важкі порушення емоційної регуляції, коморбідні розлади, специфічні типи травматизації, зокрема моральна травма у ветеранів.

Запропоновано п'ятикроковий алгоритм клінічного прийняття рішень для практикуючих психологів та модель адаптації інтегративного підходу до українського воєнного контексту, що враховує специфіку продовжуваної травматизації, колективний вимір травми, культурні особливості та обмежений доступ до психологічної допомоги. Практична значущість дослідження полягає у наданні фахівцям системного інструменту для вибору та персоналізації терапевтичних протоколів при роботі з КПТСР.

Ключові слова: комплексний посттравматичний стресовий розлад, КПТСР, когнітивно-поведінкова терапія, наративна терапія, STAIR-NT, військова травма, моральна травма, фазова терапія.

Постановка проблеми. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) є важким психічним розладом, що виникає внаслідок специфічного типу травматизації. На відміну від типового ПТСР, який зазвичай розвивається після одноразової гострої травматичної події, КПТСР формується у відповідь на тривалу, повторювану або множинну травматизацію [10]. Визнання

КПТСР як окремої діагностичної категорії у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), стало вагомою клінічною та дослідницькою віхою. Розділення початкового діагнозу ПТСР на дві окремі категорії – ПТСР та КПТСР – відображає фундаментальні відмінності в етіології, клінічній картині, перебігу та терапевтичних потребах цих розладів [10,14].

Традиційні протоколи лікування ПТСР, орієнтовані переважно на експозиційні техніки та когнітивне опрацювання травми, виявляються недостатніми або потенційно ретравматизуючими для клієнтів із КПТСР, які не мають сформованих навичок емоційної стабілізації та безпечної взаємодії. Це зумовлює необхідність інтеграції різних терапевтичних підходів. Зокрема, поєднання когнітивно-поведінкової терапії та наративної терапії, особливо у форматі STAIR-NT, демонструє перспективність у роботі з комплексними травмами завдяки послідовності, структурованості та орієнтації на відновлення саморегуляції та суб'єктності клієнта.

Попри наявність міжнародних досліджень, питання адаптації інтегрованих протоколів до українського контексту, особливостей бойового досвіду та соціальних наслідків війни вимагає подальшого вивчення [7,10].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вибір терапевтичної стратегії для осіб із КПТСР є складним клінічним рішенням, що залежить від багатьох факторів: індивідуальних особливостей та переваг клієнта, його мотивації та здатності витримувати інтенсивну терапевтичну роботу, вираженості симптоматики, наявності коморбідних медичних або психіатричних розладів, а також кваліфікації та досвіду фахівців, доступності відповідних методів лікування у конкретному регіоні [5]. Ключовим фактором успішності терапії є розуміння фундаментальної відмінності між ПТСР та КПТСР, яка вимагає якісно різних терапевтичних підходів.

Традиційні методи психотерапії, розроблені для лікування «простого» ПТСР і орієнтовані на пряму роботу з травматичними спогадами (зокрема, експозиційна терапія та когнітивна реструктуризація) [22], часто виявляються недостатньо ефективними для клієнтів із КПТСР. Основна проблема полягає у тому, що ці методи припускають наявність у клієнта базових навичок емоційної саморегуляції, відносно стабільної ідентичності та певного рівня безпеки у міжособистісних стосунках. Проте саме ці особливості є глибоко порушеними при КПТСР внаслідок тривалої травматизації. Коли клієнт із вираженими розладами самоорганізації одразу занурюється у інтенсивну роботу з травматичними спогадами без попередньої стабілізації, це може призвести до повторної травматизації [3].

Традиційна діагностика ПТСР базувалася на виявленні симптомів із трьох основних кластерів, що виникають після переживання надзвичайно

загрозливої або жахливої події: (а) симптоми повторного переживання травми; (b) симптоми уникнення; (с) симптоми гіперзбудження та підвищеної реактивності.

