

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Водяникова Алеся Александровна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Индивидуальное психологическое консультирование молодежи в рамках
схема-терапии как средство помощи в преодолении последствий комплексной
психологической травмы

Направление 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Магистерская программа: Мастерство психологического консультирования

ДОПУЩЕНА К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

к.п.с.н., доцент Мосина Н.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23
(дата, подпись)

Научный руководитель

к.п.с.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23
(дата, подпись)

Студент

Водяникова А. А.

(фамилия, инициалы)

01.12.23
(дата, подпись)

Красноярск, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение	12
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ОСНОВЕ СХЕМА-ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ	
1.1. Определение и сущность комплексной психологической травмы.....	18
1.2. Проявления комплексной психологической травмы в молодежном возрасте.....	29
1.3. Схема-терапия как метод работы с последствиями комплексной психологической травмы.....	36
Выводы по Главе 1.....	46
Глава 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ В ПРОЦЕССЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАМКАХ СХЕМА- ТЕРАПИИ	
2.1. Методическая организация и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	49
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента	73
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение	93
Выводы по Главе 2.....	102
Заключение.....	106
Список использованных источников.....	108
Приложения.....	120

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Индивидуальное психологическое консультирование молодежи в рамках схема-терапии как средство помощи в преодолении последствий комплексной психологической травмы».

Объём – 144 страницы текста (с приложениями), проиллюстрированного 14 рисунками и 5 таблицами, число источников – 126.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить применение схема-терапии в индивидуальном консультировании молодых людей, переживших комплексную психологическую травму.

Объектом исследования: процесс оказания психологической помощи молодым людям, пережившим комплексную психологическую травму.

Предмет: индивидуальное психологическое консультирование в рамках схема-терапии как средство коррекции симптомов комплексной психологической травмы у молодых людей.

Гипотеза исследования состоит в том, индивидуальное консультирование молодых людей, испытывающих последствия пережитой комплексной психологической травмы, в рамках схема-терапии будет эффективным, если:

- в процесс консультирования будут включена работа по выявлению и корректировке дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента;
- психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;
- будут выстроены особые отношения между консультантом и клиентом (репарентинг, адаптированный к конкретным дезадаптивным схемам клиента).

Теоретико-методологическую основу исследования составляют идеи и концепции следующих ученых:

- теоретические представления о психологической травме, ее сущности и проявлениях: Ф.Е. Василюк [14], Е.С. Мазур [50], А. Бек [6], П. Жане

[68], Р. Лазарус [118; 119; 120], П. Левин [118; 119; 120], С. Фолкман [119; 120], Ж. Шарко [93], А. Эллис [99], Д. Янг [125; 126] и др.;

– работы, описывающие особенности комплексного психологического травмирования в трудах Р.В. Кадырова [33], М.А. Падун [63; 64; 65], М. Бохуса [107], Д. Герман [20], П. Уокера [80], Д. Форда [113; 114], А. Шварца [95], К. Шмайлия [107] и др.;

– исследования в области применения схема-терапии для преодоления последствий комплексной психологической травмы: Д. Брурсен [81], М. Надорт [89], М. Фрейсвайк [88] и др.

Научная новизна исследования заключается в обосновании возможностей применения в индивидуальном консультировании техник и методов схема-терапии для разрешения проблем молодых людей, которые пережили комплексные психотравмирующие события. А также в создании плана психологического консультирования молодых людей, имеющих комплексную психологическую травму, в рамках схема-терапии.

Методы исследования включают:

– теоретические: анализ психологической литературы по проблеме исследования; обобщение практического опыта психологов по работе с симптомами комплексной психологической травмы;

– эмпирические: тестирование, эксперимент;

– статистические: качественный, количественный анализ результатов исследования, методы математической обработки данных.

Экспериментальной базой исследования послужил семейный центр «Астрея». Исследование проводилось на молодых людях, являющихся работниками и клиентами данной компании. Выборка состоит из 30 человек в возрасте от 22 до 30 лет, которые сталкивались с психотравмирующими событиями в течение жизни.

Апробация результатов происходила в ходе проведения индивидуальных психологических консультаций на базе семейного центра «Астрея». Всего было проведено 10 индивидуальных консультаций для 6 клиентов.

Результаты диссертационного исследования опубликованы в следующих научных статьях: «Особенности проявления симптомов комплексного посттравматического расстройства среди молодежи» и «Комплексная психологическая травма: ретроспектива и перспектива» в рецензируемом научно-практическом журнале «Проектирование. Опыт. Результат» и «Вопросы психологии экстремальных ситуаций» соответственно.

Итогом проведённого исследования стало достижение следующих **результатов:**

- проанализирована существующая литература по теме исследования;
- полученная теоретическая информация синтезирована для рассмотрения ретроспективного обзора её развития в психологической науке;
- составлена обобщённая классификация видов психологических травм и их последствий для человека;
- разработана программа консультирования в рамках схема-терапии для молодых людей, переживших комплексные психотравмирующие события;
- обоснована эффективность использования техник схема-терапии в консультировании для работы с молодыми людьми, которые переживают последствия комплексной психологической травмы.

Теоретическая новизна работы заключается в обобщении и систематизации научных трудов по изучаемой проблематике.

Практическая новизна работы определяется возможностью использования представленного материала психологами, которые работают с клиентами, пережившими комплексную психологическую травму. А также в создании схемы диагностики наличия комплексной психологической травмы у молодых людей.

Структура диссертации: исследование включает в свое содержание введение, две главы, заключение, список литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируется гипотеза исследования, а также приводится список

работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 рассмотрены основные подходы в определении комплексной психологической травмы в научной литературе; проанализированы особенности проявления симптоматики, которую испытывают молодые люди, пережившие комплексную психологическую травму; изучена современная научно-методическая литература в области возможностей психологического консультирования молодых людей, переживших комплексную психологическую травму.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по изучению особенностей проявления симптомов комплексной психологической травмы у молодых людей; раскрыта методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента. Представлено описание организации и проведения формирующего эксперимента; проанализированы результаты формирующего эксперимента, сделаны выводы по итогам проведенной работы.

В Заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В Приложениях представлены таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также некоторые конспекты консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение выдвинутой гипотезы о том, что индивидуальное консультирование молодых людей, испытывающих последствия пережитой комплексной психологической травмы, в рамках схема-терапии будет эффективным, если:

- в процесс консультирования будут включена работа по выявлению и коррективке дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента;
- психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;

– будут выстроены особые отношения между консультантом и клиентом (репарентинг, адаптированный к конкретным дезадаптивным схемам клиента).

Таким образом, была достигнута цель диссертационного исследования, а именно разработана программа психологического консультирования на основе схема-терапии для молодых людей, которые пережили комплексную психологическую травму. Программа представлена в описательном виде, даны цели каждого этапа консультирования с рекомендациями по их реализации. Описаны ключевые техники и методы работы с молодыми людьми, показавшие эффективность применения на практике.

Abstract

Dissertation for a master's degree in psychological and pedagogical education "Individual psychological counseling for youth within the framework of schema therapy as a means of helping to overcome the consequences of complex psychological trauma."

Volume – 130 pages of text (with appendices), illustrated with 14 figures and 7 tables, number of sources – 126.

Purpose of the study: to theoretically substantiate and experimentally test the use of schema therapy in individual counseling of young people who have experienced complex psychological trauma.

Object of study: process of individual psychological counseling young people who have experienced complex psychological trauma.

Subject: individual psychological counseling within the framework of schema therapy as a means of correcting symptoms of complex psychological trauma in young people.

The research hypothesis is that individual counseling of young people experiencing the consequences of complex psychological trauma within the framework of schema therapy will be effective if:

- the counseling process will include work to identify and correct the client's maladaptive patterns and dysfunctional modes;
- psychological impact during the consultation process will be aimed at creating a new cognitive model of life activity;
- a special relationship will be built between the consultant and the client (reparenting adapted to the client's specific maladaptive patterns).

The theoretical and methodological basis of the study consists of the ideas and concepts of the following scientists:

- theoretical ideas about psychological trauma, its essence and manifestations: F.E. Vasilyuk [13], E.S. Mazur [44], J. Charcot [83], P. Janet [61], P. Levin [39], R. Lazarus [108; 109; 110], S. Folkman [109; 110], D. Young [115; 116], A. Beck [5], A. Ellis [90], etc.;
- works describing the features of complex psychological trauma in the works of R.V. Kadyrov [31], P. Walker [73], D. Ford [103; 104], A. Schwartz [86], M. Bohus [98], K. Shmailia [98], D. German [19], M.A. Padun [56; 57; 58] etc.;
- research in the field of application of schema therapy to overcome the consequences of complex psychological trauma: M. Freisweik and D. Broersen [81], M. Nadort [82], etc.

The scientific novelty of the study lies in the substantiation of the possibilities of using techniques and methods of schema therapy in individual counseling to resolve the problems of young people who have experienced complex traumatic events. And also in creating a plan for psychological counseling of young people with complex psychological trauma, within the framework of schema therapy.

