

Навігація по статті

[Визначення та класифікації травми](#)

[Поведінкова модель](#)

[Нейробіологічна модель](#)

[Інформаційна модель](#)

- [Мережа страху](#)
- [Експозиційна терапія](#)

[Наративна модель](#)

[Комплексний ПТСР](#)

- [модель Пітера Волкера](#)
- [модель Джудіт Герман](#)

[Терапія, сфокусована на співчутті \(CFT\)](#)

[Схема-терапія Джефрі Янга](#)

[Робота з горем і втратою](#)

[Важливі доповнення](#)

[Довідка про авторів та дослідників](#)

Завантажити PDF

Травма, пам'ять і відновлення: моделі та методики роботи з травматичним досвідом

Психологічна травма — це не просто «сильний стрес». Це досвід, що порушує базові механізми адаптації та безпеки, переписує нейронні шляхи і викривлює сприйняття реальності. Для когось це разовий епізод, для інших — стає фоном життя. Травматичний досвід лежить в основі Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також Комплексного ПТСР (К-ПТСР), який формується в умовах тривалої, повторюваної, міжособистісної травматизації.

Ранній травматичний досвід, травмуюча подія, психологічна травма, гостра реакція на стрес, ПТСР та комплексний ПТСР: у чому різниця та що спільного?

Попри те, що ці терміни часто використовують як взаємозамінні, вони суттєво відрізняються один від одного. Даваймо розставимо все по місцях.

Що означають ці поняття:

- **Ранній дитячий травматичний досвід** — це хронічні або повторювані негативні переживання у дитинстві (*насильство, емоційне нехтування, фізичне або сексуальне зловживання, відсутність турботи*). Особливість полягає в тому, що ці переживання часто формують саму особистість людини, її глибинні переконання («зі мною щось не так», «світ небезпечний»), впливаючи на все подальше життя.
- **Травмуюча подія** — це конкретна ситуація, що сприймається людиною як загроза життю, здоров'ю, особистій безпеці (аварія, напад, втрата близьких, природні катастрофи). Вона є чітко визначеною в часі та має ясний початок і завершення.

- **Психологічна травма** – це внутрішня відповідь психіки на травмуючу подію або події. Травма не є подією як такою, а саме психологічним станом, коли здатність людини адаптуватися порушується, виникають інтенсивні переживання страху, безпорадності, самотності, сплутаності, сорому чи відчаю.
- **Гостра реакція на стрес** – це короточасна (*від кількох годин до місяця*) емоційна реакція, що виникає безпосередньо після травматичної події. Супроводжується гострими симптомами тривоги, страху, збудження або заціпеніння і зазвичай поступово проходить без додаткового втручання.
- **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – це тривалий стан (*більше одного місяця після травматичної події*), який характеризується стійкими симптомами повторного переживання (флешбеки, нічні кошмари), уникненням тригерів травми, підвищеним збудженням, гіперпильністю і тривожністю.
- **Комплексний ПТСР (К-ПТСР)** – є наслідком тривалої, повторюваної травматизації, зазвичай міжособистісної природи (особливо в дитинстві). Від ПТСР він відрізняється глибокими порушеннями в саморегуляції, ідентичності, стосунках з іншими людьми, здатності довіряти й будувати стабільні зв'язки, а також інтенсивними почуттями сорому і самознецінення.

Чим саме ці поняття відрізняються один від одного?

1. Тривалістю впливу травматичних факторів:

- Травмуюча подія та гостра реакція на стрес – це чітко визначені події або реакції, що мають тимчасові рамки.
- Ранній травматичний досвід і Комплексний ПТСР – характеризуються хронічним станом, повторюваністю, систематичністю переживання травми.

2. Глибиною та масштабом впливу на психіку:

- Гостра реакція на стрес і звичайний ПТСР мають чітко визначені симптоми й зазвичай не впливають глобально на всю структуру особистості.
- Ранній травматичний досвід і К-ПТСР часто призводять до значних змін у структурі особистості (самооцінка, довіра, відчуття безпеки, ідентичність).

3. Симптомами та проявами:

- ПТСР має чіткі симптоми повторного переживання, уникнення й тривожності.
- Комплексний ПТСР додатково характеризується емоційною нестабільністю, дисоціацією, хронічним соромом, проблемами в міжособистісних стосунках.

Що поєднує ці поняття?

Усі ці явища мають єдине коріння – психічну травму. Незалежно від форми, суттю травми є переживання, які виходять за межі адаптаційних можливостей людини. Ці переживання перевантажують психіку, порушують відчуття безпеки та контрольованості життя. Всі форми травми активують глибокі механізми мозку (*амігдалу, лімбічну систему*), створюючи інтенсивний стрес і змінюючи сприйняття світу. Всі вони потребують уваги, підтримки й терапевтичної роботи, яка має бути адаптована залежно від глибини й масштабів травматизації.

Таким чином, різниця між поняттями визначається тривалістю, глибиною, впливом на особистість і симптоматикою, проте всі вони є результатом порушення базового відчуття безпеки та адаптивних можливостей людини.

Однак травма — не вирок. Людська психіка має здатність до зцілення, за умови правильного підходу. Розглянемо сучасні моделі та підходи роботи з травматичним досвідом, які допомагають зрозуміти механізми дії травми, і методики, що дозволяють працювати з травматичною пам'яттю — на рівні поведінки, нейробіології, інформаційних схем і особистого наративу

Поведінкова модель: травма як умовний рефлекс

Суть моделі:

Поведінковий підхід пояснює психічну травму через механізм класичного обумовлення (або класичного кондиціонування). Згідно з цією моделлю, людина під час травматичної події перебуває в стані гострого стресу, її організм мобілізує захисні реакції (наприклад, реакцію «бий або тікай»). Водночас мозок інтенсивно записує асоціації між стимулами зовнішнього середовища та загрозою. Нейтральні стимули (які самі по собі не становлять небезпеки, як-от певний запах, звук або місце) поєднуються з надзвичайною ситуацією, стаючи сигналами небезпеки.

Наприклад, людина, яка пережила автомобільну аварію, могла запам'ятати звук гальм або запах бензину як сигнал потенційної небезпеки. Пізніше ці стимули, навіть за відсутності реальної загрози, викликають автоматичну реакцію страху, тривоги або паніки. Тобто нейтральні подразники перетворюються на умовні стимули, що активують тривожні реакції, аналогічні до тих, що виникали під час самої травми.

Таким чином, травматична реакція закріплюється як умовний рефлекс — це механізм, описаний ще в класичних експериментах Павлова, коли нейтральний подразник (дзвоник) починає викликати умовну відповідь (слиновиділення у собаки) після багаторазового поєднання з безумовним подразником (їжею). Аналогічний механізм діє і при формуванні травматичних спогадів і реакцій.

В результаті поведінка людини змінюється: з'являється уникнення ситуацій, де можуть виникати умовні стимули, а також постійне очікування небезпеки, що проявляється як гіперпильність (гіпервозбудження). Це підтримує симптоми травми навіть після того, як реальна загроза давно минула.

Переваги моделі:

- **Простота пояснення клієнтам:** Клієнтам легко зрозуміти механізм, за яким формується їхня проблема, що сприяє співпраці й мотивації до терапії. Людині зрозуміло, чому саме певні ситуації викликають тривогу, а терапевт може доступно пояснити план терапевтичної роботи.
- **Емпірична підтвердженість:** Поведінкова модель спирається на результати великої кількості досліджень та експериментів (наприклад, Rescorla & Wagner, 1972; Mowrer, 1960). Це надає їй наукову обґрунтованість, підвищує довіру до терапевтичних методик і дозволяє ефективно використовувати їх у практиці.
- **Логічність і вимірюваність:** Поведінковий підхід чітко структурований і дозволяє точно вимірювати зміни у стані клієнта. Завдяки ясній моделі умови реакції можна ідентифікувати, оцінити й послідовно змінювати в терапевтичному процесі.

- Практичність:** Експозиційні методики поведінкової моделі є добре стандартизованими.
- Вони піддаються чіткому протоколу і можуть бути легко навчено терапевтів різного рівня кваліфікації, що значно розширює можливості для практичного застосування.

Недоліки моделі:

- **Ігнорування когнітивного та емоційного змісту травми:** Головний недолік поведінкового підходу — це його зосередженість виключно на зовнішній поведінці та умовних рефlekсах. Він не враховує складні когнітивні процеси (як-от значення, переконання, самосприйняття), що формуються під час травми. Також недостатньо уваги приділяється емоційному досвіду, суб'єктивним переживанням болю, сорому, провини, які часто супроводжують травматичний досвід.
- **Редукціоністський підхід і втрата цілісності особистості:** Поведінкова модель належить до редукціоністських — вона розкладає складний феномен травми на окремі поведінкові реакції, умовні стимули й рефlekси, але не бачить людину як єдину систему. У процесі терапії ігнорування емоційних, соціальних та екзистенційних аспектів особистості може зменшити ефективність роботи, особливо у випадках складної чи хронічної травми.

Чому це небезпечно? Бо ігнорування цілісності веде до поверхневих змін, симптоми можуть повертатися у кризових ситуаціях, оскільки глибокі причини та внутрішні конфлікти залишаються незмінними.

- **Стислість і спрощення складності травматичного досвіду:** У поведінковому підході травма зводиться лише до механічної реакції. Це може бути недостатнім для пацієнтів із комплексним ПТСР, для яких травма впливає на багато сфер життя (особисті стосунки, довіру, самооцінку), потребуючи глибокої інтегративної роботи.
- **Недооцінка внутрішніх процесів:** Зосередження лише на зовнішніх, поведінкових проявах може залишити поза увагою внутрішні конфлікти, глибокі страхи та переживання, які не завжди мають явні тригери і тому важко піддаються суто поведінковому втручання.