З іншого боку, ключовою діагностичною особливістю КПТСР є наявність трьох додаткових кластерів симптомів, які разом утворюють так звані «розлади самоорганізації». Повна діагностична картина КПТСР включає шість кластерів симптомів, до раніше перерахованих кластерів додається (d) порушення регуляції емоцій (афекту); (е) негативна самоконцепція; (f) порушення у міжособистісних стосунках [10, 14, 15].

Особи з КПТСР часто проживають значну частину свого життя у стані хронічного сприйняття «серйозної та актуальної загрози», навіть коли об'єктивна небезпека відсутня. Сучасні дослідження виділяють три ключові процеси, які формують та увічнюють це відчуття поточної загрози [17].

По-перше, характер закріплення травматичного досвіду в пам'яті. На відміну від звичайних автобіографічних спогадів, травматичні спогади часто зберігаються фрагментовано, без належної часової послідовності та контекстуалізації [15].

По-друге, сенс, який особа надає травматичній події, та глобальні когнітивні схеми, що формуються внаслідок травми. Ці дезадаптивні когнітивні схеми постійно актуалізують відчуття загрози та власної вразливості, фільтруючи нову інформацію через призму очікування небезпеки та підтверджуючи негативні очікування [17].

По-третє, прийняття неадаптивних когнітивних та поведінкових стратегій подолання. Ці стратегії підтримують страх та відчуження, а також позбавляють особу можливості отримати досвід безпеки у повсякденному житті [17].

Клінічна важливість розрізнення ПТСР та КПТСР полягає не лише у точності діагностики, але й у виборі адекватної терапевтичної стратегії: якщо особи з «простим» ПТСР часто добре реагують на травмофокусовані втручання, то клієнти з КПТСР потребують більш комплексного, фазового підходу, що спочатку зосереджується на стабілізації та розвитку навичок саморегуляції перед безпосередньою роботою з травматичними спогадами.

Саме тому сучасний консенсус у лікуванні КПТСР наголошує на необхідності зміни терапевтичного підходу. Цей підхід, вперше концептуалізований Джудіт Герман у 1992 році, передбачає три послідовні фази лікування: (1) стабілізація та розвиток навичок; (2) обробка травматичних

спогадів; (3) реінтеграція та розвиток ідентичності. Такий послідовний підхід забезпечує надійний фундамент для глибокої терапевтичної роботи та значно знижує ризик дестабілізації клієнта [15, 18].

Розглянемо детальніше основні підходи до психотерапевтичного лікування КПТСР, почавши з фундаментальних принципів когнітивно-поведінкової терапії.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнана ефективним методом для клієнтів із посттравматичним стресовим розладом незалежно від їхнього віку, статі, етнічної приналежності чи джерела симптомів [14, 18]. У основі КПТ лежить когнітивна модель емоційних розладів, яка постулює взаємозв'язок між думками, емоціями, фізіологічними реакціями та поведінкою [1, 2].

При ПТСР та КПТСР травматичний досвід часто призводить до формування або закріплення негативних, глобальних та ригідних базових переконань, які формують систематичні когнітивні спотворення [1, 11]. КПТ базується на колаборативному емпіризмі – терапевт і клієнт працюють разом як команда дослідників, які спільно вивчають думки, переконання та поведінку клієнта. Також важливим принципом є психоедукація – клієнт отримує зрозумілі пояснення щодо природи його симптомів, їхнього походження та логіки терапевтичного процесу, що нормалізує досвід і підвищує відчуття контролю [18]. КПТ використовує інтегрований підхід, що включає як когнітивні, так і поведінкові техніки, які взаємодоповнюють одне одного у процесі терапевтичної зміни [9].

Когнітивна реструктуризація у межах КПТ цілеспрямовано працює з дезадаптивними інтерпретаціями травматичної події [2, 11]. Поведінковий компонент фокусується на зміні дезадаптивних патернів, особливо уникнення, яке є центральним механізмом підтримання ПТСР [2, 18].