Research methods include:

- theoretical: analysis of psychological literature on the research problem;
- generalization of the practical experience of psychologists in working with symptoms of complex psychological trauma;
- empirical: testing, experiment;
- statistical: qualitative, quantitative analysis of research results, methods of mathematical data processing.

The Astrea family center served as the **experimental base for the study**. The study was conducted on young people who are employees and clients of this company. The sample consists of 30 people aged 22 to 30 years who have experienced traumatic events throughout their lives.

The results were tested during individual psychological consultations at the Astrea family center. A total of 10 individual consultations were conducted for 6 clients.

The results of the dissertation research were published in the following scientific articles: “Features of the manifestation of symptoms of complex post-traumatic disorder among young people» and «Complex psychological trauma: retrospective and perspective» in the peer-reviewed scientific and practical journal «Design. Experience. Result» and "Issues of psychology of extreme situations" respectively.

The result of the study was the achievement of the following results:

- analyzed existing literature on the research topic;
- the obtained theoretical information was synthesized to consider a retrospective review of its development in psychological science;
- a generalized classification of types of psychological trauma and their consequences for humans has been compiled;
- a counseling program has been developed within the framework of schema therapy for young people who have experienced complex traumatic events;
- the effectiveness of using schema therapy techniques in counseling for working with young people who are experiencing the consequences of complex psychological trauma is substantiated.

The theoretical novelty of the work lies in the generalization and systematization of scientific works on the issues under study.

The practical novelty of the work is determined by the possibility of using the presented material by psychologists who work with clients who have experienced complex psychological trauma. And also in creating a diagnostic scheme for the presence of complex psychological trauma in young people.

Structure of the dissertation: the research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references and appendices.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, scientific novelty, scientific and practical significance of the dissertation, formulates the research hypothesis, and also provides a list of works in which the results of this research were published. The contents of the dissertation are briefly presented.

Chapter 1 reviews the main approaches to defining complex psychological trauma in the scientific literature; the features of the manifestation of symptoms experienced by young people who have experienced complex psychological trauma are analyzed; Modern scientific and methodological literature in the field of possibilities of psychological counseling for young people who have experienced complex psychological trauma has been studied.

Chapter 2 presents a pilot study examining patterns of complex trauma symptoms in young people; The methodological organization of the study and discussion of the results of the ascertaining experiment are disclosed. A description of the organization and conduct of the formative experiment is presented; the results of the formative experiment were analyzed, conclusions were drawn based on the results of the work performed.

The Conclusion formulates the main results of the dissertation.

The Appendices contain tables containing data from the study results, as well as some notes from the consultations.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the hypotheses were confirmed, the research objectives were solved, and the goal was achieved.

The result of our research at this stage is confirmation of the hypothesis that individual counseling of young people experiencing the consequences of complex psychological trauma, within the framework of schema therapy, will be effective if:

- the counseling process will include work to identify and correct the client's maladaptive patterns and dysfunctional modes;
- psychological impact during the consultation process will be aimed at

creating a new cognitive model of life activity;

– a special relationship will be built between the consultant and the client (reparenting adapted to the client's specific maladaptive patterns).

Thus, the goal of the dissertation research was achieved, namely, a psychological counseling program based on schema therapy was developed for young people who have experienced complex psychological trauma. The program is presented in a descriptive form, the goals of each stage of counseling are given with recommendations for their implementation. Key techniques and methods of working with young people that have shown effectiveness in practice are described.

Введение

Влияние травматических ситуаций на жизнь людей является актуальной проблемой психологической науки, так как современное состояние общества отличается повышенной рискогенностью факторов, способствующих травматизации личности и снижению качества жизни. К таким факторам относятся: относительно нестабильная политическая ситуация в стране и в мире, социально-экономическая неопределенность и тревога, экстремальные жизненные события (пандемия, война, миграция), а также длительные, повторяющиеся травмы в контексте, в котором человек не может прекратить их. К таким травмам можно отнести физическое, психологическое, эмоциональное и сексуальное насилие в семье учебном или рабочем коллективе, как по отношению к ребенку, подростку и даже взрослому.

По данным социологических исследований, не менее чем в 75 % [96] российских семей «практикуется» та или иная форма домашнего насилия. Также неутешительной является статистика по разводам, которые зачастую оказывают непосредственное и тяжелое влияние на психику каждого из участников данного процесса. По данным ЕМИСС в 2020 году в России распалось 73 % браков, для сравнения в 2018 и 2019 годах распалось 65 % браков [22]. В таких условиях человек, а особенно ребенок, может испытывать длительные неблагоприятные воздействия на психику и стресс, которые сказываются на его дальнейшей жизни и социальном и личностном развитии.

Результаты эпидемиологических исследований указывают на то, что наличие психотравмирующих событий в детстве, как правило, приводит к множественным соматическим проблемам, включая болезни пищеварительной и сердечно-сосудистой системы, диабет, заболевания костной системы и даже рак [94; 90; 94]. Те, кто испытал три и более травмирующих события в детстве, в два раза чаще подвержены развитию вышеперечисленных заболеваний, чем их сверстники, не пережившие травмирующих событий. Кроме того, у них отмечаются более высокие показатели распространенности психических расстройств, включая депрессию, тревогу, психосоматические нарушения,

диссоциацию и симптоматику посттравматического стресса [7; 10; 20; 34].

В конечном итоге, множественные психологические и соматические проблемы могут принимать хронический характер и приводить к снижению уровня межличностного и профессионального функционирования, социальной дезадаптации и к повышению суицидального риска, а также развитию психических и психологических расстройств, что значительно снижает качество жизни, ограничивает социальную и межличностную сферы жизнедеятельности [2; 21; 25].

Такая ситуация становится основой для беспокойства о психологическом здоровье и благополучии основной возрастной группы людей — молодежи (сюда включаются люди от 14 до 30 лет), которая является движущей силой в укреплении и модернизации общества [8; 40; 48; 52; 54; 75].

Непроработанные своевременно психотравмы имеют комплексное влияние как на личность человека, так и на его физическое состояние [17; 3; 9; 16]. Возникают проблемы в когнитивно-эмоциональной и в поведенческой сферах личности, со временем, как следствие, могут возникнуть психосоматические проблемы. Человек может переносить все травматические ситуации на окружающую среду: это сильно мешает нормальной жизни, потому что снижается её качество, удовлетворённость ею, а также ухудшается состояние социальной жизни [19; 28; 29; 30].

Вышеизложенные факты явились основой повышения интереса к изучению различных аспектов данной проблематики. Теоретические представления о психологической травме и ее сущности представлены в работах Ф.Е. Василюка [8; 9], Е.С. Мазур [58], П. Жане [59], Р. Лазаруса [73], А. Темкина Бека [63], С. Фолкмана [72], Ж. Шарко [55], А. Эллиса [73] Д. Янга [37; 68; 69] и др.

Приведённые аспекты обосновывают возрастающую потребность в совершенствовании теоретических взглядов на феномен психотравмы, а также специфики психотерапевтической работы и профилактики психотравматизации с лицами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

Изложенные выше факты позволяют нам выявить существующий дефицит в современной практической психологии, который заключается в недостаточной разработке проблемы коррекции симптомов комплексной психологической травмы у людей молодого возраста, возникающих вследствие пролонгированного воздействия стрессовых факторов, контролировать или прекратить которые индивид не может.

Таким образом, цель настоящего исследования заключается в том, чтобы теоретически обосновать и экспериментально проверить применение схема-терапии в индивидуальном консультировании молодых людей, переживших комплексную психологическую травму.

Объектом исследования являются процесс оказания психологической помощи, пережившим комплексную психологическую травму.

Предметом исследования является индивидуальное психологическое консультирование в рамках схема-терапии как средство коррекции симптомов комплексной психологической травмы у молодых людей..

Гипотеза исследования состоит в том, индивидуальное консультирование молодых людей, испытывающих последствия пережитой комплексной психологической травмы, в рамках схема-терапии будет эффективным, если:

- в процесс консультирования будут включена работа по выявлению и корректировке дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента;
- психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;
- будут выстроены особые отношения между консультантом и клиентом (репарентинг, адаптированный к конкретным дезадаптивным схемам клиента).

Для достижения указанной цели нами были поставлены следующие **задачи**:

- проанализировать историю и актуальное состояние изучения психологической травмы и комплексной в научной литературе;
- проанализировать существующие исследования, касающиеся

проявлений комплексной психологической травмы и разработать на данной основе обобщенную классификацию психологических травм и их последствий;

- рассмотреть особенности переживания комплексной психологической травмы молодыми людьми в экспериментальной группе;
- разработать и апробировать программу психологического индивидуального консультирования на основе техник и методик схема-терапии;
- проанализировать и описать данные, полученные в результате контрольного среза, сравнить показатели контрольной и экспериментальной группы, сделать выводы относительно эффективности программы психологического консультирования.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют идеи и концепции следующих ученых:

- теоретические представления о психологической травме, ее сущности и проявлениях: Ф.Е. Василюк [14], Е.С. Мазур [50], А. Бек [6], П. Жане [68], Р. Лазарус [118; 119; 120], П. Левин [118; 119; 120], С. Фолкман [119; 120], Ж. Шарко [93], А. Эллис [99], Д. Янг [125; 126] и др.;
- работы, описывающие особенности комплексного психологического травмирования в трудах Р.В. Кадырова [33], М.А. Падун [63; 64; 65], М. Бохуса [107], Д. Герман [20], П. Уокера [80], Д. Форда [113; 114], А. Шварца [95], К. Шмайлия [107] и др.;
- исследования в области применения схема-терапии для преодоления последствий комплексной психологической травмы: Д. Брурсен [81], М. Надорт [89], М. Фрейсвайк [88] и др.