Методики роботи відповідно до моделі:

- **Експозиційна терапія:** Контрольоване повторне занурення в травматичні ситуації чи стимули з метою зниження реактивності.
- **Систематична десенсибілізація:** Покрокове наближення до травматичного стимулу з одночасним застосуванням релаксаційних технік, що поступово знижує рівень тривоги.
- **«Точкова» експозиція:** Цілеспрямована робота з конкретним стимулом, який викликає сильну умовну реакцію, з метою її послаблення або зникнення.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Нейробіологічна модель: консолідація та реконсолідація пам'яті

Суть моделі:

Нейробіологічна модель травми базується на сучасних дослідженнях пам'яті та нейропластичності. Вона пояснює, як саме травматичні спогади закріплюються

(консоліднуються) в мозку та як їх можливо змінювати через механізм реконсолідації. Ця модель ґрунтується на дослідженнях таких учених як Макгау (McGaugh, 2000), Надер (Nader et al., 2000), Екер та його колеги (Ecker, Ticic & Hulley, 2012), та дала початок принципово новому напрямку в роботі з травмою.

Як це відбувається:

- **Консолідація** — це процес переходу пам'яті з короткочасної до довготривалої, під час якого спогади міцно закріплюються в нейронних структурах. При переживанні травматичної події людина перебуває у стані інтенсивного стресу й емоційного збудження. В цей момент активізується гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь (ГГН-вісь), що супроводжується викидом гормонів стресу (кортизолу, адреналіну). Під їх впливом амігдала (відповідає за емоційні реакції й формування страху) посилено активізує гіпокамп (структура, яка відповідає за формування нових спогадів), а префронтальна кора не завжди здатна належним чином регулювати цей процес через стресове перевантаження.

У результаті мозок буквально «закарбовує» травматичний досвід із сильним емоційним забарвленням. Наприклад, людина, яка пережила напад, може дуже детально пам'ятати найдрібніші подробиці події (колір одягу нападника, звук його голосу), при цьому не пам'ятаючи інших деталей того ж дня через домінуючу активацію амігдали.

- **Реконсолідація** — це повторна активація вже консолідованих спогадів, у момент якої вони тимчасово стають пластичними і можуть бути змінені, модифіковані чи навіть «перезаписані». Цей процес відкрили Карім Надер з колегами (Nader et al., 2000), продемонструвавши, що під час повторного відтворення пам'ять втрачає стабільність і вимагає повторного закріплення.

Тут важливий нюанс: просто повторне згадування травматичної події (без терапевтичного втручання) призводить до повторної консолідації травматичної пам'яті, що може посилити емоційну реакцію, тобто людина повторно травмується. Це і є несвідома ретравматизація. Водночас, у процесі терапії реконсолідації пам'яті (Ecker, Ticic & Hulley, 2012) після активації спогаду терапевт свідомо вводить нову, коригувальну інформацію (наприклад, нові когнітивні схеми, безпечний контекст чи протилежні емоційні стани), завдяки чому травматичний спогад переписується з менш болісним емоційним забарвленням.

Наприклад, при згадуванні аварії у звичайних умовах людина знову переживає жах і безпорадність. У терапії реконсолідації пам'яті вона згадує ту ж подію у безпечному середовищі, паралельно отримуючи новий досвід безпеки й підтримки, що перезаписує первинну негативну реакцію мозку.

Переваги моделі:

- **Наукова обґрунтованість:** Модель спирається на емпірично підтверджені механізми роботи мозку (McGaugh, 2000; Nader et al., 2000). Це забезпечує терапевтичним методам високу довіру серед спеціалістів та пацієнтів.
- **Потенціал зміни емоційного змісту пам'яті:** Терапевт може цілеспрямовано змінювати емоційне забарвлення та значення травматичних спогадів. Наприклад, інтенсивний страх можна замінити нейтральною або навіть позитивною асоціацією, створюючи новий, менш травматичний досвід.

- **Потужний терапевтичний потенціал:** Можливість «перезапису» травматичних спогадів через контрольовану реконсолідацію відкриває шлях для радикальної зміни стану пацієнта, зменшуючи симптоми ПТСР і покращуючи якість життя.

Недоліки моделі:

- **Не всі травматичні спогади піддаються реконсолідації:** Глибокі, ранні дитячі або хронічні травматичні досвіди часто складніше активувати і змінити, оскільки вони глибоко інтегровані в структуру особистості й мають багато асоціативних зв'язків.
- **Вимагає точного протоколу:** Процес реконсолідації вимагає чітких часових рамок, умов та компетентності терапевта. Помилка в активації або у внесенні коригуючої інформації може звести ефективність терапії нанівець.
- **Ризик посилення травматизації:** Якщо терапевтична інтервенція недостатньо продумана або виконана неправильно, людина ризикує повторно пережити травму без нового позитивного контексту, що може закріпити або навіть посилити початкову негативну реакцію. Це створює реальну небезпеку загострення симптомів.

Практичні методики:

- **EMDR (Desensitization and Reprocessing):** Методика, розроблена Френсін Шапіро, використовує двосторонню стимуляцію (наприклад, рухи очей) для активації й реконсолідації травматичних спогадів із введенням нових когнітивних і емоційних елементів.
- **Терапія реконсолідації пам'яті (Coherence Therapy, Ecker, Ticic & Hulley, 2012):** Це конкретний метод, який передбачає три стадії:
 1. **Активація:** контрольоване викликання травматичного спогаду з усвідомленням емоційних та когнітивних аспектів.
 2. **Дестабілізація:** спогад втрачає стабільність, відкриваючи шлях для змін.
 3. **Перезапис:** введення нової інформації, яка змінює емоційне значення спогаду, створюючи безпечний і позитивний контекст.
 4. **Асоційована/дисоційована візуалізація:** Метод, що дозволяє активувати травматичні спогади з різних перспектив, регулюючи ступінь залученості клієнта (зсередини чи ззовні), що впливає на глибину реконсолідації.

Таким чином, нейробіологічна модель є перспективною в роботі з травмою, але вимагає від терапевта точності й професійної зрілості, а від клієнта — готовності до співпраці у процесі зміни власних найглибших спогадів.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Інформаційна модель (Information-Processing)

- **МЕРЕЖА СТРАХУ** [Fear Network]

Суть моделі:

Інформаційна модель психічної травми розглядає травматичний досвід як створення специфічної «**мережі страху**» — складної інформаційної системи, в якій переплітаються спогади, емоції, тілесні реакції, когнітивні схеми й установки (Foa & Kozak, 1986). Відповідно до цієї теорії, мозок **під час травматичного досвіду** формує єдину *специфічну* когнітивно-емоційну мережу, яка включає *виключно негативні* уявлення людини про себе («я безпорадний», «я слабкий»), світ («світ небезпечний», «людям не можна довіряти») і майбутнє («мене чекає повторення небезпеки»).

Процес створення когнітивно-емоційних мереж забезпечується спільною роботою кількох нейронних систем мозку:

- **Амігдала** відповідає за емоційну оцінку подій і страхову реакцію,
- **Гіпокамп** бере участь у формуванні контекстуальних спогадів,
- **Префронтальна кора** відповідає за когнітивну інтерпретацію досвіду.

***У травматичних обставинах** зв'язок між цими структурами стає надміру міцним, формуючи стійкі схеми, які активуються будь-якими схожими тригерами навіть у безпечних ситуаціях.*

***Наприклад**, людина, яка пережила фізичний напад увечері на вулиці, може сформувати інформаційну мережу страху, що включає не тільки сам спогад про напад, але й образ темряви, відчуття холоду, звуки кроків. Надалі будь-який із цих елементів (наприклад, звук кроків за спиною) здатен миттєво активізувати всю мережу, запускаючи панічні реакції навіть тоді, коли реальної загрози немає.*

Як саме працює нейробіологічний механізм:

Під час травматичної події активізується амігдала, яка фіксує емоційну реакцію на небезпеку, одночасно гіпокамп записує контекст, а префронтальна кора намагається осмислити ситуацію. Але через сильний стрес нормальний зв'язок між цими ділянками порушується: емоційні та тілесні реакції записуються занадто інтенсивно (амігдала гіперактивна), а когнітивна оцінка ситуації стає спотвореною. В результаті формується мережа страху, яка потім дуже легко активується в майбутньому.

Різниця з нейробіологічною моделлю консолідації:

Якщо нейробіологічна модель реконсолідації пам'яті працює з конкретним спогадом (перезаписуючи його через короткочасну нейропластичність), інформаційна модель працює з усією інформаційною мережею: це означає не просто переписування одного спогаду, а внесення нових когнітивних, поведінкових і емоційних елементів до всієї структури травматичного досвіду. Тут потрібна не лише активація пам'яті, але й когнітивне переосмислення, формування нових схем реагування.

Переваги моделі:

- **Комплексність підходу:** Модель враховує одночасно когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, дозволяючи глибше зрозуміти та ефективно впливати на широкий спектр симптомів травми.

- **Інтегративність:** Добре поєднується з когнітивно-поведінковими методиками, такими як КПТ (когнітивно-поведінкова терапія). Також гарно узгоджується з транзактним аналізом, оскільки обидва підходи працюють з когнітивними схемами («сценаріями») та емоційними переживаннями («рішеннями», «переконаннями»), які формують реакції на травматичний досвід.
- **Системний погляд на травму:** Дозволяє побачити взаємозв'язок травматичного досвіду з іншими аспектами життя людини (відносини, самооцінка, життєві сценарії).