ТФ-КПТ є однофазовим, лінійним втручанням, яке відносно швидко (зазвичай 8–15 сесій) переходить до прямої роботи з травматичними спогадами. Основна теоретична передумова цього підходу полягає у тому, що симптоми ПТСР підтримуються через: (а) неадекватну обробку травматичної пам'яті; (б) дезадаптивні когнітивні оцінки травматичної події та її наслідків; (в) поведінку уникнення, яка перешкоджає природному процесу звикання до травматичних нагадувань [11, 17].

Протокол ТФ-КПТ включає кілька ключових компонентів, що реалізуються послідовно або

паралельно. Зокрема, реалізація ТФ-КПТ відбувається через психоедукацію, тренінг управління тривогою та пролонговану уявну експозицію та когнітивну реструктуризацію [2, 8, 11].

ТФ-КПТ демонструє високу ефективність для пацієнтів із «простим» ПТСР – тобто тих, у кого розлад розвинувся внаслідок одноразової або обмеженої травматичної події за відсутності тривалої попередньої травматизації, а також при достатньому рівню саморегуляції та відсутності додаткових ризиків (депресія, зловживання психоактивними речовинами [18]). Однак саме ті характеристики, що роблять ТФ-КПТ високо-ефективною для «простого» ПТСР, створюють значні обмеження та потенційні ризики при її застосуванні у випадках комплексного ПТСР.

Особи з КПТСР, за визначенням, мають виражені розлади самоорганізації – порушення емоційної регуляції, негативну самоконцепцію та дисфункцію у стосунках – що робить їх значно більш вразливими до дестабілізуючого впливу інтенсивної травмофокусованої роботи [3, 15].

Наслідком цих обмежень є підвищений ризик передчасного припинення терапії серед осіб із КПТСР. Дослідження показують, що до 30-50% клієнтів зі складними травматичними історіями не завершують повний курс ТФ-КПТ через нездатність витримати інтенсивність процесу [3, 15]. Це не лише позбавляє їх потенційної користі від терапії, але може призвести до ятрогенних ефектів – погіршення стану, підсилення відчуття безпорадності та зниження віри у можливість одужання.

Наративна Терапія (STAIR-NT або SNT) є спеціалізованим психотерапевтичним протоколом, розробленим саме для лікування комплексного ПТСР. Цей підхід був створений дослідницькою групою під керівництвом Марілен Клоїтр як відповідь на клінічну потребу у більш безпечному та ефективному методі роботи з особами, які пережили тривалу міжособистісну травматизацію [10, 15, 17].

STAIR-NT інтегрує принципи когнітивно-поведінкової терапії з елементами діалектичної поведінкової терапії (ДБТ), теорії прихильності та наративного підходу, створюючи комплексну терапевтичну систему, яка послідовно адресована до всіх кластерів симптомів КПТСР [15, 17].

Особливістю STAIR-NT є строга двофазова структура, яка відображає розуміння того, що безпосередня робота з травматичними спогадами може бути ефективною лише після встановлення стабільного емоційного та міжособистісного фун-

даменту. На відміну від однофазової ТФ-КПТ, яка швидко переходить до експозиції, STAIR-NT виділяє приблизно половину терапевтичного часу на підготовчу роботу перед будь-яким зверненням до травматичних спогадів [10, 17].

Емпіричні дані підтверджують ефективність STAIR-NT: рандомізовані контрольовані дослідження демонструють значне зменшення як симптомів ПТСР, так і розладів самоорганізації, покращення міжособистісного функціонування та якості життя, із збереженням ефектів через 3–12 місяців після завершення терапії [10, 17, 19].

Хоча STAIR-NT вже є за своєю суттю інтегративним підходом, що поєднує елементи КПТ, ДБТ та нарративної терапії, клінічна практика свідчить, що у особливо складних випадках КПТСР може бути показано подальше розширення та адаптація терапевтичного протоколу через додавання специфічних втручань з інших когнітивно-поведінкових методів або посилення певних компонентів залежно від індивідуального профілю симптомів клієнта [3, 18].

Постановка завдання. Метою даної статті є теоретичне обґрунтування доцільності інтеграції когнітивно-поведінкової та нарративної терапії у роботі з комплексним посттравматичним стресовим розладом (КПТСР).