Для достижения поставленных целей нами были использованы следующие **методы исследования**:

- теоретические: анализ, синтез и обобщение научно-теоретических источников, анализ понятийно-терминологической системы исследования, обобщение практического опыта психологов;
- эмпирические: тестирование, эксперимент;
- статистические: качественный, количественный анализ результатов

исследования, методы математической обработки данных.

Элемент **научной новизны** исследования состоит в обосновании возможностей применения в индивидуальном консультировании техник и методов схема-терапии для разрешения проблем молодых людей, которые пережили психотравмирующие события.

Теоретическое значение исследования заключается в том, что в ней уточнены и конкретизированы представления о комплексной психологической травме, дано обоснование применения схема-терапии для коррекции последствий данной проблемы.

Практическое значение исследования состоит в разработке и апробации психокоррекционных мероприятий, способствующих снижению уровню воздействия последствий психологической травмы на жизнедеятельность человека.

Базой исследования послужил ООО СЦ «Астрей». Исследование проводилось на молодых людях, являющихся работниками и клиентами данной компании. Выборка состоит из 30 человек в возрасте от 22 до 30 лет, которые сталкивались с психотравмирующими событиями в течение жизни.

Обоснованность и достоверность полученных результатов исследования подтверждается обширным теоретическим анализом исследуемой проблематики, применением адекватных цели и задач исследовательской работы методических приёмов сбора данных, корректным применением методов математического анализа информации

Результаты диссертационного исследования опубликованы в следующих научных статьях: «Особенности проявления симптомов комплексного посттравматического расстройства среди молодежи», «Комплексная психологическая травма: ретроспектива и перспектива» в рецензируемом научно-практическом журнале «Проектирование. Опыт. Результат».

Структура работы: магистерская диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложений. Общий объем –

144 страницы текста (с приложениями), проиллюстрированного 14 рисунками и 5 таблицами, число источников – 126.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования.

В Главе 1 представлен ретроспективный обзор развития проблемы комплексной психологической травмы, раскрыта сущность данного феномена, а также его актуальное состояние, представлены данные об особенностях проявления комплексной психологической травмы у молодых людей, рассмотрены особенности консультирования в рамках схема-терапии, обосновано применение данного подхода для коррекции последствий пережитых комплексных психотравмирующих событий. Представлены теоретические выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по применению индивидуального психологического консультирования молодых людей, имеющих комплексную психологическую травму в рамках схема-терапии. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

В Заключении сформулированы основные результаты диссертационного исследования.

В приложениях представлены таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты математической обработки данных и протоколы проведенных индивидуальных консультаций.

Глава 1. Теоретические основания использования индивидуального психологического консультирования на основе схема-терапии в процессе переживания комплексной психологической травмы

1.1. Определение и сущность комплексной психологической травмы

Категория комплексной психологической травмы в психологической науке появилось не так давно. Выделение этого вида психологического травмирования связано в первую очередь с тем, что традиционно психологическая травма связана с единичным событием, ограниченным во времени. При этом существует отдельная группа симптомов, которая проявляется у людей, подвергавшихся повторяющимся эпизодам физического, эмоционального и сексуального насилия в детском и юном возрасте, проявления которых индивид не может контролировать. В детстве ребенок чаще может сталкиваться с физическими наказаниями, неглектом, гиперопекой, гипоопекой, висхолдингом, двойными посланиями от значимых взрослых. В юном возрасте область травмирования может расширяться, могут добавляться другие виды психологического травмирования на работе, учебе, в личных и дружеских отношениях. Эта специфическая группа симптомов не в полной мере соответствует классическую понятие психологической травмы, поэтому требует отдельного внимания и изучения. Согласно статистике [21; 40; 42] современные молодые люди часто сталкиваются с последствиями комплексной психологической травмы, которая возникает после переживания длительных эпизодов психотравмирования в детстве и юношеском возрасте.

В своей работе мы сконцентрировались именно на категории комплексной психологической травмы, так как она является относительно новым феноменом, разработкой которого начали заниматься во второй половине XX века.

Чтобы понять, как комплексная психологическая травма стала отдельным кластером в современной науке, необходимо проследить путь её становления и выделения в отдельную категорию. По этой причине обратимся к

ретроспективному обзору данных, имеющихся по изучаемой проблематике.

Для описания сущности психологической травмы в психиатрической и психологической литературе используется много понятий. Все они в той или иной мере выражают схожую сущность, а именно переживание индивидом тяжёлых последствий травмирующего события, сила и длительность которого может быть определена субъективно и вызывать негативные последствия в течение последующей жизни. Ретроспективный обзор теорий и исследований, посвящённых психотравмирующим событиями и их последствиям для ментального здоровья, позволит нам увидеть развитие и расширение исследуемой проблематики, что привело в свою очередь к выделению новой категории комплексной психологической травмы [2; 3; 18; 40; 56].

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств, сформулированная выдающимся французским психиатром Ж.М. Шарко [55] еще в начале 1880-х гг. при исследовании истерических параличей и парезов. Он установил, что нарушения в чувствительной и (или) двигательной сфере, возникающие вследствие физических травм, обусловлены повреждением нервных волокон. Эти нарушения имели четкую локализацию — только на область нарушенной иннервации — и в последующем оставались стабильными. В отличие от этого психогенные параличи оказывались совершенно не связанными с зонами иннервации, а поражали те или иные органы так, как они были представлены в обыденном сознании пациентов, т.е. страдали не те или иные зоны чувствительно—двигательной иннервации, например руки или ноги, а рука или нога как целое. При этом такие параличи то появлялись, то исчезали, они могли успешно излечиваться внушением, а также искусственно вызываться с помощью гипноза.

Однако ни сам Шарко, ни большинство других психиатров в то время не придали этому феномену существенного значения. Причина такого невнимания носила сугубо мировоззренческий характер. Как мы помним, в этот период в психиатрии практически безраздельно господствовали примитивно-материалистические представления о том, что все психические расстройства, так

же как и соматические болезни, могут вызываться только физическими травмами, токсинами или инфекциями.

Следующий этап становления понятия психологической травмы связан с З. Фрейдом [52]. Психоаналитик так определяет понятие травмы: «Мы называем травмой опыт, предполагающий быстрое и резкое увеличение психического возбуждения, в результате которого все обычные средства его устранения или обработки оказываются недейственными, что приводит к устойчивым нарушениям в энергетической системе». Согласно З. Фрейду психотравма является переживанием, приводящим за короткое время к такому сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или его нормальная переработка не удается, отчего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии. Происхождение травмы объясняется преимущественно как следствие психического конфликта, порожденного столкновением двух сил — слишком разросшегося либидо и слишком строгого отрицания сексуальности, или же вытеснения. Для З. Фрейда травма — это клиническое проявление дезадаптации клиента, сопровождаемое деструктивными эмоциональными переживаниями, которые являются своеобразным полигоном диагностики и реабилитационной диверсии. Чтобы обеспечить социальную адаптацию своей категории клиентов, он предпринял три гениальных операции. Во — первых, переложил вину с ближайших родственников на саму потерпевшую сторону. Во — вторых, оправдал жертву через постулирование «всеобщей детской сексуальности». В — третьих, внедрил в общественное сознание психоаналитическую мифологию взаимоотношений с теми, кто, по мнению пострадавшего, нанес ему травму. Идея Фрейда о травматогенном эффекте бессознательных фантазий была воспринята и развита К. Юнгом. Предпринятое им исследование заблокированных аффектов и диссоциированных состояний привело к выводу о существовании множества разных индивидуальных историй и фантазий (комплексов), касающихся травмы. Таким образом, З. Фрейд выделил в качестве основного направления реабилитации пострадавших — преодоление деструктивных переживаний: вины, стыда и страха. Он также выделил два

аспекта травмы: межличностный и социальный. Межличностный аспект составляют

Непосредственно понятие «психологическая травма» было введено немецким неврологом А. Ойленбургом [29] в 1878 г. В 1889 г. ученый опубликовал монографию по травматическому неврозу. Он полагал, что часто травма может приводить к небольшим, практически незаметным повреждениям мозга и нервной системы, что и вызывает временные параличи, потерю чувствительности и другие нарушения. Он также выделял психические последствия травмы – «ужас», эмоциональный шок».