Недоліки моделі:

- **Складність для клієнтів з дезорганізованим мисленням:** Під дезорганізованим мисленням мається на увазі порушення логічного та послідовного сприйняття інформації (наприклад, при вираженій дисоціації, психотичних або межових станах). У таких ситуаціях клієнту складно працювати зі схемами та когнітивними реконструкціями, адже мислення й емоції можуть бути фрагментовані.
- **Тривалий терапевтичний процес:** Оскільки мережа страху має багато компонентів (когнітивних, емоційних, тілесних), терапія потребує багато часу для поступового пропрацювання кожного елемента. Це робить терапевтичний процес довготривалим і вимагає високої мотивації клієнта.
- **Складність діагностики та стандартизації:** Кожна інформаційна мережа страху індивідуальна. У різних клієнтів різні реакції на травму: хтось реагує страхом, хтось агресією, хтось уникненням, а хтось дисоціацією. Відповідно, це ускладнює створення стандартизованих протоколів і потребує гнучкості терапевта.

Практичні методики роботи:

- **Психоедукація** (роз'яснення механізмів травми, навчання саморегуляції)
- **Когнітивна реструктуризація:** Терапевтична робота зі схемами мислення, що підтримують травматичні реакції, із поступовим формуванням нових, більш адаптивних переконань («Світ безпечніший, ніж мені здається», «Я можу справитися з ситуацією»).
- **Письмова експозиція:** Терапевтична техніка, коли клієнт письмово детально описує травматичну подію, що допомагає структурувати інформацію, зменшити хаотичність спогадів і поступово знизити інтенсивність переживань.
- **Пролонгована експозиція (Prolonged Exposure Therapy):** Методика, яка передбачає багаторазовий контрольований виклик травматичних спогадів чи ситуацій, пов'язаних з ними, для зниження інтенсивності емоційної реакції.

↓

ЕКСПОЗИЦІЙНА ТЕРАПІЯ

Хто запропонував цей метод:

Експозиційна терапія бере початок із класичної поведінкової терапії. Витоки — у роботах Джозефа Вольпе (Joseph Wolpe, 1950–60-ті роки), який розробив техніку систематичної десенсибілізації для лікування фобій.

Згодом метод був адаптований для роботи з посттравматичними станами — насамперед Едом Насмейром (Edna Foa) у 1990-х роках у межах **Пролонгованої експозиційної терапії** (Prolonged Exposure Therapy, PE).

Суть моделі

Експозиційна терапія базується на ідеї, що уникання травматичних спогадів підтримує симптоми ПТСР. Метод передбачає **поступове і контрольоване зіткнення з травматичними стимулами** (спогадами, образами, ситуаціями), щоб зменшити емоційний заряд страху і тривоги.

Мета — навчити мозок, що ці сигнали більше не становлять загрози, й **переписати умовні зв'язки між стимулом і страхом**.

Нейробіологічне підґрунтя експозиційної терапії

Експозиційна терапія ґрунтується на механізмах **страхового навчання та розгальмування умовного рефлексу страху**, які вивчаються в нейронауці. Коли людина переживає травму, мозок "запам'ятовує" певні сигнали (образи, запахи, ситуації) як **небезпечні**, навіть якщо реальною загрози більше немає.

Цей зв'язок зберігається в **мигдалеподібному тілі (амігдалі)** — центрі емоційної пам'яті.

Під час контрольованої експозиції ці сигнали знову активуються, але в **безпечному терапевтичному середовищі**, що дозволяє мозку створити новий досвід: "це вже не небезпека".

Цей процес називається **екстинкція (вгасання)** — пригнічення попередньої умовної реакції страху. Він пов'язаний із **роботою префронтальної кори**, яка "переписує" емоційні зв'язки, і **гіпокампа**, який допомагає розрізняти минуле і теперішнє.

Експліцитна й імпліцитна пам'ять: у чому різниця?

- **Експліцитна пам'ять (декларативна)** — це **усвідомлені спогади**: події, образи, факти.
Наприклад: "Мені було 9, коли стався вибух. Я пам'ятаю, як ховався під столом".
Вона пов'язана з **гіпокампом** і обробляється на рівні **свідомого мислення**.
- **Імпліцитна пам'ять (емоційна, тілесна)** — це **неусвідомлені сліди пережитого досвіду**: тілесні реакції, емоції, рефлекси.
Наприклад: "Мені стає моторошно від запаху газу, хоча я не знаю чому".
Вона закодована в **амігдалі** і проявляється **через емоції, тіло, автоматичні реакції**, часто — **без усвідомлення причин**.

Отже,

Травматичні спогади зберігаються **не тільки як слова й образи**, а й у вигляді імпліцитних реакцій — тіла, страху, сорому.

Експозиційна терапія **поступово переводить імпліцитну пам'ять у контрольовану, експліцитну форму**, дозволяючи клієнту:

- усвідомити, що саме викликає реакцію;
- прожити спогад у безпечних умовах;
- зменшити тілесну та емоційну гіперреактивність.

Переваги експозиційної терапії:

- науково підтверджена ефективність при ПТСР та тривожних розладах;
- порівняно короткий курс (10–12 сесій);
- чіткий протокол, легко стандартизується;
- дає відчутний контроль над симптомами;
- активно залучає клієнта у процес відновлення.

Недоліки експозиційної терапії:

- **ризик повторної травматизації**, якщо клієнт не готовий до роботи зі спогадами;
- не завжди підходить людям з **дисоціацією, складними формами К-ПТСР** або нестабільною регуляцією емоцій;
- вимагає ретельної підготовки та стабілізації перед початком;
- не враховує глибокий символічний або міжособистісний рівень травматизації.

Приклади технік та методик:

- **Рейтинг тривоги (SUDS)** — шкала для відстеження зменшення емоційного заряду
- **Респірація та заземлення** — як допоміжні техніки стабілізації
- **Імагінативна експозиція** — повторне програвання травматичних спогадів у уяві під контролем терапевта
- **Запис і прослуховування розповіді про травму** — клієнт переказує спогад і слухає запис між сесіями
- **Ін-віво експозиція** — поступове зіткнення з реальними ситуаціями, яких клієнт уникає

Чим експозиційна терапія відрізняється від інших моделей:

- **Від поведінкової:** Походить з неї, але на відміну від загальної поведінкової терапії (де акцент на зміні поведінки), тут **основна робота — з внутрішніми образами й пам'яттю**.
- **Від нейробіологічної:** Нейробіологічна модель фокусується на зміні мозкових структур, тоді як експозиційна терапія — **на поведінковому навчанні через прямий досвід безпеки**.
- **Від інформативної:** Інформативна модель (на зразок психоедукації) пояснює процеси і допомагає усвідомити реакції, **але не змінює емоційної пам'яті напряму**, як експозиція.
- **Від наративної:** Наративна модель працює з особистісним переосмисленням травми, включенням її в життєву історію. Експозиція ж — **про проживання страху "в лоб"** до моменту зниження емоційної реакції (десенсибілізація).

Зв'язок: Інформаційна модель (Information-Processing) → мережа страху (fear network) → Експозиційна терапія

це не одне й те саме, але глибоко пов'язані моделі

- **модель Мережі страху** [*Fear Network / Information-Processing Theory (Foa & Kozak, 1986)*] пояснює, як **страх зберігається у пам'яті у вигляді мережі асоціацій**.

Мережа страху містить:

- інформацію про **стимул** (наприклад, чоловік у формі),

- **реакцію організму** (прискорене серцебиття, напруження),
- **значення події** (небезпечний, загроза, смерть).

Коли один з елементів активується, **вся мережа вмикається**, викликаючи реакцію страху — навіть якщо об'єктивної загрози нема.

Мета терапії: змінити або "переписати" цю мережу — тобто **оновити пам'ять через новий досвід**, де ті самі сигнали більше не пов'язані з небезпекою.

- **Експозиційна терапія [Exposure Therapy] - метод**, який базується саме на моделі мережі страху.

Він полягає у **контрольованому, повторюваному стиканні з травматичними спогадами чи тригерами** в безпечному середовищі.

Експозиція запускає мережу страху, а терапевтична підтримка та відсутність реальної загрози створюють **нові зв'язки у пам'яті**, які поступово її змінюють.

- **Модель мережі страху** — це **теоретичне підґрунтя**, яке пояснює, як зберігається й активується травматична пам'ять.
- **Експозиційна терапія** — це **практичне застосування** цієї теорії в терапевтичному процесі.

Модель мережі страху (Fear Network) — це теоретичне пояснення того, як травматичні спогади структуруються в пам'яті: у вигляді зв'язаних асоціацій між сигналами, тілесними реакціями й значеннями загрози.

Натомість експозиційна терапія — це метод, який базується на цій моделі. Він передбачає поступове й безпечне "переписування" цієї мережі шляхом контрольованого повернення до травматичних спогадів.

Тобто: **модель мережі страху — це "карта", а експозиційна терапія — це "маршрут" її оновлення.**

Таким чином, інформаційна модель є потужним підходом, що дозволяє терапевту глибоко й комплексно пропрацювати травматичний досвід, враховуючи когнітивні схеми, емоційні реакції та поведінкові патерни. Однак її ефективне застосування вимагає уважності, точності й готовності до тривалої терапевтичної роботи як з боку клієнта, так і терапевта.