Виклад основного матеріалу. Комплексний ПТСР є багатоаспектним розладом, що впливає на рівні функціонування – емоційну регуляцію, когнітивні процеси, міжособистісні стосунки, самоідентичність, соматичне відчуття безпеки та здатність до осмисленого існування. Окремий терапевтичний підхід, навіть найбільш комплексний, не може повністю охопити всі ці виміри для кожного клієнта. Саме тому сучасна травмаінформована практика рухається до гнучких, персоналізованих терапевтичних протоколів, які зберігають структурну основу доказово обґрунтованих методів (наприклад, як STAIR-NT), але допускають адаптацію під специфічні потреби конкретної особи [3, 18].

Інтеграція КПТ та нарративної терапії у роботі з КПТСР ґрунтується на принципі комплементарності – кожен підхід привносить унікальні сильні сторони, які доповнюють обмеження іншого.

Когнітивно-поведінкова терапія надає наступні можливості:

- структуру та передбачуваність – чіткі протоколи, конкретні техніки, що створює відчуття безпеки та контролю для клієнтів;
- конкретні навички – практичні інструменти для управління симптомами (техніки заземлення,

когнітивна реструктуризація, експозиція), які клієнт може використовувати самостійно між сесіями;

- на теперішньому функціонуванні – акцент на тому, як клієнт може покращити своє життя «тут і зараз», що надає відчуття здатності впливу на власне життя;

- емпіричний підхід до переконань – систематичний метод виявлення та перевірки дезадаптивних когніцій через докази та експерименти [10].

У свою чергу, нарративна терапія надає наступні компоненти:

- цілісність та смисл – можливість інтегрувати фрагментовані травматичні досвіди у цілісну життєву історію, що відновлює відчуття безперервності ідентичності;

- екстерналізацію проблеми – розділення особи та травматичного досвіду, що протидіє токсичному самозвинуваченню;

- відновлення суб'єктності – перехід від позиції пасивної жертви обставин до активного автора власної історії, який має вибір щодо інтерпретації досвіду та майбутніх напрямків;

- культурну та контекстуальну чутливість – увагу до соціальних, культурних та політичних контекстів, у яких відбувалася травматизація [15].

Клінічні сценарії, що вимагають інтегративного підходу. Існують специфічні клінічні ситуації, коли базовий протокол STAIR-NT може потребувати розширення через додавання елементів з інших КПТ-підходів або посилення певних компонентів:

1. Виражена супутня дисоціація. Приблизно 42,3% осіб із КПТСР демонструють значні дисоціативні симптоми (деперсоналізація, дереалізація, амнестичні епізоди), які не повністю покриваються стандартним протоколом STAIR-NT [12].

У таких випадках корисно інтегрувати: специфічні техніки заземлення з діалектичної поведінкової терапії (DBT) та фазово-орієнтовану терапію дисоціації – роботу з розпізнаванням тригерів дисоціації, розвитком «спостерігаючого Я», поступову інтеграцію дисоційованих частин досвіду [3].

2. Важкі порушення регуляції емоцій з самоушкоджувальною поведінкою.

Коли клієнт регулярно використовує самоушкодження, зловживання речовинами або інші високоризикові поведінки для управління емоціями, базової фази STAIR може бути недостатньо. Тут можна рекомендувати оволодіння навичками регуляції дистресу з DBT – радикального прийняття та техніки IMPROVE [16], а також

використовувати функціональний аналіз самоушкоджувальної поведінки, із розробкою альтернативних копінгів для кожної ланки [3].

3. Складні коморбідні психічні розлади. При наявності виражених коморбідних станів (важкий депресивний розлад, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, розлади харчової поведінки) може знадобитися посилення компоненту поведінкової активації, когнітивна робота з депресіогенними схемами та травматичними когніціями [18]; у випадку соціальної тривожності – додавання експозиційних вправ для соціальних ситуацій [3, 18].