Полноценное научное исследование проблематики травмы началось со второй половины XIX века и совпало с формированием научной психологии, рождением психотерапии. В это время формулировались научные теории эмоций, ощущений, памяти; складывалось новое понимание невроза, его основных форм и причин, изменялось отношение к психическим расстройствам и методам их лечения.

Технический прогресс, новое оборудование на фабриках, железные дороги несли не только комфорт и возможности для облегчения труда и экономии времени, но и несчастные случаи, катастрофы, аварии, с которых в определенном смысле все и началось. Масштаб и трагичность железнодорожных катастроф, злободневность газетных сообщений на этот счет, большие суммы компенсаций, определявшиеся через суд, – все это создало новый социальный контекст, в котором формировалось представление о травме.

Несчастные случаи на железной дороге поставили врачей перед необходимостью понимания и объяснения довольно странной симптоматической картины, которая была описана уже в 1866 в книге Д. Эриксона [44] приводился целый ряд «нервных симптомов», включая изменение тепловой чувствительности, походки, рефлексов, почерка, пищеварения, дыхания, памяти, ритмики сна, сексуальной потенции, некоторые из которых появлялись сразу же после несчастного случая, другие же – дни, недели, даже месяцы спустя. Многие авторы отмечали сходство этих нарушений с

истерической симптоматикой. Так и началось научное исследование и обоснование проблематики психологической травмы.

Таким образом, мы видим, что введению понятия «психологическая травма» предшествовал ряд событий, открытий и исследований, которые в свою очередь стали основой для изучения данной проблематики в психологической науке.

Для определения травмы в дальнейшем, исследователи, как правило, идут по одному из трех путей: либо определяют травму через события, которые ее вызывают, либо через переживания, вызванные этим событием, либо через последствия, которые проявляются через какое-то время.

Рассмотрение определения данного термина с разных авторских точек зрения позволит углубить представления и знания в области изучаемой проблематики, а также определить сходства и различия в них.

В научных трудах Ф.В. Бассина [4; 5], Л.С. Выготского [32], А.Н. Леонтьева [45] были представлены представления о «переживании события», а также введено представление о психической травме как о процессе переживания события и определена роль изменения установок личности установок в этом процессе.

В конце XX – начале XXI веков Ю.А. Александровский [2], Е.О. Лазебная [42], М.Ш. Магомед-Эминов [49], М.М. Решетников [71], С.Г. Сукиасян [76], Н.В. Тарабрина [78], Е.М. Черепанова [91] присоединились к разработке данной проблематики.

Ф.В. Бассин [4; 5] ввел термин «значимое переживание», рассматривая его, как «преимущественный предмет психологии». Н.В. Табарина [78] рассматривала в своих работах понятие «травматических событий» — экстремальных кризисных ситуаций, обладающих мощными негативными последствиям, ситуаций угрозы жизни для самого себя или значимых близких.

Как мы отметили выше, среди зарубежных исследователей первые обращения к феноменологии психической травмы встречаются немного раньше — в конце XIX — начале XX веков в трудах психологов и психиатров таких как

Н.Н. Баженов [21], П.Б. Ганнушкин [19], З. Фрейд [87], Ж. М. Шарко [92]. Но регулярные исследования в данной области начались после второй мировой войны (Б. Ван дер Колк [13], Д. Калшед [35], М. Мурен-Симеони [58], Р. Урсано [81] и др.).

Некоторые исследователи под психической травмой понимают тяжелые индивидуальные переживания — об этом пишут Н.В. Канторович [36], Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий [97]. Также психотравма определяется как психогенный удар, который характеризуется чрезвычайностью, остротой, неожиданностью, внезапностью, непонятностью и который сопровождается аффективными расстройствами. Этот подход характерен для В.М. Кровякова [41]. По О.В. Кербинову, «Психическая травма — это жизненно важное для личности событие, глубоко затрагивающее ее сущность и приводящее к стойким переживаниям» [37]. По В.Д. Менделевич [53], «психическая травма — это жизненные события и ситуации, затрагивающие значимые стороны существования человека». Е.С. Мазур [50] отмечает, что психологическая травма — это трагическое переживание, которое затрагивает глубокие слои человеческой души и личности. Травма воздействует на человека в целом, на всех уровнях его существования и влияет на смысловую сферу личности.

При этом сами «критические жизненные события» нередко изучаются в качестве психотравмы как самостоятельное явление — М. Перре [122; 122], в связи с депрессивными расстройствами — А.Б. Смулевич [77], с тревожными расстройствами и шизофренией — С. Брезнитс [108]. Психотравма как явление этими авторами исследуется, но само понятие «психотравма» не используется.

Также данный термин встречается в ряде словарей. Рассмотрим определения, представленные в некоторых из них. Р.С. Немов предлагает следующее значение понятия «психологическая травма». Психологическая травма — нарушение психики человека, вызванное воздействием какого—либо внешнего, неблагоприятного для психики человека фактора, например, действиями других людей, обстоятельствами, условиями жизни. Она может иметь временный, функциональный характер, а также породить

долговременные, далеко идущие последствия для состояния психики, поведения и здоровья человека, вызывать нервные расстройства и серьезные заболевания [61].

Л.А. Пергаменщик [66] считает, что психологическая травма – это событие в жизни субъекта, вызывающее особенно сильные переживания и неспособность субъекта к адекватной реакции; устойчивые патологические перемены и их последствия в душевной жизни.

С.Ю. Головин [23] рассматривает данный термин, как разнообразные повреждения психики, нарушающие ее нормальное состояние, порождающие психический дискомфорт и выступающие в качестве причины появления неврозов и иных заболеваний.

Таким образом, проанализировав разные взгляды на изучаемую проблематику, мы можем сделать вывод о том, что большинство исследователей сходятся во мнении на том, что психологическая травма – это травмирующее событие в жизни личности, вызывающие устойчивые эмоциональные переживания, которые могут иметь серьезные последствия для состояния психического здоровья. Наиболее близким к данному содержанию оказывается определение М.А. Падун [63; 64; 65], которая определяет психологическую травму, как незапланированные негативные события, возникшие единично или многократно, которые имеют труднопреодолимые последствия на психику и личностную организацию индивида. В нашей работе мы будем рассматривать данное определение, как рабочее.

Теперь, когда определение термина «психологическая травма» проанализировано с учетом исторического аспекта, нужно обратить внимание на сущность психологической травмы, а именно, какие события в жизни человека, могут спровоцировать её возникновение. В нашем понимании сущность психологической травмы — это то основание, которое вызвало в психике такие патологические изменения. Основное понятие в этой части параграфа — это критические жизненные события. Критическое жизненное событие — это эмоционально переживаемые жизненные обстоятельства, которые в

восприятию человека представляют сложную психологическую проблему, трудность, требующую своего разрешения или преодоления. В такой ситуации человек находится на грани адаптивных возможностей личности и проявляет неравновесные состояния.

Итак, для того чтобы определить, какие события могут запустить процесс травматизации психики, нужно обратиться к классификациям, в рамках которых рассматриваются разные типы травмирующих ситуаций, оказывающих неодинаковое воздействие. Этот этап нашего ретроспективного обзора позволит увидеть, что исследователи стали разграничивать событийные психотравмирующие события и повторяющиеся, прологнированные.

Р. Лазарус и С. Фолькман [118; 119; 120] под критическими, изменяющими жизнь событиями принято считать такие события, которые удовлетворяют следующим критериям:

- их можно датировать по времени;
- они сопровождаются качественной структурной реорганизацией в структуре «индивид — окружающий мир»;
- они сопровождаются выраженными аффективными реакциями.

Так, Л. Бурбо [11] выделяет пять психотравм: униженности; несправедливости; предательства; отвержения; покинутости, которые мешают человеку быть самим собой и приводят к серьезным психосоматическим нарушениям. В то же время Л. Терр [124] допускает более широкую классификацию, включающую однократные и хронические (комплексные) психотравмы, которые угрожают жизни человека, вызывают чувства беспомощности, бессилия и разрушают здоровье.

В классификация Ф. Рупперта [72] травмы различаются по типам неразрешенных эмоциональных конфликтов:

- экзистенциальные психотравмы (ситуации насилия и несчастные случаи, ситуации смертельной угрозы жизни и здоровью);
- травма потери (потеря любимого человека или важного условия жизни);
- травма отношений (поражения эмоциональных связей: отвержение,

предательство, измена);

– травма системных отношений (поступки, которые трудно оправдать этически и морально: нападения, убийства, инцест).

В отечественной психологии Н. Д. Лакошина [43] и Г. К. Ушаков [82] выделяют следующие группы психотравм:

– травмы, связанные с разнообразными конфликтами;

– психические травмы «эмоционального лишения» (лишение объекта привязанности);

– катастрофические травмы, представляющие угрозу для жизни (землетрясение, наводнения, крушения и т.п.).

В зависимости от роли вторгающегося события В. Н. Мясищев [60] выделяет травмы:

– объективно-значимые, которые определены высокосignимыми травматическими событиями для большинства людей (смерть близкого, развод, увольнение);

– условно-патогенные, которые обусловлены травматическими событиями, вызывающими переживания, связанные с утратой значимых, скорее материальных ценностей (потеря имущества, жилья и т.п.)