На базі цієї моделі й ґрунтується експозиційна терапія — практичний інструмент, що дозволяє "переписати" страхову мережу пам'яті через безпечне занурення в травматичні образи чи сигнали. Таким чином, інформаційна модель виступає теоретичним фундаментом, а експозиція — її прикладним втіленням у роботі з посттравматичними розладами.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Наративна модель: розрив у життєвій історії

Суть моделі:

Наративна модель розглядає травму як глибокий розрив у **символізації** та **девальвацію** аутобіографічного наративу людини.

- **Символізація** – це психічний процес, завдяки якому людина може осмислювати, позначати та інтерпретувати свій досвід через слова, образи чи символи. Травма порушує цю здатність, через що подія перестає бути «символічно представленою» – людина не може надати події осмисленого значення, інтегрувати її в загальну картину життя.
- **Девальвація наративу** – це процес знецінення чи втрати важливості власної життєвої історії. Внаслідок травми людина втрачає віру в цінність свого досвіду, починає відчувати, що її життя перестало мати сенс і послідовність.

Аутобіографічний наратив – це внутрішня історія життя, яку людина створює та підтримує. Він формує ідентичність, забезпечує почуття єдності, сенсу і прогнозованості майбутнього. Травматична подія спричиняє розрив цієї історії – людина відчуває себе роз'єднаною зі своїм минулим і майбутнім, завмираючи в точці болю та безпорадності (Neimeyer, 2001).

Як це працює нейробіологічно?

З нейробіологічної точки зору порушення символізації при травмі пов'язано з дезінтеграцією роботи структур мозку, таких як:

- **Префронтальна кора** (відповідає за логічне мислення, планування, символізацію та інтеграцію досвіду в життєву історію)
- **зона Брока** (мовний центр, що відповідає за вербалізацію досвіду, при травмі часто пригнічується)
- **Гіпокамп** (формує контекст спогадів, інтегрує спогади в цілісну історію)
- **Амігдала** (зберігає емоційне забарвлення травми, домінує під час стресу)

Під час травми посилено активується амігдала, пригнічується префронтальна кора та зона Брока, через що подія фіксується як безсловесний, хаотичний, «сирий» емоційний досвід. Людина не може осмислити й інтегрувати цей досвід, виникає почуття відчуженості від себе.

Що означає «бути автором власної історії»?

«*Бути автором*» власної історії означає відчувати контроль і відповідальність за своє життя, бачити себе як людину, що активно створює свій життєвий шлях. Після травми людина втрачає це відчуття, починає сприймати себе як пасивного учасника подій («зі мною це сталося»), а не як автора власного життя («я проживаю своє життя»).

Наприклад, людина, що пережила втрату близького, може «завмерти» в травматичному досвіді, переставши будувати майбутні плани, переставши вірити, що її рішення щось змінюють. Вона перестає бути «автором», а її історія зупиняється, обривається на точці болю.

Переваги моделі:

- **Інтеграція травми в життєву історію:** Наративна терапія допомагає людині поступово інтегрувати травматичний досвід у власну історію життя, знаходячи для нього нове місце й сенс. Травма перестає бути чужим фрагментом життя й починає сприйматися як складний, але осмислений досвід.

- **Робота з ідентичністю, а не лише симптомами:** Метод працює не тільки з симптомами (тривога, депресія), але й з глибокими уявленнями про себе й світ. Це забезпечує тривалий ефект від терапії та глибокі зміни.
- **Глибинне осмислення досвіду:** Клієнт отримує змогу осмислити пережите, знаходити нові смисли, які не руйнують, а збагачують його життя, забезпечуючи емоційну гнучкість і адаптивність.

Недоліки моделі:

- **Потребує здатності до символізації:** Здатність до символізації передбачає можливість людини осмислювати та виражати внутрішній досвід через слова, символи або образи. При **гострій дисоціації** (різкий, гострий розрив зв'язку між свідомістю, емоціями й тілом, часто при сильному стресі чи гострій травмі) ця здатність тимчасово блокується, і тоді наративні методики працюють слабо або зовсім не працюють.
- **Повільність методу:** Наративна робота зазвичай займає багато часу й потребує поступовості, що робить її малоефективною в кризових ситуаціях, коли людина потребує негайної стабілізації.

Мінуси та ризики моделі:

- **Суб'єктивність, залежність від вербальних і символічних здібностей:**
 - **Вербальні здібності** – це здатність ясно, зрозуміло і точно описувати свої думки й почуття словами.
 - **Символічні здібності** – це вміння виражати свій внутрішній досвід через образи, метафори чи символи. Людям із низькими вербальними чи символічними здібностями (наприклад, при сильній дислексії, низькому рівні освіти чи при аутичних рисах) важко використовувати наративні техніки.
- **Ризик повторної травматизації:** Неправильно побудована наративна робота може спричинити повторну травматизацію через надмірне занурення в болісні деталі спогадів без відповідної підтримки та безпеки. Це небезпечно тим, що людина може втратити психологічну стабільність, почати уникаати терапії або поглибити симптоми ПТСР.

Практичні методики роботи:

- **Наративна експозиція (Schauer, Neuner, Elbert):** Послідовний переказ травматичних подій у хронологічному порядку, що сприяє інтеграції досвіду в життєву історію.
- **Письмова нарація травматичного досвіду:** Поступове письмове осмислення травматичних подій з метою символізації й інтеграції досвіду.
- **Арт-терапія як наративна реконструкція:** Використання мистецтва (малювання, колажів) для створення символічних історій, що дозволяють клієнту безпечно виразити свій досвід, поступово відновлюючи символізацію та внутрішню цілісність.

Отже, наративна модель є глибоким і потужним інструментом інтеграції травматичного досвіду, який має свої переваги та обмеження, потребуючи високої кваліфікації терапевта й уважного ставлення до можливостей клієнта.

Комплексний ПТСР

модель Пітера Волкера

Суть моделі:

Пітер Волкер, один із ключових сучасних дослідників комплексної травми, розглядає Комплексний ПТСР як наслідок хронічної, повторюваної міжособистісної травматизації, що зазвичай бере початок у дитинстві (Walker, 2013). Його модель базується на уявленні, що Комплексний ПТСР не є лише «інтенсивнішим варіантом» класичного ПТСР, а принципово іншим феноменом, який змінює всю структуру особистості.

Згідно з Волкером, комплексна травма породжує так званий «емоційний флешбек» (emotional flashback) — особливий тип флешбеку, що характеризується повторним переживанням не конкретного спогаду, а сильних емоційних станів, які виникли під час ранніх травматичних подій (безпорадність, покинутість, сором, самотність). Це не завжди супроводжується візуальними спогадами чи конкретними образами; людина може навіть не усвідомлювати, що переживає флешбек, але її захоплює інтенсивна емоційна реакція, начебто з минулого.

Пітер Волкер виокремлює чотири типи реакцій («*4F responses*»), які формуються в результаті комплексної травми:

- **Fight (боротьба)** — домінують гнів та агресія;
- **Flight (втеча)** — домінують тривога й уникнення;
- **Freeze (завмирання)** — домінують депресія, дисоціація й пасивність;
- **Fawn (догідливість)** — домінують самознецінення, підлаштування, співзалежні стратегії поведінки.

Ці патерни зазвичай формуються в ранньому дитинстві як способи вижити й адаптуватися до середовища, де неможливо було задовольнити базові потреби в безпеці, турботі й любові.

Нейробіологічні механізми:

Пітер Волкер також опирається на нейробіологічні дослідження, які вказують, що при комплексній травмі порушується робота таких мозкових структур:

- **Амігдала** — стає гіперактивною, відповідаючи за надмірні емоційні реакції (страх, гнів, сором);
- **Префронтальна кора** — послаблюється контроль над емоціями, імпульсами й адаптивною поведінкою;
- **Гіпокамп** — через хронічний стрес може бути зменшений у розмірах, що погіршує здатність інтегрувати спогади та контекст травматичних подій.

Таким чином, людина, що пережила комплексну травму, перебуває в постійному стані емоційної дезрегуляції, зниженого контролю над власними реакціями й постійного внутрішнього очікування загрози чи безпорадності.

Наприклад, доросла людина, яка в дитинстві зазнала хронічного емоційного ігнорування, може роками уникати близьких стосунків, відчувати сором через власні потреби або впадати в емоційну паніку щоразу, коли зіштовхується з критикою чи відмовою.

Така внутрішня реальність формує поведінку, впливає на стосунки та самооцінку, а отже — потребує тривалого, глибокого і чутливого терапевтичного підходу.

Модель Волкера дає важливі орієнтири для розпізнавання й нормалізації складних симптомів К-ПТСР. Її практична цінність — у здатності допомогти людині розплутати клубок автоматичних емоційних реакцій і поступово повернути собі контроль, гідність і базове відчуття безпеки.

Переваги моделі Волкера:

- **Комплексність і глибина:** Модель Волкера охоплює не тільки симптоми, а й глибокі емоційні та поведінкові патерни, допомагаючи зрозуміти внутрішню логіку травматизованої особистості.
- **Зрозумілість для клієнтів:** Концепція «емоційного флешбеку» та «чотирьох F-реакцій» інтуїтивно зрозуміла людям, що страждають від комплексної травми, це дає їм можливість краще усвідомлювати власні реакції та більш ефективно керувати ними.
- **Практична спрямованість:** Волкер пропонує чіткі методики роботи, які спрямовані на зменшення інтенсивності флешбеків, стабілізацію емоційних станів та відновлення внутрішньої безпеки.

Недоліки моделі Волкера:

- **Фокус переважно на емоціях:** Хоча Волкер чудово описує емоційні й поведінкові реакції, його модель приділяє менше уваги когнітивній реструктуризації й формуванню нових смислів, що може обмежувати застосування цієї моделі як єдиного підходу в терапії.
- **Вимагає значної саморефлексії клієнта:** Методика Волкера вимагає високого рівня усвідомленості й самоспостереження з боку клієнта, що може бути складним для людей із вираженою дисоціацією чи низьким рівнем емоційної самосвідомості.