4. Специфіка травматичного контексту. Деякі типи травматизації вимагають специфічних терапевтичних акцентів. Зокрема, у випадку військових травм та досвіду бойових дій необхідна інтеграція роботи з моральною травмою та власною системою цінностей. Це вимагає специфічної роботи з почуттям провини та сорому, що виходить за межі «класичної» роботи зі страхом у ПТСР [23]. Важливим є також додавання компоненту про реінтеграцію до цивільного життя – робота з втратою військової ідентичності, почуттям відчуженості від цивільних, труднощами перекладу військових навичок у цивільний контекст [1, 3].

5. Культурна адаптація. Для клієнтів із специфічних культурних контекстів може знадобитися адаптація як когнітивних, так і нарративних елементів. Зокрема, це може бути інтеграція культурно релевантних метафор та нарративів (наприклад, для українського контексту – використання метафор стійкості з національної історії, фольклору) робота з колективною травмою та її впливом на індивідуальний досвід [8,15].

При інтеграції різних терапевтичних елементів важливо дотримуватися кількох керівних принципів.

Зберігати фазову структуру – навіть при додаванні елементів інших підходів, критично важливо зберегти послідовність «стабілізація-обробка травми-реінтеграція». Передчасне звернення до травматичних спогадів залишається ризикованим незалежно від того, які конкретно техніки використовуються [3, 18].

Уникати еkleктизму – інтеграція не означає хаотичне змішування технік з різних підходів. Кожне додаткове втручання повинно мати чітке клінічне раціональне обґрунтування, бути концептуально сумісним із базовим протоколом та адресуватись до специфічної потреби клієнта [18].

Рішення про інтеграцію певних елементів має базуватися на детальному функціональному ана-

лізі симптомів конкретного клієнта, а не на універсальному «максималістському» підході («чим більше технік, тим краще») [3].

Обов'язковим моніторинг прогресу, що дозволяє оцінити ефективність додаткових втручань [18].

Коли КПТ та нарративна терапія інтегруються обдуманно та систематично, вони створюють синергетичний ефект, де сукупний результат перевищує суму окремих компонентів. КПТ-навички створюють безпечний контейнер для нарративної роботи – коли клієнт володіє конкретними техніками емоційної регуляції, він може безпечніше занурюватися у процес переосмислення життєвої історії без ризику перевантаження. Нарративна робота надає смисл КПТ-навичкам – техніки перестають бути просто «інструментами управління симптомами» і стають частиною більшої історії про відновлення та трансформацію ідентичності [15, 18].

На основі проаналізованих підходів можна запропонувати наступний алгоритм клінічного прийняття рішень для психологів, які працюють з особами із КПТСР.

Крок 1. Диференційна діагностика. Оцінка наявності розладів самоорганізації: порушення регуляції емоцій (афекту), негативна самоконцепція, порушення у міжособистісних стосунках. Важливо розрізнити «простий» ПТСР (три кластери симптомів) від КПТСР (шість кластерів симптомів).

Крок 2. Оцінка додаткових ризиків та коморбідності. Визначення наявності дисоціативних симптомів, самоушкоджувальної поведінки, зловживання психоактивними речовинами, коморбідних психічних розладів (важка депресія, тривожні розлади, розлади харчової поведінки). Оцінка суїцидального ризику.

Крок 3. Вибір базового терапевтичного протоколу. Якщо виявлено ПТСР без розладів самоорганізації – розглянути травмофокусовану КПТ. Якщо діагностовано КПТСР – використовувати STAIR-NT як базовий протокол із обов'язковою фазовою структурою (стабілізація – обробка травми – реінтеграція).

Крок 4. Персоналізація терапевтичного плану. На основі індивідуального функціонального аналізу визначити потребу у додаткових модулях: при вираженій дисоціації – інтеграція спеціалізованих технік заземлення та фазово-орієнтованої терапії дисоціації; при важких порушеннях регуляції емоцій – додавання навичок DBT; при моральній травмі (особливо у ветеранів) – специфічна робота з виною, соромом, втратою цінностей;

при культурній специфіці – адаптація метафор та наративів.