Е. И. Красило [39] предлагает выделять следующие типы психологических травм:

– травма актуальная, переживаемая пассивной стороной взаимодействия (жертвой) достаточно болезненно и ярко;

– травма потенциальная (возможная), переживаемая активной стороной взаимодействия (персонификатором) извращенно позитивно, равнодушно и безлично.

В классификации И. К. Силенок [74] на основании анализа утраты свободы взаимодействия с окружением выделяется три типа психологических травм:

– травма физического типа, касающаяся нарушений целостности физических границ человека и связанных с этим переживаний;

– травма нарциссического типа, затрагивающая «Эго» человека,

сопровождая разрушением внутренней целостности и препятствующая формированию идентичности;

– травма социальных отношений, относящаяся к разрушению целостной картины социального мира и ролевых связей и отношений в нем.

Обобщая представленные выше данные, по нашему мнению, можно выделить несколько основных групп психологических травм, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Обобщенная классификация видов психологических травм

Вид психологической травмы	Описание	Примеры событий	Последствия
Физические психологические травмы	Связан с событиями, которые угрожают здоровью человека и вызывают связанные в этом переживания	Ситуационные (когда негативное событие возникло однократно): войны, техногенные и антропогенные катастрофы, бытовые и спортивные травмы, хирургические вмешательства, ДТП и др.	Навязчивая мыслительная деятельность, связанная с событием, избегание, высокая физиологическая реактивность).
Эмоциональные психологические травмы	Связанны с травматическим и событиями в области социальных, межличностных, семейных отношений.	Пролонгированные негативные события: пренебрежение, неглект, газлайтинг, гиперопека, шантаж и др.	Изменение я-концепции и образа мира индивида, чувство вины, стыда, снижение самооценки, отстраненность, нарушение лабильности, диссоциация, отрицание, отстраненность.
Комплексные психологические травмы	Травмы, внутри которых имеет место и угроза физической безопасности и здоровью, и эмоционально окрашенные негативные воздействия на психику человека	Похищение, абьюз, длительное сексуальное насилие, семейное насилие, буллинг.	Симптомы эмоционального травмирования, навязчивые мысли, соматизация, диссоциации, изменение я-концепции, изменение ценностей.

На данный момент нам удалось установить, что многие исследователи в своих научных трудах стали разграничивать событийные и повторяющиеся психотравмирующие события.

Теперь обратимся к периоду, когда категория комплексной психологической травмы стала выделяться в науке, как отдельный кластер.

Отправной точкой для этого события, согласно аналитическому обзору истории становления представлений о психотравме французского военного врача и психиатра Л. Крока [112], стало обнаружение у бывших узников концентрационных лагерей последствия пролонгированных травм, которое было названо KZ-синдромом.

Далее в 1987 году Г. Стракер [123] ввёл термин «травматическое расстройство в результате продолжительного стресса», также называемое «пролонгированным посттравматическим стрессовым расстройством», для обозначения постоянного воздействия на психику людей высокого уровня насилия, конфликтов и политических репрессий. Этот термин к тому же применяется в случае ситуации постоянного воздействия на людей криминогенной обстановки, а также распространяется на представителей профессий, связанных с постоянным риском для жизни (полицейские, пожарные, работники спасательных служб).

Позже в 1992 году психиатр Д. Герман [20] предложила термин «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство». Д. Герман изучала это расстройство в отношении хронической травматизации (насилие, пренебрежение, отсутствие заботы) в детском возрасте и подчёркивала, что травматические симптомы могут сохраняться во взрослом возрасте, спустя многие годы после того, как индивид перестал подвергаться травматизации. Она писала: «Многие дети живут в надежде вырасти и вырваться на свободу. Но личность, выросшая в условиях контроля с помощью насилия, плохо адаптирована к взрослой жизни. Бывшая жертва вынуждена жить с такими фундаментальными проблемами, как базовое доверие, автономия и инициатива. Во взрослом возрасте бывшая жертва продолжает нести груз

серьёзных трудностей при необходимости заботится о себе, имеет проблемы на уровне когнитивных процессов и памяти, личностной идентичности, а также на уровне способности строить стабильные межличностные отношения. Человек надеется создать для себя новую жизнь, но вместо этого переживает новые травмы».

Работы этих исследователей заложили основу для укрепления категории комплексной психологической травмы в современной науке. Таким образом, нам удалось отследить путь становления изучаемой разновидности психотравмы, её обособления от общих представлений о травматизации ментальной сферы жизнедеятельности человека. Это открывает для современной науки новые возможности для работы и исследований в изучаемой области.

1.2. Проявления комплексной психологической травмы в молодёжном возрасте

В предыдущем параграфе мы изучили теоретический аспект изучаемой проблематики, рассмотрев существующие теории, представления, определения, классификации психологических травм, а также проследили за становлением категории комплексной психологической травмы. Задача этого параграфа — уточнить, какие наблюдаемые последствия для психики вызывает этот вид психотравмирования, какие сферы жизнедеятельности затрагивает, какие нарушения могут стать причиной обращения индивида к психологу-консультанту. Также этот параграф станет основой для разработки диагностических критериев.

На наш взгляд, проблема комплексного посттравматического стресса, является менее разработанной в рамках современной науки. Больше внимание последние десятилетия оказывалось посттравматическому стрессовому расстройству.

Несмотря на это, переживания людей, которые на протяжении

значительного отрезка времени, находились в состоянии психологической, физической, эмоциональной небезопасности, а их потребности не удовлетворялись, нарушались окружающими людьми, становятся все более острыми. Они усиливают свой эффект на повседневную жизнь человека, проявляясь в сложностях в социальном и межличностной взаимодействии, дезадаптации, нарушая психологическое здоровье человека, снижая качество его жизни.

Начать изучение данного аспекта стоит с обращения к категории психологического здоровья, которая является составной частью общего здоровья индивида. Это необходимо, так как именно ментальные проблемы становятся на сегодняшний день одной из причин проблем со всех сферах жизни человека. Ю. Е. Шматова рассматривает психологическое здоровье — это интегративный показатель нравственной зрелости и личностной состоятельности человека, своеобразный индикатор качества жизни людей [96].

Как мы видим, ментальное благополучие — один из важнейших компонентов гармоничной жизнедеятельности человека, а также проблема, на которую современные специалисты, такие как психологи, социологи, медицинские работники, полицейские обращают все больше и больше внимания из-за неутешительных тенденций развития психических нарушений в возрастной группе молодёжи. Согласно «Закон о молодежной политике» 2020 года к молодежи относятся лица от 14 до 35 лет. Такая обширная демографическая группа людей имеет непосредственное влияние на развитие и становление общества. Молодёжь – это его основной структурный компонент, так как она играет большую роль в развитии государства. Молодые люди являются носителями интеллектуального, физического и профессионального потенциала страны, а также несет в себе значительный для социума трудовой и демографический потенциал. Именно поэтому современная психологическая наука озадачена тем, чтобы разработать такой комплекс мер, который позволял бы эффективно диагностировать наличие проблем в психической деятельности

молодых людей для своевременной и профессиональной помощи и коррекции [38].

Нельзя отрицать, что последствия пережитой психологической травмы (в любом возрасте) становятся частью всей дальнейшей жизни человека. Влияние этой проблемы отражается на социальной, ментальной, личностной, карьерной, межличностной, семейной и других сферах жизни. Обратимся более подробно к терминологии, которая описывает процесс переживания травматического события.

На сегодняшний день существует понятие посттравматического стрессового расстройства (далее ПТСР), которое представляет собой попытку сформулировать общую модель того, как человек реагирует на ситуационную психологическую травму. Следует отметить, что именно эти реакции становятся основой того, чтобы человек обратился к психологу— консультанту, поэтому важность и актуальность умения различать и дифференцировать психологические последствия влияния травматических событий от других расстройств психики для данной категории специалистов не поддаётся сомнению.

ПТСР соотносятся преимущественно с событийной травмой, которая четко очерчена во времени. Ситуативная травма влечет за собой угрозу смерти или нарушения физической целостности. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят яркий и конкретный характер [18; 29; 31; 39; 46; 55].

При этом психопатологические нарушения у тех людей, которые подвергались травматизации в течение длительного времени (например, повторяющееся физическое и эмоциональное насилие), остаются за рамками ПТСР [33; 63; 80; 114; 117].

Вместе с тем очевидно, что травматизация людей, переживших несчастный случай или стихийное бедствие, значительно отличается от травматизации тех, кто пережил длительное психологическое, эмоциональное,

физическое насилие либо отвержение со стороны значимых близких. В некоторых случаях травмирующая ситуация может не быть экстраординарной, но по различным субъективным причинам она может оказаться фатальной для психики индивида. При этом травматичность события тесно связана с ощущением собственной беспомощности: индивид не имеет возможности эффективно реагировать на то, что происходит [9].

Кроме того, по сравнению с безличными экстремальными стрессорами, такими как стихийные бедствия или дорожно-транспортные происшествия, межличностная травма в детстве имеет своеобразные пагубные и тяжелые последствия из-за ее личностного и преднамеренного характера [11; 17; 19; 40].