Практичні методики роботи:

Пітер Волкер пропонує кілька чітких стратегій для роботи з комплексним ПТСР:

1. **Розпізнавання емоційних флешбеків (flashback management):** Навчання клієнтів розпізнавати ознаки початку емоційного флешбеку та застосовувати техніки саморегуляції (дихання, заземлення, усвідомленість, м'яка внутрішня розмова) для виходу з цього стану.
2. **Відновлення внутрішнього почуття безпеки («inner child work»):** Робота з внутрішньою дитиною, де клієнт вчиться самостійно надавати собі підтримку, турботу, захист і емпатію, яких бракувало в дитинстві.
3. **Терапія співчуття до себе (Self-Compassion):** Формування доброзичливого й співчутливого ставлення до себе, зниження внутрішнього критика, що допомагає зменшити сором, самозвинувачення та почуття неповноцінності.
4. **Робота з реакціями 4F:** Ідентифікація домінуючих захисних реакцій клієнта (боротьба, втеча, замирання чи догідливість) та розвиток альтернативних стратегій реагування, які є більш адаптивними у зрілому віці.

Основні методики інтегративної роботи з комплексним ПТСР за Пітером Волкером:

- **Психоедукація** (роз'яснення механізмів травми, навчання саморегуляції).

- **Техніки майндфулнес та заземлення** (дихальні вправи, тілесні практики для регуляції тривоги й дисоціації).
- **Терапевтичний щоденник** (письмова фіксація й опрацювання емоційних флешбеків).
- **Когнітивна реструктуризація та емоційна реінтеграція** (поступове переписування глибинних переконань, що виникли внаслідок травми).

Отже, модель Пітера Волкера є потужним та ефективним інструментом для розуміння й лікування комплексного ПТСР, що пропонує зрозумілий і глибокий підхід, спрямований не тільки на симптоми, але й на відновлення цілісності особистості після травми.

модель Джудіт Герман

Суть моделі:

Джудіт (Юдіт) Герман у своїй книзі «Психологічна травма та шлях до видужання» (*Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — from Domestic Abuse to Political Terror*) запропонувала комплексну модель роботи з психологічною травмою, яка вважається еталонною завдяки своїй глибині, системності та цілісному підходу до людини. Її концепція поєднує індивідуальні та соціальні аспекти травматизації, що дозволяє ефективно працювати з найрізноманітнішими проявами травми — від досвіду домашнього насильства до переживань, пов'язаних із політичними репресіями та терором.

- **Domestic Abuse** (домашнє насильство) — це насильницькі дії фізичного, психологічного, сексуального або економічного характеру, які здійснюються одним членом сім'ї або близьким партнером щодо іншого. Цей тип насильства руйнує відчуття безпеки та довіри в найближчих стосунках.
- **Political Terror** (політичний терор) — це систематичне використання насильства з боку держави чи політичних організацій для контролю над населенням або досягнення політичних цілей. Політичний терор може включати залякування, арешти, катування, ув'язнення без суду, викрадення людей, політичні вбивства та масові репресії.

Особливу увагу Герман приділяє **комплексному ПТСР** — стану, що виникає внаслідок тривалого насильства за умов тотальної безпомічності. Саме завдяки цьому фокусу її підхід визнано одним із найефективніших у терапії тяжких, пролонгованих посттравматичних станів.

Нейробіологічні механізми:

З погляду **нейробіології**, Герман розглядає травму як подію, що порушує нормальне функціонування мозку — передусім тих його структур, які відповідають за відчуття безпеки та регуляцію стресу. **Амігдала**, що виконує роль детектора загроз, починає гіперактивно реагувати навіть на нейтральні подразники, тоді як **гіпокамп** — структура, відповідальна за формування та впорядкування спогадів, — зазнає змін, що призводять до фрагментації пам'яті про травматичний досвід.

Травма руйнує базове відчуття безпеки та довіри, позбавляючи людину відчуття контролю над власним життям у момент події. **Базова здорова довіра** — це фундаментальна здатність покладатися на інших, сприймати світ як передбачуване та відносно безпечне місце. Вона формується у ранньому досвіді взаємодії, але може бути глибоко порушена внаслідок травматичних подій, особливо якщо джерелом небезпеки стає близька людина або соціальна система.

Наприклад, після пережитого домашнього насильства чи політичного переслідування, людина може почати очікувати небезпеки навіть у ситуаціях, які

насправді є безпечними. Вона втрачає здатність довіряти іншим, ізолюється та постійно перебуває в режимі гіперпильності, що ще більше посилює внутрішнє відчуття безсилля.

Цілковите відновлення довіри — непростий, але можливий процес. Це потребує тривалого, обережного терапевтичного супроводу, який дозволяє поступово створювати новий досвід безпечних стосунків, де людина вчиться знову покладатися на себе, на інших — і на життя.

Методика Джудіт Герман включає три ключові етапи:

- 1. Відновлення безпеки та стабілізація** На цій стадії людина вчиться створювати відчуття внутрішньої та зовнішньої безпеки. Це досягається через психоедукацію, навчання технікам саморегуляції та зменшення симптомів травматичного стресу. Основна мета цього етапу — повернути контроль над своїм тілом, емоціями та щоденним життям.
- 2. Реконструкція історії травми та робота з травматичними спогадами** На другому етапі відбувається поступове, контрольоване та підтримуване повернення до травматичних спогадів. Людина реконструює історію травматичної події, що дозволяє їй інтегрувати ці спогади в цілісну особистісну історію, тим самим знижуючи їх емоційний заряд та руйнівний вплив на психіку.
- 3. Відновлення зв'язків із соціальним оточенням** Третій етап зосереджується на подоланні соціальної ізоляції та відновленні стосунків з іншими людьми. Це означає побудову нових, більш безпечних зв'язків і повернення до активної соціальної ролі. Тут також важливі техніки соціальних навичок і розвиток підтримуючої мережі.

Переваги методу Герман:

- комплексний підхід, що враховує емоційні, когнітивні та соціальні аспекти;
- висока ефективність у роботі з тяжкими травмами;
- чітка структурованість етапів, що робить терапію зрозумілою та передбачуваною для клієнта;
- наголос на поступовості, що зменшує ризик повторної травматизації.

Недоліки методу:

- процес може бути тривалим та ресурсозатратним;
- потребує високого рівня підготовки терапевта;
- не всі клієнти готові або здатні пройти через глибокий процес реконструкції травматичних подій.

Практичні методики роботи за Джудіт Герман:

- **психоедукація:** надання клієнту знань про природу травми, її вплив на психіку, емоції та стосунки. Вона допомагає усвідомити, що переживання є нормальною реакцією на ненормальні події, знижує провину й сором, підвищує мотивацію та сприяє свідомому використанню технік стабілізації й відновлення.)
- навчання клієнта технікам стабілізації та саморегуляції (*наприклад, заземлення, дихальні практики*)
- **кероване згадування та реконструкція травматичного досвіду:** це обережне й поступове повернення до травматичних спогадів у безпечному терапевтичному середовищі. Мета — допомогти клієнту інтегрувати фрагментовані спогади у зв'язну розповідь, зменшити їхній емоційний заряд та повернути відчуття контролю над власною історією.

- **когнітивна реструктуризація** (зміна негативних переконань про себе та світ): робота з глибинними переконаннями, що сформувались під впливом травми (наприклад, «зі мною щось не так» або «світ небезпечний»). Завдяки цій техніці клієнт поступово змінює деструктивні схеми мислення на більш реалістичні та підтримувальні.
- **формування та підтримка здорових соціальних зв'язків**: процес відновлення довіри до людей і побудови стосунків, які базуються на безпеці, взаємності та підтримці. Така робота допомагає зменшити ізоляцію, підвищити рівень психологічної стійкості та створити новий досвід емоційної безпеки.

Модель Джудіт Герман стала етапною у роботі з травмою — завдяки структурованості, глибокому розумінню психологічних процесів та інтеграції особистісного й соціального вимірів. Вона показала: навіть після найтяжчих подій можна відновити контроль, безпеку та здатність до зв'язків. Її підхід став дороговказом для тих, хто йде шляхом глибокого зцілення.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Терапія, сфокусована на співчутті (Compassion Focused Therapy, CFT)

Суть моделі:

Терапія, сфокусована на співчутті (CFT), розроблена британським психологом Полом Гілбертом і розвинена його послідовниками, серед яких особливо важливі роботи Дебори Лі, є одним з ефективних сучасних підходів до лікування комплексного ПТСР і хронічної травми.

Головна ідея CFT полягає в тому, що психологічні проблеми, пов'язані з комплексною травмою, значною мірою підтримуються глибоким почуттям сорому, самокритикою, почуттям ізольованості та нездатністю бути співчутливим до себе. CFT спрямована на розвиток співчуття до себе та формування внутрішньої емоційної підтримки, що дозволяє стабілізувати і зцілити психіку людини, яка пережила травму (Gilbert, 2009; Lee, 2012).

Згідно з моделлю Гілберта, людина має три емоційні регуляторні системи:

- **Система загрози** (threat system): активується при відчутті небезпеки та формує реакції страху, гніву, сорому й самокритики (домінує при ПТСР).
- **Система стимулювання і пошуку ресурсів** (drive system): відповідає за мотивацію, прагнення досягати результатів та отримувати винагороду.
- **Система заспокоєння і соціального зв'язку** (soothing system): відповідає за спокій, безпеку, комфорт і відчуття близькості, і саме вона при комплексній травмі порушена найбільше.