Крок 5. Моніторинг прогресу та гнучка адаптація. Регулярна оцінка симптоматики, функціонування та якості терапевтичного альянсу. Корекція терапевтичного плану на основі отриманих даних. Готовність повернутися до попередньої фази при виникненні дестабілізації.

Український контекст повномасштабної війни вимагає специфічної адаптації інтегративної моделі психотерапії КПТСР з урахуванням особливостей продовжуваної травматизації, культурних особливостей та соціально-історичного контексту.

1. Робота з продовжуваною травмою. На відміну від класичних протоколів, розроблених для завершених травматичних подій, українська реальність характеризується триваючою загрозою. Це вимагає модифікації фази стабілізації через включення навичок функціонування в умовах поточної небезпеки. Клієнти потребують не лише опрацювання минулих травматичних подій, але й інструментів для підтримки психологічної стійкості у ситуації триваючого стресу.

2. Інтеграція колективного виміру травми. Травма війни має як індивідуальний, так і колективний характер. Особистий досвід втрат, насильства, переміщення переплітається з національною травмою окупації, геноциду, руйнування культурної ідентичності. Наративна робота повинна враховувати соціально-історичний контекст та зв'язок особистої історії з національним наративом стійкості та опору. Це допомагає клієнту відчувати себе частиною більшої спільноти, а не ізольованою жертвою.

3. Культурна адаптація метафор та наративних елементів. Використання культурно резонуючих образів у наративній фазі підсилює терапевтичний ефект. Концепція «незламності» (що стала важливим елементом українського дискурсу під час війни), історична пам'ять про подолання попередніх травм, фольклорні мотиви стійкості можуть бути інтегровані у процес переосмислення особистого досвіду. Це створює культурний «міст» між індивідуальною та колективною ідентичністю.

4. Врахування особливостей доступу до психологічної допомоги. В умовах війни доступ до регулярної психотерапії може бути обмеженим через переміщення, військову службу, економічні труднощі. Це вимагає розробки адаптованих форматів – інтенсивних коротких курсів, онлайн-формату, групової роботи, інтеграції психоедукаційних матеріалів для самостійної роботи між сесіями.

Висновки. Комплексний посттравматичний стресовий розлад принципово відрізняється від типового ПТСР наявністю розладів самоорганізації, що включають порушення емоційної регуляції, негативну самоконцепцію та дисфункції у міжособистісних стосунках. Ця фундаментальна відмінність вимагає якісно іншого терапевтичного підходу. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія може виявитися недостатньою або навіть потенційно ретравматизуючою для клієнтів із КПТСР через відсутність у них базових навичок емоційної стабілізації.

Інтеграція когнітивно-поведінкової та наративної терапії у форматі протоколу STAIR-NT пропонує науково обгрунтоване рішення цієї проблеми. Фазова структура терапії створює безпечний простір для глибокої роботи, де когнітивно-поведінковий компонент забезпечує структурованість та конкретні навички саморегуляції, тоді як наративний підхід сприяє відновленню цілісної ідентичності та суб'єктності клієнта. Проте базовий протокол може потребувати персоналізації у випадках вираженої дисоціації, важких порушень емоційної регуляції, складних коморбідних розладів або специфічних типів травматизації, зокрема через інтеграцію додаткових модулів із діалектичної поведінкової терапії або спеціалізованої роботи з моральною травмою.

Запропонований п'ятикроковий алгоритм клінічного прийняття рішень може бути використаний у якості системного інструменту для диференційної діагностики, вибору адекватного терапевтичного протоколу та його персоналізації.

Особливої уваги заслуговує адаптація інтегративної моделі до українського воєнного контексту. Специфіка продовжуваної травматизації, інтеграція колективного виміру травми, культурна адаптація наративних елементів через національні символи стійкості, пріоритизація роботи з моральною травмою та врахування обмеженого доступу до терапії є необхідними компонентами ефективної психологічної допомоги українським ветеранам та цивільним особам.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на емпіричну перевірку ефективності адаптованого протоколу для української популяції, розробку україномовних діагностичних інструментів для диференціації ПТСР та КПТСР, а також вивчення можливостей інтенсивних коротких форматів та онлайн-терапії для підвищення доступності спеціалізованої психологічної допомоги в умовах обмежених ресурсів.