Общим негативным результатом детской межличностной травмы является нарушение способности к эмоциональной саморегуляции, что на поведенческом уровне можно распознать, как стратегию сдерживания отрицательных эмоций посредством избегающего или дисфункционального поведения. Подобные поведенческие паттерны имеют своей целью снижение уровня эмоционального напряжения, при этом наиболее распространенные из них — самоповреждающее и рискованное поведение, обжорство, голодание, компульсивно-импульсивные действия, а также агрессивное и сексуальное поведение [40; 79; 54; 52; 91].

Эмпирические исследования убедительно свидетельствуют о том, что взрослые, пережившие детскую межличностную травму, как правило, демонстрируют нарушение регуляции аффекта, что проявляется в эмоциональной нестабильности, склонности к чрезмерным реакциям на негативные или стрессовые события, в проблемах с контролем внешнего выражения сильных эмоций и, как уже отмечалось, в использовании дисфункциональных поведенческих моделей снижения эмоционального напряжения [10; 15; 34].

Более того, было обнаружено, что неблагоприятная обстановка в детстве влияет на вероятность развития комплексного посттравматического стрессового расстройства после травм во взрослом возрасте.

Комплексное ПТСР, как мы уже выяснили в предыдущем параграфе, развивается в ответ на длительный, повторяющийся опыт межличностной травмы, связанной с психологическим, сексуальным, физическим насилием и пренебрежением в детском возрасте, с хроническим насилием со стороны интимного партнера, постоянными издевательствами в воспитательных, образовательных и других социальных учреждениях, на рабочем месте, у жертв похищений, жестокой эксплуатации, торговли людьми, у пострадавших от деструктивных религиозных культов и культоподобных организаций, заложников, военнопленных, узников концлагерей [3; 12; 25; 26; 27].

Именно на данной стадии разработки проблемы комплексной психологической травмы становится возможным рассмотреть особенности проявления данного состояния у молодых людей. Если у детей последствия психологического травмирования проявляются чаще в мутизме, нарушениями привязанности и сенсорной интеграции, эмоциональной дисрегуляции (истериках, неконтролируемом плаче), уходе в воображаемый мир, импульсивности, нарушениях когнитивных способностей, ухудшением учебной успеваемости, регрессиях и агрессии, то в молодом возрасте эти особенности трансформируются в устойчивые поведенческие паттерны. Так как детская психика смогла достичь определенного уровня адаптации к стрессовым факторам, сработали защитные механизмы, которые закрепили в его поведении эти дезадаптивные схемы взаимодействия с собой и окружающими, сформировали устойчивые модели эмоционального реагирования на стрессовые события.

Рассмотрим эти особенности подробнее. Исследований, рассматривающих данную сторону изучаемой проблематики, не так много. Например, Ф. Очберг [121] предложил, помимо симптомов типичных для ПТСР, включить в диагностические критерии данного состояния виктимизацию, так как причиной возникновения комплексной психотравмы чаще является именно длительное насилие. Эта особенность проявляется в закреплении виктимного поведения, его закреплении в стратегиях поведения и

взаимодействия человека в межличностных, социальных и рабочих отношениях. То есть человек принимает и смиряется с тем, что он не может повлиять на стрессовые, травмирующие его факторы, ожидает повторения насильственных действий в свою сторону. Такой человек имеет значительно пониженную самооценку и самоценность, не может защищать свои личные границы, проявлять самосострадание, нести ответственность за принятые решения.

А.В. Котельникова и М.А. Падун [63; 6465] включили в перечень дополнительных особенностей проявления комплексной психологической травмы изменение базисных убеждений и картины мира, ценностных ориентаций, целостности восприятия самого себя. Помимо данных симптомов, по мнению исследователей, у человека изменяются когнитивные процессы: память и внимание направлены на стимулы, связанные с травмирующим событием, не позволяя переключиться на положительные аспекты жизнедеятельности. Также снижается объем оперативной памяти и способность к подавлению негативных воспоминаний и флешбеков, более того, возникает феномен неадекватного восприятия семантической информации, из-за чего человек переоценивает опасность стрессовых факторов, возникает избегающее поведение.

Р. Тувал-Машиач [62] в своих работах отмечает, что последствия длительного психотравмирования, выражаются в нарушении целостности и связности нарративов индивида, заикленности на осмыслении произошедших событий и поиска причин произошедшего в себе. Также отмечается наличие диссоциативных симптомов, которые не позволяют человеку вернуть ощущение безопасности, связать и переработать негативный опыт.

В исследовании 1997 г. Е. Ньюман [63] выделил следующие воздействия пролонгированного травмирующего опыта на личность: ограничение адаптивных возможностей психики, отсутствие эмоциональной гибкости. По его мнению, эти особенности не позволяют человеку установить стабильные взаимоотношения с окружающими, снижает ценность внутреннего «Я»,

вызывает ощущение бессмысленности жизни, недоверие к миру и уверенность в его недоброжелательности.

Таким образом, мы видим, что молодые люди испытывают определенный, особенный спектр трудностей, вызванных длительным нахождением в ситуации физического, эмоционального насилия. Обобщая представленные теоретические данные, можно сделать вывод, что для них характерны следующие особенности функционирования психики, поведения, физиологического и эмоционального состояния:

- эмоциональная дисрегуляция, которая характеризуется преобладанием дисфории;

- нарушения самовосприятия, в которых отражаются негативные представления о себе, а также виктимность;

- нарушения в отношениях, характеризующаяся дефицитом доверия другим людям;

- нарушения внимания и осознанности (диссоциация), проявляющаяся в затруднении консолидации травматической информации в биографический нарратив, образ я и образ мира;

- соматический дистресс, включающий нарушения работы пищеварительной системы, симптомы хронической боли, проблемы с дыханием и сердечно-сосудистой системой, конверсионные симптомы и сексуальные дисфункции.

- изменения в смысловой сфере, определяющиеся через чувство хронической безнадежности и отчаянья, а также утрату предшествующих травматизации представлений о мире.

В совокупности с симптоматикой посттравматического расстройства, которая также присутствует при комплексной психологической травме, мы видим, что картина психоэмоционального состояния человека в данном состоянии значительно затрудняет его социальную жизнь, вызывает трудности при построении межличностных отношений, приводит к когнитивным нарушениям, а также значительно деформирует ценностные

ориентации и картину мира индивида.

Учитывая проведенный выше теоретический анализ, можно утверждать, что комплексная психологическая травма — это многогранное состояние, которое включает эмоциональные, физиологические, когнитивные и поведенческие компоненты.

Кроме того, у них наблюдается высокий уровень коморбидности, связанные с функционированием нервной системы, закреплением дезадаптивного поведения и схем взаимодействия с собой и миром.

Таким образом, нам удалось установить, что к специфическим симптомам проявления комплексной психологической травмы у молодежи можно отнести:

- резкое переживание эмоциональных аффектов (как позитивных, так и негативных);
- преобладание негативных представлений о себе и мире;
- потеря доверия к миру, ожидание повторной травматизации, а также высокая возможность повторного психотравмирования в следствие виктимного поведения;
- соматические нарушения различной природы;
- когнитивные нарушения;
- изменение картины мира, смысловых и ценностных ориентаций.

1.3. Схема-терапия как метод работы с последствиями психологической травмы

В последние десятилетия, как мы установили в первом параграфе, произошел существенный прогресс в понимании сущности комплексной психологической травмы. Особую актуальность в этой связи имеют вопросы оказания психологической помощи людям, пережившим подобные события. Для работы клиента и психолога-консультанта в рамках изучаемой проблематики необходимо понимать, какие возможности предоставляет тот

или иной психологический подход или направление. Именно поэтому в данном параграфе мы хотим рассмотреть, как интегративный подход когнитивно-поведенческой терапии, а именно схема-терапия может стать основой для работы с людьми, которые переживают последствия пережитой комплексной психологической травмы. В данном параграфе мы попытаемся представить обоснования выбора этого подхода в нашей работе.

На наш взгляд, важно обратиться к историческому аспекту и рассмотреть становление схема-терапии в рамках когнитивно-поведенческого подхода. В первой половине XX века в области психотерапии доминировали психоанализ и направления, основанные на его положениях. Однако в 1950-х годах исследователи начали ставить под сомнение теоретическое основание и эффективность этого подхода [7; 85], одновременно с этим теория обучения и отделившийся от нее поведенческий подход начали влиять на психологическое лечение, практику и исследования психологической жизни личности. Изучением и разработкой когнитивно-поведенческого направления занимались такие исследователи, как Е. Т. Соколова [75], А. Бек [6], Р. Бранч [10], Б. Дейтс [25], Д. Калшед [35], Р. Перес-Ловелле [47], В. Франкл [86], Ф. Шапиро [92], П. Уокер [80], А. Эллис [99] и др.

Когнитивно-поведенческий подход получил свою популярность и место в качестве самостоятельного направления относительно недавно, а именно в 50-е гг. XX в., но практически с момента своего образования начал бурно расти и развиваться, подразделившись на несколько ответвлений.