У людей з комплексним ПТСР система загрози є гіперактивною, а система заспокоєння пригнічена або розвинена слабо. Завдання CFT – зміцнити систему заспокоєння, навчивши людину «самозаспокоєнню» через активне співчуття до себе.

Нейробіологічні механізми терапії співчуттям:

З нейробіологічної точки зору, терапія співчуття активізує системи мозку, відповідальні за безпеку, заспокоєння і соціальну взаємодію:

- **Префронтальна кора:** CFT посилює контроль цієї зони над лімбічною системою, дозволяючи краще регулювати негативні емоції.
- **Окситочинава система:** формування співчуття до себе активує виділення окситочину – нейромедіатора, що відповідає за почуття безпеки, довіри та соціальної близькості.
- **Амігдала та гіпокамп:** регулярні практики співчуття знижують реактивність амігдали й покращують інтеграцію травматичних спогадів через активізацію гіпокампу.

Таким чином, терапія, орієнтована на співчуття, сприяє нейропластичності, створюючи нові, безпечніші шляхи емоційної регуляції.

Переваги моделі:

- **Глибокий вплив на сором і самокритику:** CFT особливо ефективна для людей із комплексним ПТСР, які страждають від глибокого сорому, самозвинувачення та внутрішнього критика. Співчуття до себе напругу знижує ці симптоми, підвищуючи самооцінку та психологічну гнучкість.
- **Підтвердження емпіричними дослідженнями:** Модель Пола Гілберта має потужну наукову базу, підтверджену численними емпіричними дослідженнями, що підвищує її авторитет серед психотерапевтів і клієнтів.
- **Інтегративність:** CFT добре інтегрується з іншими підходами (КПТ, травмофокусована терапія, нарративний підхід), підсилюючи їх ефективність через формування внутрішньої безпеки й підтримки.

Недоліки моделі:

- **Потребує регулярної практики:** Методики терапії співчуттям потребують регулярного тренування і практики. Якщо клієнт не готовий постійно застосовувати техніки в повсякденному житті, ефект буде мінімальним або тимчасовим.
- **Опір з боку клієнтів:** Люди з сильним самокритиком або внутрішнім опором можуть важко сприймати концепцію самоспівчуття. Спочатку методика може викликати протест або недовіру, що вимагає від терапевта високої майстерності в роботі з опором.
- **Повільні результати в кризових ситуаціях:** CFT більше орієнтована на глибокі й тривалі зміни, ніж на швидку стабілізацію в гострих кризових станах.

Ризики:

- **Емоційне перевантаження:** При першому контакті з внутрішнім співчуттям клієнт може зіткнутися з глибоким горем і болем, які раніше були заблоковані самокритикою та уникненням. Без уважного терапевтичного супроводу це може викликати емоційну дестабілізацію.

Практичні методики роботи CFT:

1. **Розвиток образу співчутливого «Я»:** Створення уявного або символічного образу внутрішнього співчутливого союзника, який підтримує, заспокоює і допомагає справлятися з переживаннями сорому чи страху.

- Терапевтична медитація співчуття:** Практики майндфулнес, орієнтовані на формування ставлення співчуття та доброзичливості до себе, поступово змінюють внутрішній тон спілкування з собою.
- 3. Робота з внутрішнім критиком:** Когнітивні техніки виявлення, діалогу та переосмислення критичних внутрішніх голосів, заміна їх на співчутливі, підтримуючі та реалістичні твердження.
- 4. Письмові вправи співчуття:** Ведення щоденника співчуття, де клієнт щоденно фіксує досвід самоспівчуття, власні досягнення та зміни у ставленні до себе.
- 5. Терапія співчутливим листом (Compassionate Letter Writing):** Написання листів до себе від співчутливої частини особистості з метою формування внутрішнього голосу підтримки.

Таким чином, терапія, орієнтована на співчуття, є потужним сучасним підходом у роботі з комплексним ПТСР, спрямованим на відновлення не лише симптоматичного благополуччя, але й на глибоку внутрішню трансформацію людини через формування здорового і співчутливого ставлення до себе.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Схема-терапія: модель Джефрі Янга

Суть моделі:

Схема-терапія (Schema Therapy), розроблена американським психологом Джефрі Янгом, є інтегративною моделлю, яка поєднує в собі когнітивно-поведінкову, психодинамічну, гуманістичну й гештальт-терапевтичну традиції. Її первинною метою було лікування хронічних розладів особистості, що беруть свій початок у ранньому травматичному досвіді (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Янг описує травму як ключовий фактор формування так званих ранніх дезадаптивних схем (early maladaptive schemas) – стійких і глибоких переконань про себе, інших та світ, які виникають через незадоволені емоційні потреби в дитинстві. Такими базовими потребами є:

- безпечна прихильність,
- прийняття й любов,
- автономія й компетентність,
- право вільно висловлювати почуття й потреби,
- реалістичні межі та самоконтроль.

Коли ці потреби хронічно не задовольняються, формуються глибинні схеми (наприклад, покинутість, недовіра/зловживання, дефективність/сором), які потім визначають усе подальше життя людини, створюючи умови для повторення травматичного досвіду та підтримання симптомів ПТСР або комплексної травми.

Особливу увагу схема-терапія приділяє «режимам» – тимчасовим емоційно-когнітивним станам, що виникають під впливом активованих схем і формують поведінку людини в певних ситуаціях (наприклад, режим «вразливої дитини», «розгніваної дитини», «караючого батька» або «відстороненого захисника»).

Нейробіологічні основи схема-терапії:

З нейробіологічної точки зору, схема-терапія впливає на мозкові структури, які відповідальні за емоційну регуляцію, пам'ять і соціальні взаємодії:

- **Амігдала й лімбічна система:** робота зі схемами дозволяє знизити гіперактивацію цих структур, зменшуючи тривожність, страх і реактивність до тригерів.
- **Префронтальна кора:** когнітивні й емоційні техніки схема-терапії активізують префронтальну кору, посилюючи контроль над емоціями й поведінкою.
- **Гіпокамп:** реконсолідація травматичних спогадів через роботу зі схемами й образами покращує інтеграцію пам'яті, що зменшує частоту флешбеків та дисоціативних станів.

Таким чином, схема-терапія сприяє глибокій нейропластичній трансформації мозку, забезпечуючи тривалий терапевтичний ефект.

Переваги моделі:

- **Інтегративність:** Поєднання найкращих практик різних терапевтичних напрямків дозволяє схема-терапії комплексно впливати на когнітивні, емоційні, тілесні й поведінкові аспекти особистості.
- **Глибока робота з корінням травми:** Схема-терапія ефективно працює з глибинними причинами ПТСР та комплексної травми, а не лише з поверхневими симптомами, створюючи умови для глибоких змін особистості.
- **Структурованість і зрозумілість:** Клієнту легко зрозуміти власні схеми та режими, що підвищує його мотивацію до змін і сприяє свідомій участі в терапії.
- **Емпірична підтвердженість:** Схема-терапія має потужну наукову базу та значну кількість емпіричних досліджень, що підтверджують її ефективність.

Недоліки моделі:

- **Тривалий процес терапії:** Робота зі схемами й режимами вимагає глибокої і тривалої терапевтичної взаємодії. Це може стати недоліком для тих, кому потрібна швидка стабілізація в кризовій ситуації.
- **Високі вимоги до терапевта:** Ефективна схема-терапія вимагає високої кваліфікації й значної емоційної включеності терапевта, що може обмежувати її доступність.
- **Ризик емоційного перевантаження:** Глибока робота з травматичними схемами може іноді призводити до інтенсивних емоційних переживань, які вимагають професійного супроводу та підтримки.

Практичні методики роботи схема-терапії:

1. **Ідентифікація та аналіз схем і режимів:** Спільна робота терапевта й клієнта з метою виявлення та аналізу глибинних переконань, схем та режимів, які підтримують травматичні симптоми й патерни поведінки.
2. **Образне перепроживання (Imagery Rescripting):** Терапевтична техніка, в якій людина повертається до травматичного спогаду (образу) й активно «перепишує» його, створюючи новий сценарій, де задовольняються незадоволені потреби, відновлюється відчуття безпеки та підтримки.

- Діалоги між режимами:** Робота з режимами через внутрішній діалог, коли клієнт навчається взаємодіяти між здоровим дорослим режимом і травматичними режимами (наприклад, заспокоювати внутрішню вразливу дитину, протистояти внутрішньому критику).
3. **Когнітивні техніки реструктуризації схем:** Аналіз, перевірка реалістичності й поступова заміна дезадаптивних схем на більш здорові й адаптивні переконання.
4. **Техніки поведінкового експерименту:** Спеціально розроблені терапевтичні завдання, які допомагають людині перевірити реалістичність своїх схем у реальному житті й сформулювати новий поведінковий досвід.

Таким чином, схема-терапія є сучасною і глибокою моделлю роботи з раннім травматичним досвідом, що ефективно застосовується для лікування ПТСР і комплексного ПТСР, поєднуючи емпірично перевірені методики та інтуїтивно зрозумілі концепції, що дозволяють людині знову повернути контроль над своєю історією і власним життям.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Робота з горем і втратою

Переживання горя – це універсальний людський досвід. Однак **реакції на втрату** та способи проживання горя суттєво різняться залежно від характеру втрати, особистої історії людини та її психодинамічних особливостей.

Що спільного між горем та травмою?

Горе та травма подібні тим, що порушують базове відчуття безпеки й передбачуваності світу. В обох випадках людина стикається з переживанням безпорадності, розгубленості та інтенсивних негативних емоцій.