Список літератури:

1. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. *Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w Katowicach*. 2023. С. 107–118. <https://doi.org/10.54264/0066>.
2. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*. 2015. С. 26–35. URL: <https://ipz.ucu.edu.ua/wp-content/uploads/2017/12/gorbunova-stattja.pdf> (дата звернення: 20.11.2025).
3. Журавльова Н. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців. *Консультативна психологія і психотерапія*. 2015. № 3 (11). С. 95–117. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/705406/1/362015.pdf#page=95> (дата звернення: 20.11.2025).
4. Кокурн О., Пішко І., Лозінська Н., Олійник В., Хоружий С., Ларіонов С., Сириця М. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ, 2023. 175 с. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/> (дата звернення: 20.11.2025).
5. Соченко Т., Моначин І. ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні. *Актуальні задачі сучасних технологій* : Матеріали VIII Міжнар. науково-техн. конф. молодих уч. та студентів., м. Тернопіль, 28 листоп. 2018 р. – 28 листоп. 2019 р. С. 160–161. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/30987/2/MNTKv3_2019v3_Sochenko_T_Y-PTSD_among_military_160-161.pdf (дата звернення: 20.11.2025).
6. Титаренко Т. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024. 130 с. URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2024/05/tytar-mono-24.pdf> (дата звернення: 20.11.2025).
7. Alharbi R., Langer S., Hunter C., Husain N., Varese F., Taylor P. “My entire life has moulded the person that I am”: Narrations of non-suicidal self-injury and complex trauma in individuals with complex posttraumatic stress experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2025. Т. 98, № 3. С. 683–700. <https://doi.org/10.1111/papt.12583>.
8. Chaban O., Sak L., Oliinyk A., Burdeinyi A., Odintsov, A. Virtual reality exposure therapy protocol for post-traumatic stress disorder treatment in military veterans: cross-cultural adaptation of virtual exposure therapy in Ukraine. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. № 7 (1). P. 118–128. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.245>.
9. Chesney S., Shepard S., Larsen S., Fuller S., Liebel S. Program Evaluation of an Integrated Treatment Approach to Group CPT in VA Residential Treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2021. № 31 (3). P. 410–424. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1994497>.
10. Cloitre M., Garvert D., Weiss B. Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. № 1. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377028>.
11. Ehlers A., Clark D., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 2005. № 43, P. 413–431.
12. Fung H., Yuan G., Liu C., Lin E., Lam S., Wong J. Prevalence and clinical correlates of dissociative symptoms in people with complex PTSD: Is complex PTSD a dissociative disorder?. *Psychiatry Research*. 2024. № 339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116076>.
13. Javaid Z., Fatima S., Sehar, Sohail M. Correlates and dimensionality of moral injury in combat veterans around globe: a systematic review. *Pakistan Journal of Law, Analysis and Wisdom*. 2024. № 3 (5). P. 93–115. URL: https://www.researchgate.net/publication/383231382_Correlates_and_Dimensionality_of_Moral_Injury_in_Combat_Veterans_around_Globe_A_Systematic_Review (дата звернення: 20.11.2025).
14. Karatzias T., Levendosky A. Introduction to the special section on complex posttraumatic stress disorder (CPTSD): the evolution of a disorder. *Journal of Traumatic Stress Virtual Special Issue on Complex PTSD: Classical and Cutting-Edge Perspectives*. 2019. № 32 (6). P. 817–821. <https://doi.org/10.1002/jts.22476>.
15. Kleva C., Keeley J., Evans S., Maercker A., Cloitre M., Brewin C., Roberts M., Reed G. Examining accurate diagnosis of complex PTSD in ICD-11. *Journal of Affective Disorders*. 2024. № 346. P. 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.137>.
16. Linehan M., Wilks C. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother*. 2015. № 69 (2). P. 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>.
17. Lorbeer N., Knaevelsrud C., Niemeyer H. STAIR and STAIR/NT as a treatment for posttraumatic stress: A systematic review. *Verhaltenstherapie*. 2023. № 33 (2-3). P. 53–63. <https://doi.org/10.1159/000526592>.
18. Monson C., Shnaider P. Treating PTSD with cognitive-behavioral therapies: Interventions that work. *American Psychological Association*, 2014. 106 p. <https://doi.org/10.1037/14372-000>.