Теоретический прорыв, достигнутый А. Беком и другими когнитивным теоретиками, состоял в утверждении центральной роли когниций в психосоциальном и эмоциональном функционировании людей. Он смог установить, что способ, которым люди когнитивно структурируют свои переживания, считался основным фактором влияния на их эмоции, поведение и физические реакции. Когнитивная теория утверждает, что психологические расстройства не возникают в результате самих по себе событий (например, травматического инцидента или потери работы и отношений). Проблемы

возникают из-за значений, которые люди придают событиям, отфильтрованным структурой глубинных убеждений и предположений, которые они вырабатывают на основе своего жизненного опыта.

Если применять вышесказанное к теме нашего исследования, то можно сделать вывод, что в ситуации переживания последствий комплексной психотравмы, важно работать с установками, с мыслями и отношением человека к ситуации, отрабатывать новые способы поведения, чтобы научиться управлять собой и своими эмоциями. Это, в свою очередь, определяет тот факт, что когнитивно-поведенческий подход является наиболее подходящей базой для работы с клиентами, имеющими комплексные посттравматические расстройства.

Эффективность применения данного подхода определяется многочисленными эмпирическими исследованиями. Так, в фундаментальном систематическом обзоре мета-анализов эффективности КПТ, проведенного в 2012 году рабочей группой кафедры психологии Университета Бостона, США установлено, что эффективность КПТ является крайне высокой, особенно в отношении лечения тревожных расстройств и расстройств настроения. Также действенность данное направление подтвердило в ходе нескольких крупномасштабных исследований, демонстрируя ослабление ключевых симптомов комплексных психологических травм [117].

При этом классический когнитивно-поведенческий подход стал началом для разработки многих интегративных направлений, которые, как выяснилось, могут оказывать положительное влияние на динамику последствия пережитой психологической травмы.

Одним из таких примеров интегративных подходов является схема—терапия, которая включает в себя многогранный подход и акцентирует внимание на этиологии детских переживаний при патологии у взрослых. Схема-терапия — это направление когнитивно-поведенческого подхода, которое было создано Д. Янгом для индивидов, в отношении которых стандартные протоколы когнитивно-поведенческого подхода были

недостаточно эффективны. Схема-терапия опирается на теории привязанности и другие подходы, в том числе гештальт, психодинамическая и интерперсональная терапия. Также в рамках данного подхода уделяется большое внимание эмпирическим методам обработки неприятных воспоминаний и травматических переживаний, что делает ее особенно подходящей для работы с клиентами, имеющими комплексную психологическую травму [125; 126].

Как мы уже сказали, когнитивно-поведенческая терапия является доказанной и эффективной базой для работы с клиентами, которые переживают последствия пролонгированной психологической травмы в прошлом во взрослом возрасте. При этом, именно схема-терапия показалась нам наиболее подходящей для работы с КПТСР. Этот выбор был обоснован следующими причинами:

- высокое качество разработанности в схема-терапии вопроса нарушения границ и неудовлетворения потребностей клиента;
- опора подхода на работу не только с поведенческой и когнитивной составляющей травмы клиента, но и эмоциональной;
- возможность работать с конкретными переживаниями в данный момент клиентом состояниями, которые возможно сублимировать в новый опыт для коррекции текущего состояния;
- обучение клиента новым стратегиям поведения в противовес тем, что сформировались в его действе и стали основой для дезадаптации.

Таким образом, если говорить о том, что пролонгированное негативное влияние на психику человека, может стать прочной основой для проявлений дезадаптации и сложностей при построении отношений с окружающими, а также возникновения комплексного посттравматического стрессового расстройства, то схема-терапия в данном случае позволяет заменить дезадаптивные способы поведения, изменить отношение человека к полученной травме, а также установить взаимосвязь всех компонентов личности и «Я-концепции» человека для повышения качества его жизни.

Чтобы понять, с какими личностными конструктами предстоит работать психологу-консультанту с клиентом, рассмотрим основополагающие положения схема-терапии.

Центральным в схема-терапии является концепция ранних дезадаптивных схем, которая представляет собой особый тип когнитивной схемы, который, согласно Янгу [125; 126], является защитным эмоциональным и когнитивным паттерном, который формируется в детстве и повторяется на протяжении всей жизни. Ранние дезадаптивные схемы дисфункциональны в значительной степени, состоят из воспоминаний, эмоций, когниций и телесных ощущений и касаются собственной личности и отношений с другими людьми. В детстве человек мог пережить плохое обращение, быть покинутым или отвергнутым. Во взрослом возрасте сформировавшиеся неадаптивные схемы могут быть активированы событиями, которые человек неосознанно воспринимает похожими на травматичные события своего детства. Когда схема активируется, человек переживает сильные негативные эмоции, например, гнев, страх или стыд. Ранняя дезадаптивная схема, скорее всего, не может быть стерта полностью, так как она основана на бессознательно запомненном чувственном опыте пугающих и травматических событий. Такого рода опыт никогда не стирается полностью, но можно осознать его и начать контролировать бессознательную реакцию на стимулы, приводящие схему в действие [102].

Рассмотрим, какие базовые потребности человека выделяются в рамках схема-терапии, как наиболее важные:

- привязанность и безопасность;
- независимость, компетенция и идентичность;
- свобода выражения своих потребностей и эмоций;
- спонтанность, веселье и игра;
- реалистичные границы, самодисциплина и самоконтроль.

Нарушение данных потребностей во взаимосвязи с врождёнными особенностями функционирования нервной системы человека и ведет к

формированию дезадаптивных схем, которые не возводят человеку применить подходящие для ситуации поведенческие приемы.

Изучаемое нами направление рассматривает восемнадцать ранних неадаптивных схем и объединяет их в 5 групп:

- отсутствие связи и отвержение;
- нарушенная автономия и эффективность;
- нарушения границ;
- направленность на других;
- сверхбдительность и сдерживание.

Рассмотрим классификацию дезадаптивных схем подробнее в таблице 2.

Таблица 2 — Классификация ранних дезадаптивных схем в схема-терапии с описанием возможных психологических травм

Название схемы	Особенности схемы	Психотравмы схемы
Нестабильность	Ощущение недоверия к миру, нестабильности, пренебрежение своими потребностями	Гипоопека, попустительское воспитание в сочетании с высокими требованиями
Недоверие	Ожидание обмана, предательства от окружающих	Несоблюдение значимыми взрослыми обещаний, непредсказуемое поведение
Эмоциональная депривация	Нарушения установления эмоциональной близости	Отсутствие близких и доверительных отношений
Дефектность	Ощущение собственного несовершенства, которое необходимо скрывать	Критика, наказания за несоблюдение правил
Социальная изоляция	Отсутствие тесных связей с социумом, отчужденность	Наказания игнорированием
Зависимость	Несамостоятельность в решении повседневных проблем	Гиперопека, принятие решений за ребенка без учета его интересов и мнения
Неразвитая индивидуальность	Слаборазвитая идентичность, зависимость от мнения окружающих	Сравнение с другими
Провал	Чувство неуспешности в сравнении с другими людьми	Сравнение с другими в сочетании с критикой
Грандиозность	Убежденность в собственной избранности, низкая толерантность к фрустрации	Неадекватно высокое оценивание любых достижений и поведение, отсутствие здоровой критики

Окончание таблицы 2

Недостаток самоконтроля и самодисциплины	Избегание повседневных проблем с помощью пагубных привычек, безответственность	Демонстрация взрослыми подобных способов разрешения проблем
Подчинение	Игнорирование собственных потребностей, покорность другим из-за страха	Неглект, физические наказания, газлайтинг
Самопожертвование	Убежденность в том, что чужие потребности важнее собственных	Созависимое поведение значимых взрослых
Поиск одобрения	Зависимость самооценки от внешних факторов	Поощрение только при точном выполнении правил
Подчинение	Игнорирование собственных потребностей, покорность другим из-за страха	Неглект, физические наказания, газлайтинг
Самопожертвование	Убежденность в том, что чужие потребности важнее собственных	Созависимое поведение значимых взрослых
Поиск одобрения	Зависимость самооценки от внешних факторов	Поощрение только при точном выполнении правил
Негативизм	Сосредоточенность на неудачах, обесценивание собственного успеха	Фиксирование на слабых сторонах в личности, поведении
Эмоциональное сдерживание	Чрезмерное контролирование эмоций	Включение ребенка в решение повседневных проблем, возложение ответственности не по возрасту
Гиперкритицизм	Идеализм, постоянное ощущение недостаточности собственных усилий	Излишний контроль, подчинение без эмоционального одобрения и поддержки
Пунитивность	Чувство ненависти к себе и другим при совершении ошибок	Зависимое поведение значимых взрослых
Негативизм	Сосредоточенность на неудачах, обесценивание собственного успеха	Фиксирование на слабых сторонах в личности, поведении, игнорирование сильных
Эмоциональное сдерживание	Чрезмерное контролирование эмоций	Включение ребенка в решение повседневных проблем, возложение на него большой ответственности не по возрасту
Гиперкритицизм	Идеализм, постоянное ощущение недостаточности собственных усилий	Излишний контроль, подчинение без эмоционального одобрения и поддержки
Пунитивность	Чувство ненависти к себе и другим при совершении ошибок	Зависимое поведение значимых взрослых