В чому різниця між горем і травмою?

Горе – це природна реакція на втрату, яка з часом має тенденцію до природного завершення. Психологічна травма – це порушення адаптивних механізмів, що може призводити до хронічних симптомів (наприклад, ПТСР або К-ПТСР). Важливо зазначити, що не всі втрати травмують, але будь-яка травматична подія так чи інакше включає в себе переживання втрати.

модель Вamіка Волкана та сучасні погляди на типи горя

Вамік Волкан та Елізабет Зінтл у своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» («Life After Loss», 1993) наголошують, що процес горювання є індивідуальним, глибоко особистим і залежить від попередніх досвідів втрат, а також від того, як людина здатна інтегрувати цю втрату у своє життя.

Типи втрат за Волканом і Зінтл

Волкан і Зінтл розглядають горе не тільки як реакцію на смерть близької людини, але й на інші типи втрат, такі як:

- розлука та розрив стосунків
- втрата мрії або ідеалу
- втрата роботи чи статусу

- втрата здоров'я
- втрата батьківщини (еміграція, війна)
- втрата власної ідентичності чи образу себе

Доповнюючи класичну концепцію Волкана і Зінтл, сучасні дослідження виділяють чотири додаткові типи втрат, які часто залишаються непоміченими, проте глибоко впливають на життя людини. Згідно зі статтею терапевтки Сари Епштейн (Sarah Epstein, LMFT) «4 Types of Grief No One Told You About» (Psychology Today, 2019), до них належать

1. **Втрата ідентичності:** зміни в соціальних ролях або приналежності («хто я тепер після розлучення, втрати роботи, дорослішання дітей?»).
2. **Втрата безпеки:** події, які підривають відчуття стабільності й передбачуваності (наслідки фінансових криз, насильства, важких хвороб).
3. **Втрата мрій і очікувань:** нездійснення життєвих планів чи сподівань (безпліддя, нездійснена кар'єра, зруйновані стосунки).
4. **Втрата автономії:** втрата незалежності або контролю над своїм життям (хронічні хвороби, старіння, втрата фізичної мобільності).

Таким чином, процес горювання є не лише реакцією на втрату близької людини, а й реакцією на втрату різноманітних аспектів життєвого досвіду.

Критичні періоди процесу горювання (за В. Волканом)

Волкан і Зінтл виокремлюють вісім критичних періодів горювання:

1. **Перші 48 годин – шок і заперечення.** Людина не може прийняти реальність втрати. Емоційно це може проявлятися страхом втрати інших близьких чи навіть страхом втратити самого себе.
2. **Перший тиждень – «автоматичний режим».** Організація похорону й інші формальні клопоти на деякий час приглушують біль, але можуть спричинити емоційне й фізичне виснаження.
3. **Від 2 до 5 тижнів – відчуття самотності.** Після похорону люди повертаються до звичайного життя, і переживаючий втрату залишається сам-на-сам зі своїм болем.
4. **Від 6 до 12 тижнів – усвідомлення реальності втрати.** Шоковий стан минає, людина починає відчувати весь спектр емоцій: горе, тугу, злість, відчай, втрату контролю над собою.
5. **Від 3 до 4 місяців – період емоційної нестабільності.** Характеризується коливаннями настрою («хороші» та «погані» дні), підвищеною дратівливістю, зростає ризик соматичних захворювань через зниження імунітету.
6. **6 місяців – депресивний етап.** Гострий біль зменшується, але з'являється тривала гнітюча депресія, особливо важко переживаються свята та річниця.
7. **12 місяців – перша річниця.** Може стати переломним моментом: людина або починає інтегрувати втрату в життя, або застрягає в патологічному горі.
8. **Від 12 до 24 місяців – інтеграція і поступове повернення до життя.** Людина повільно адаптується до життя без втраченої особи або втраченого аспекту життя, горе починає слабшати, поступово зникають «тяжкі слова» («горе», «втрата»), повертається здатність планувати майбутнє.

Практична модель роботи з горем (Bob Deits)

Американський автор Боб Дейтс (*Bob Deits*) у своїй книзі «Життя після втрати: Практичний посібник з відновлення життя після великих втрат» («*Life after Loss: A Practical Guide to Renewing Your Life after Experiencing Major Loss*», 2009) пропонує практичний підхід до роботи з горем.

За Дейтсом, процес горювання можна структурувати за такими основними фазами:

- **Визнання втрати:** повне усвідомлення факту втрати.
- **Реакція на втрату:** емоційна відповідь (туга, сум, гнів).
- **Згадування:** робота зі спогадами, збереження важливого досвіду минулого.
- **Відпускання:** поступове прийняття змін і створення нового бачення майбутнього.
- **Відновлення:** формування нового життєвого сенсу, поступове повернення до повноцінного життя.

Підхід Дейтса вирізняється практичністю та орієнтованістю на конкретні кроки для людей, які переживають втрату.

Інші практичні методики роботи з горем:

У терапії втрати використовуються:

- **Психодинамічна робота з минулим досвідом втрат:** аналіз впливу попередніх втрат на поточне горе;
- **Наративна реконструкція:** допомога людині створити нову історію життя, яка інтегрує втрату і дозволяє рухатись далі;
- **Техніки експресивного письма:** щоденники, листи померлим чи втраченому аспекту життя для висловлення непроговорених почуттів;
- **Ритуали та символічні акти прощання:** формування завершеності та символічного «відпускання» втраченого;
- **Групова робота з горем:** взаємодопомога і підтримка тих, хто переживає схожий досвід.

Таким чином, робота з горем є надзвичайно важливим компонентом психотерапевтичної підтримки, що вимагає особливої чуйності, терпіння і тонкого розуміння природи людської психіки. Модель Ваміка Волкана та Елізабет Зінтл відкриває глибше усвідомлення процесу інтеграції болісного досвіду втрати в життєву історію людини, підкреслюючи, що переживання горя набагато ширше за традиційні уявлення. Об'єднуючи концепції Волкана та Зінтл, практичні рекомендації Боба Дейтса і сучасні дослідження (зокрема, ідеї Сари Епштейн), ми отримуємо комплексний, глибокий і водночас практичний інструментарій, який дозволяє нам ефективно супроводжувати людей, допомагаючи їм пройти важкі періоди життя та повернути собі надію і здатність рухатися далі.

[↑ Повернутися до навігації](#)

Рекомендовані техніки для роботи з травмою

Психоедукація: Цей підхід є фундаментальним у роботі з травмою. Надання клієнту інформації про природу травматичних реакцій допомагає знизити тривожність і покращити розуміння власного стану.

Техніка "Безпечне місце": Ця методика широко використовується для стабілізації клієнта, створення відчуття безпеки та контролю.

Техніка "Заземлення": Ефективна для повернення клієнта в "тут і зараз", особливо при дисоціативних симптомах або флешбеках.

Десенсибілізація та репроцесинг рухами очей (EMDR): Наукові дослідження підтверджують ефективність EMDR у лікуванні ПТСР. [ВООЗ](#), [ipz.org.ua](#), [НАПН України](#)

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Визнана ефективною при роботі з ПТСР, особливо в частині модифікації дисфункціональних переконань і поведінкових реакцій. [ipz.org.ua](#)

Тілесно-орієнтована терапія: Важливий підхід, оскільки травма часто "зберігається" в тілі. Робота з тілесними відчуттями сприяє інтеграції травматичного досвіду.

Імагінативні техніки: Використання уяви для опрацювання травматичних спогадів може бути корисним, але потребує обережності та підготовки клієнта.

Арт-терапія: Допомогає виразити та опрацювати травматичний досвід через творчість, особливо коли вербалізація складна.

Групова терапія: Надає можливість поділитися досвідом з іншими, отримати підтримку та знизити відчуття ізоляovanості.

Варто зазначити

- **EMDR та міжнародні рекомендації:**

Метод десенсибілізації та репроцесингу рухами очей (EMDR) входить до переліку рекомендованих підходів у лікуванні посттравматичного стресового розладу згідно з настановами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Національного інституту охорони здоров'я і досконалості медичної допомоги Великобританії (NICE).

- **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): уточнення фокусу:**

У контексті роботи з травмою мається на увазі травма-фокусована КПТ (TF-CBT) — структурована методика, розроблена спеціально для лікування ПТСР. Експозиційні техніки є одним із найбільш досліджених і доказових інструментів КПТ для роботи з травматичними спогадами.

- **Імагінативні техніки: застереження щодо етапу застосування:**

Ці методики можуть бути надзвичайно ефективними у процесі терапії, однак їх застосування доцільне лише після стабілізаційного етапу. Передчасне використання імагінативних практик у вразливих клієнтів може призвести до повторної травматизації або загострення симптоматики.

- **Арт-терапія: підтримувальний, а не основний метод:**

Арт-терапія не входить до переліку доказових методів лікування ПТСР, однак вона виконує важливу функцію регуляції емоційного стану та інтеграції досвіду, особливо у випадках труднощів із вербалізацією. Цей підхід має сенс у комбінації з основними терапевтичними інтервенціями.

- **Тілесно-орієнтовані практики:**

Підходи Пітера Левіна (метод Somatic Experiencing) та Патріції Огден (Sensorimotor Psychotherapy) є систематизованими моделями тілесної роботи з травматичними переживаннями й активно інтегруються в міжнародну психотерапевтичну практику.

Наведені нижче підходи рекомендовані ВООЗ і NICE, мають наукове підґрунтя та доведену ефективність у терапії ПТСР.