19. Niwa M., Kato T., Narita-Ohtaki R., Otomo R., Suga Y., Sugawara M., Kim, Y. Skills training in affective and interpersonal regulation narrative therapy for women with ICD-11 complex PTSD related to childhood abuse in Japan: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. № 13 (1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2080933>.
20. Rajkumar B. Cognitive-behavioural therapy for complex post-traumatic stress disorder. *BJPsych Advances*. 2024. № 1. P. 39–48. <https://doi.org/10.1192/bja.2024.29>.
21. Sauer K., Wendler-Bödicker C., Boos A., Niemeyer H., Palmer S., Rojas R., Hoyer J., Hitzler M. Treatment of comorbid disorders, syndromes, and symptoms of posttraumatic stress disorder related to childhood maltreatment with STAIR-NT. *Clinical Recommendations and Challenges*. 2023. № 52 (2). <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000686>.
22. Watkins L., Sprang K., Rothbaum B. Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2018. № 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>.
23. Zasiakina L., Kokun O., Kozihora M., Fedotova T., Zhuravlova O., Bojko M. A concept analysis of moral injury in ukrainian national guard service members' narratives: A clinical case study. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2022. № 9, (1). P. 296–314. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.zas>.

Khyzhkova A.A., Ivanova T.V. INTEGRATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL AND NARRATIVE APPROACHES IN PSYCHOTHERAPY OF COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

The article is devoted to the theoretical substantiation of integrating cognitive-behavioral and narrative therapy in psychotherapeutic work with individuals who have complex post-traumatic stress disorder (CPTSD). In the context of full-scale war in Ukraine, there is a growing need for evidence-based approaches to psychological assistance for civilians, veterans, and their families who have experienced prolonged or repeated traumatization. Complex PTSD fundamentally differs from typical PTSD by the presence of disturbances in self-organization, which requires a qualitatively different therapeutic approach than traditional trauma-focused cognitive-behavioral therapy.

The aim of the article is to analyze the specifics of CPTSD, substantiate the appropriateness of integrating cognitive-behavioral and narrative approaches, identify clinical scenarios in which such an integrative approach is most effective, and develop practical recommendations for its adaptation to the Ukrainian wartime context.

The article analyzes the limitations of traditional trauma-focused CBT in working with CPTSD and the advantages of the STAIR Narrative Therapy protocol as a phased approach. The rational basis for integration is examined, which lies in the complementarity of approaches: cognitive-behavioral therapy provides structure and specific self-regulation skills, while the narrative approach promotes restoration of coherent identity and agency. Clinical scenarios requiring expansion of the basic protocol are identified: pronounced dissociation, severe emotional regulation disorders, comorbid disorders, specific types of traumatization, particularly moral injury in veterans.

A five-step clinical decision-making algorithm for practicing psychologists and a model for adapting the integrative approach to the Ukrainian wartime context are proposed, taking into account the specifics of ongoing traumatization, the collective dimension of trauma, cultural features, and limited access to psychological care. The practical significance of the study lies in providing specialists with a systematic tool for selecting and personalizing therapeutic protocols when working with CPTSD.

Key words: complex post-traumatic stress disorder; CPTSD, cognitive-behavioral therapy, narrative therapy, STAIR-NT, military trauma, moral injury, phase-oriented therapy.

Дата надходження статті: 12.11.2025

Дата прийняття статті: 10.12.2025

Опубліковано: 30.12.2025