Методика / Підхід	Автор(и) / Школа	Контекст та джерела
TF-CBT (Травма-фокусована КПТ)	Cohen, Mannarino, Deblinger	Для дітей і дорослих з ПТСР. Рекомендовано NICE (NG116, 2018). Посилання
EMDR	Francine Shapiro	Рекомендовано ВООЗ (2013) та NICE. NICE , ВООЗ
Prolonged Exposure (PE)	Edna Foa	Ефективна КПТ-техніка. Рекомендовано NICE (NG116, 2018). Посилання
Somatic Experiencing (SE)	Peter Levine	Тілесно-орієнтований підхід. Застосовується після стабілізації. Посилання
Sensorimotor Psychotherapy	Pat Ogden	Поєднує тілесну та когнітивну терапію. Рекомендовано NICE. Посилання
Imagery Rescripting	A. Arntz, M. Weertman	Застосовується після стабілізації. Підтримується NICE. Посилання

Примітка: Застосування кожної з технік вимагає професійної підготовки фахівця та адаптації до етапу терапевтичного процесу (стабілізація, інтеграція, опрацювання).

Отже, ми з вами здійснили подорож крізь складний ландшафт психологічної травми й сучасних методів роботи з нею. Незважаючи на різноманітність моделей і підходів, від поведінкового до нейробіологічного, інформаційного, наративного, терапії співчуттям та схема-терапії, ми бачимо, що їх поєднує глибоке розуміння того, як травматичний досвід впливає на цілісність нашого життя й особистості.

Кожна модель, кожна методика, кожен автор, яких ми сьогодні згадали, пропонують власний шлях до зцілення, однак їх об'єднує одна спільна ідея: травма не є вироком, а скоріше сигналом про потребу повернути собі авторство власної історії, знайти новий сенс, відновити втрачений зв'язок із собою та світом.

Сучасна психотерапія навчає нас не тільки долати симптоми, а й створювати глибші зміни, що ведуть до інтеграції травматичного досвіду. Адже саме в інтеграції, а не у втечі від болю, приховується справжня сила зцілення.

Як писав Віктор Франкл, людина може витримати будь-яке «як», якщо знає «навіщо». Наше завдання як спеціалістів — не просто полегшити страждання, а допомогти людині знайти сенс, що дозволяє рухатись далі.

Травма — це точка, з якої починається подорож до справжнього «Я». І в цій подорожі важливо пам'ятати, що наука й людяність, методики й емпатія, професіоналізм і співчуття завжди повинні йти пліч-о-пліч.

Нехай ваша подорож до себе буде наповнена мужністю, терпінням і надією. І пам'ятайте: навіть у найтемніші часи поруч із вами є хтось, хто здатен зрозуміти і підтримати, а іноді й просто тихо йти поруч.

Дбайте про себе, працюйте професійно й чутливо. Це і є найкращий спосіб зцілювати світ навколо нас.

Довідка про авторів та дослідників моделей психічної травми та травмотерапії

Ця хрестоматійна довідка допоможе читачам краще зорієнтуватися серед ключових авторів та концепцій у роботі з психічною травмою і процесами горювання.

1. Поведінкова модель: травма як умовний рефлекс

- **Беррес Фредерік Скіннер** (Burrhus Frederic Skinner, 1904-1990) — видатний американський психолог-біхевіорист, розробник теорії оперантного обумовлення, відомий дослідженнями умовних рефлексів, підкріплення та поведінки людини. Основні роботи: «Наука та поведінка людини» (1953), «Вербальна поведінка» (1957).
 - **Орвал Гобарт Маурер** (Orval Hobart Mowrer, 1907-1982) — американський психолог, автор «теорії двох факторів страху» (1947), яка пояснює виникнення та підтримку фобічних реакцій через поєднання класичного та оперантного кондиціонування.
 - **Джозеф Вольпе** (Joseph Wolpe, 1915-1997) — південноафрикансько-американський психіатр і психотерапевт, засновник систематичної десенсибілізації, піонер поведінкової терапії для лікування фобій і тривожних розладів. Основна робота: «Психотерапія шляхом реципрокного гальмування» (1958).
-

2. Нейробіологічна модель: консолідація та реконсолідація пам'яті

- **Карім Надер** (Karim Nader) — канадський нейробіолог, який у 2000 році відкрив механізм реконсолідації пам'яті, показавши, що спогади після реактивації стають пластичними і можуть бути змінені.
 - **Джеймс МакГоу (James L. McGaugh)** американський нейробіолог, один із піонерів досліджень емоційної пам'яті. Вивчав роль амігдали у збереженні спогадів, довів, що стресові гормони (зокрема адреналін) підсилюють фіксацію пам'яті. Його праці стали основою для розуміння механізмів посттравматичних спогадів.
 - **Брюс Еккер, Робін Тічик, Лорел Галлі (Bruce Ecker, Robin Ticic, Laurel Hulley)** автори книги "Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation" (2012), в якій описано новаторський підхід до терапії через механізм переконструювання пам'яті (memory reconsolidation). Запропонували методику, що дозволяє цілеспрямовано змінювати несвідому емоційну пам'ять, яка лежить в основі симптомів.
 - **Брюс Мак'юен** (Bruce Sherman McEwen, 1938-2020) — американський нейроендокринолог, дослідник впливу хронічного стресу на мозок і нейропластичність. Відомий поняттям «алостазу» та його зв'язку зі стресом (основна робота 1998 року).
 - **Френсін Шапіро** (Francine Shapiro, 1948-2019) — американська психологиня, авторка EMDR-терапії (1987), методу десенсибілізації та репроцесингу рухом очей для лікування травматичних спогадів і ПТСР.
-

3. Інформаційна модель (Information-Processing): мережа страху

□ **Една Фoa** (Edna Foa, нар. 1937) — американсько-ізраїльська психологиня, фахівчиня з травмотерапії, одна з авторок пролонгованої експозиційної терапії (PE), авторка теорії емоційного оброблення страху (Foa & Kozak, 1986).

□ **Елізабет Гембрі** (Elizabeth Hembree) — американська клінічна психологиня, колега та співавторка Едни Фoa, дослідниця ефективності пролонгованої експозиційної терапії у лікуванні ПТСР.

□ **Барбара Ротбаум** (Barbara Rothbaum) — американська психологиня, дослідниця травмотерапії, спеціалістка з експозиційних методик і віртуальної реальності для лікування ПТСР. Важлива робота: «Treating the Trauma of Rape» (Foa, Rothbaum, 1998).

4. Наративна модель: розрив у життєвій історії

□ **Роберт Німеєр** (Robert Neimeyer, нар. 1954) — американський психолог, дослідник горя і втрати, автор наративного підходу до психотерапії, відомий книгою «Meaning Reconstruction & the Experience of Loss» (2001).

□ **Меггі Шауер** (Maggie Schauer) — німецька клінічна психологиня, одна з розробниць наративної експозиційної терапії (NET) для лікування ПТСР, особливо у людей з досвідом війни, тортур та насильства.

□ **Томас Елберт** (Thomas Elbert, нар. 1950) — німецький нейропсихолог, дослідник травми й наслідків насильства, співавтор наративної експозиційної терапії (NET), спільно з Меггі Шауер та Франком Нойнером.

5. Комплексний ПТСР

□ **Пітер Волкер** (Pete Walker) — американський психотерапевт, автор концепції «емоційних флешбеків» і типів реакцій («4F responses») при комплексному ПТСР, автор книги «Complex PTSD: From Surviving to Thriving» (2013).

□ **Джудіт (Юдіт) Герман** (Judith Herman) — американська психіатриня, одна з піонерок у дослідженні психологічної травми. Авторка книги «Trauma and Recovery» (1992), яка започаткувала системний підхід до лікування комплексного ПТСР. Запропонувала трифазну модель терапії травми, що включає стабілізацію, реконструкцію досвіду та соціальну реінтеграцію.

6. Терапія сфокусована на співчутті (CFT)

□ **Пол Гілберт** (Paul Gilbert, нар. 1951) — британський клінічний психолог, засновник терапії, сфокусованої на співчутті (CFT), автор концепції трьох регуляторних емоційних систем і ключової книги «The Compassionate Mind» (2009).

□ **Дебора Лі** (Deborah Lee) — британська клінічна психологиня, спеціалістка із застосування CFT для роботи з травмою та комплексним ПТСР, авторка книги «The Compassionate Mind Approach to Recovering from Trauma» (2012).

7. Схема-терапія

□ **Джефрі Янг** (Jeffrey Young, нар. 1950) — американський психолог, засновник схема-терапії, автор концепції ранніх дезадаптивних схем, основна праця «Schema Therapy: A Practitioner's Guide» (2003).

□ **Джанет Клоско** (Janet Klosko), **Маржорі Вайшаар** (Marjorie Weishaar) — американські психологині, співавторки Джефрі Янга, авторки посібника «Schema Therapy: A Practitioner's Guide» (2003).

8. Робота з горем і втратою:

□ **Вамік Волкан** (Vamik Volkan, нар. 1932) — американський психоаналітик турецько-кіпрського походження, дослідник психодинаміки втрати, горя та конфліктів, автор моделі критичних періодів горювання («Life After Loss», 1993).

□ **Елізабет Зінтл** (Elizabeth Zintl) — американська журналістка, співавторка Волкана, дослідниця процесів переживання горя («Life After Loss», 1993).

□ **Боб Дейтс** (Bob Deits) — американський автор і консультант, фахівець із роботи з горем, автор практичного підходу до подолання втрати, книга «Life after Loss: A Practical Guide to Renewing Your Life after Experiencing Major Loss» (2009).

[↑ Повернутися до навігації](#)