Индивидуальное сочетание ранних дезадаптивных схем создает основу для формирования схема-режимов. Схема-режимы могут меняться очень быстро и могут быть как адаптивными, так и маладаптивными. Схема-режимы можно определить, как состояние, которое возникает в результате активации дезадаптивной или адаптивной схемы тем или иным триггером. В схематерапии выделяют дисфункциональные и здоровые детские и взрослые режимы. Детские режимы активируются тогда, когда происходит ущемление базовых эмоциональных потребностей. Родительские режимы активируются в ответ на интернализованное негативное поведение значимых других по отношению к самому человеку в его детстве [125]. Выделяют четыре основные группы режимов: детские режимы, дезадаптивные родительские режимы, дезадаптивные копинг-режимы и здоровые режимы. Когда схема повторяется, человек может по-разному на нее реагировать: если он не владеет здоровыми способами совладания с ситуацией, он прибегает к привычным и часто разрушительным для самого себя методам. Изменения режимов достигаются с помощью специальных техник и упражнений, которые влияют на клиента на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Рассмотрим их подробнее в таблице 3.

Таблица 3 – Особенности проявления и виды схема-режимов

Вид схема-режима	Проявления схема-режима
Уязвимые детские схема-режимы	
Уязвимый ребенок	Человек ощущает, что никто не может удовлетворить его потребности, не доверяет окружающим, ожидает неприятия себя другими
Одиноким ребенок	Человек ощущает себя недостойным любви и принятия, сомневается в себе, присутствует стойкая дисфория
Покинутый ребенок	Человек чувствует себя ущемленным и боится быть покинутым значимыми людьми или стать жертвой жестокого обращения
Униженный ребенок	Человек ощущает неполноценность и токсический стыд, вину за свои ошибки
Зависимый ребенок	Человек чувствует себя некомпетентным, не может самостоятельно принимать решения
Агрессивные детские режимы	

Сердитый ребенок	Человек испытывает и открыто демонстрирует агрессивное поведение по отношению к окружающим в ответ на реальную или воображаемую угрозу, критику, несправедливость, отвержение, ущемление интересов, невозможность получить желаемое
Упрямый ребенок	Человек нелогично сопротивляется в ответ на ощущения гнева и агрессии, но не проявляет их открыто
Разъярённый ребенок	Человек проявляет яркую импульсивность в ответ на критику или несправедливость (реальные или воображаемые)
Детские режимы, связанные с повышенной импульсивностью	
Импульсивный ребенок	Стремление к немедленному удовлетворению своих потребностей в не зависимости от чувств и нужд окружающих
Недисциплинированный ребенок	Нетерпеливое поведение, невозможность прилагать длительные усилия для достижения целей, потеря концентрации при выполнении различных задач
Родительские режимы	
Требовательный критик	Проявляются в обесценивании себя, ненависти к себе или завышенными стандартами
Карающий критик	Проявляется в агрессии по отношению к себе, в том числе и физической
Внушающий вину критик	В этом режиме человек излишне реагирует на потребности окружающих, стремится влиять на их благополучие, не замечая своих потребностей
Здоровые режимы	
Счастливый ребенок	Человек принимает себя во всем многообразии
Здоровый взрослый	Человек может принимать самостоятельные решения, адекватно осознает свои возможности и ограничения
Хороший родитель	Человек в данном режиме поддерживает свою внутреннюю детскую часть, прислушивается к его потребностям и обеспечивает их конструктивными способами

Еще одно основное положение СТ состоит в том, что отношения между консультантов и консультируемом имеют особенный вид, а именно представляются в форме «ограниченного родительства». Это значит, что психолог-консультант, оставаясь в рамках профессиональных терапевтических отношениях, действует так, как если бы он был «родительской фигурой», которая может обеспечить корригирующее эмоциональное переживание клиента. Форма «ограниченного родительства» состоит из двух компонентов [88; 89].

Первый характеризуется поддержкой, вниманием, одобрением и

похвалой, в котором консультант открыто дает клиенту теплые и заботливые ответы и может использовать соответствующее самораскрытие или переходные объекты как способ улучшить терапевтические отношения.

Вторым компонентом является эмпатическая конфронтация и установка границ, где психолог-консультант «эмпатически противостоит» маладаптивному поведению консультируемого и поощряет изменения. В случае КПТСР консультант часто эмпатически конфронтует с избегающим поведением и работает над удовлетворением потребностей консультируемого.

Ключевой идеей ограниченного родительства, как пишут А. Арнц и Д. Янг [125; 126; 103; 104; 102; 101], и является то, что клиент способен к постепенной терапевтической «интернализации», и консультант становится частью собственного здорового взрослого консультируемого. В результате он начинает сострадательно относиться к себе, может переносить сильные аффекты и становится более психологически ресурсным.

Теперь, имея представление о сущности, основных положениях, терминах схема-терапии, можно предположить, что работа консультанта и консультируемого в рамках этого направления для преодоления последствий психологической травмы, будет более эффективной, если:

- психологическое воздействие в процессе консультации будет направлено на информационную поддержку консультируемого, на формирование и увеличение его социальной поддержки и социальной интеграции, а также на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности для снижения уровня воздействия психотравмирующего события в настоящий момент;

- в процесс консультирования будут включена работа с проблемными эмоциями, проведен анализ сформированных дезадаптивных схем и работа с ними, а также будут выстроены особые отношения между консультантом и клиентом (репарентинг, адаптированный к конкретным дезадаптивным схемам клиента).

Выводы по Главе 1

На основании проанализированной психолого-педагогической литературы по теме исследования можно сделать следующие выводы.

1. Комплексное психологическое травмирование возникает в следствие незапланированных негативных событий (физического, эмоционального, сексуального насилия), происходящих многократно и на протяжении длительного времени в детском и юном возрасте, и имеют труднопреодолимые последствия на психику и личностную организацию индивида.

2. К особенностям проявления симптомов комплексного посттравматического расстройства относятся типичные для посттравматического расстройства симптомы (болезненные воспоминания о пережитых событиях, избегание ситуаций, напоминающих о травмирующих ситуациях, гиперактивность, дисфория, повышенная чувствительность к стрессогенным факторам, нарушения памяти, соматизация), а также специфические, включающие в себя импульсивность, трудности с контролем аффектов, нарушение в ценностно-смысловой сфере, изменение картины мира, негативизм, диссоциативные симптомы.

3. Молодежный возраст — обширная демографическая группа (от 14–35 лет), представители которой являются носителями интеллектуального, физического и профессионального потенциала страны, а также несет в себе значительный для социума трудовой и демографический потенциал. Психологическое здоровье молодежи в контексте пережитых в детстве и юности пролонгированных психологических травм вызывает в последнее время большее внимание со стороны психологов, социологов, медицинских работников.

4. Когнитивно-поведенческий подход в консультировании, частью которого является схема-терапия, имеет высокую доказательную эффективность, подтвержденную исследованиями Д. Бернса, А. Фримана,

С.Г. Хофманна и других. Концептуально схема-терапия отличается от классического когнитивно-поведенческого консультирования присутствием специфических категорий, таких как дезадаптивные схемы и дисфункциональные режимы поведения. Главной отличительной особенностью схема-терапии от классического когнитивно-поведенческого подхода заключается в установлении особых отношений (ограниченное родительство) в системе консультант-клиент, когда консультант выступает в роли здоровой родительской фигуры, которая обучает клиента адаптивным моделям и стратегиям поведения и реагирования на стрессовые факторы, помогает заменить существующие схемы и режимы поведения на более адаптивные.

5. К основным положениям схема-терапии относятся: опора подхода на работу с поведенческой, когнитивной и эмоциональной составляющей травмы клиента, работа с конкретными и актуальными психоэмоциональными состояниями и установками клиента, возможность сублимации пережитого психотравмирующего опыта, замена имеющихся неадаптивных стратегий поведения и реагирования на более гибкие и экологичные для психики.

6. Дезадаптивные схемы представляют собой особый тип когнитивной схемы, является защитным эмоциональным и когнитивным паттерном, который формируется в детстве и повторяется на протяжении всей жизни. Возникают в следствие неудовлетворения базовых потребностей ребенка на протяжении длительного времени. Нарушение данных потребностей во взаимосвязи с врождёнными особенностями функционирования нервной системы человека ведет к формированию дисфункциональных режимов, которые представляют собой индивидуальное сочетание ранних дезадаптивных схем.

7. Схема-терапия в ситуации переживания последствий комплексной психологической травмы, обеспечивает комплексную работу с установками, с мыслями и отношением человека к травмирующим

ситуациям, побуждает отрабатывать новые способы поведения, чтобы научиться управлять своим поведением, реакциями на стресс и своими эмоциями.

ГЛАВА 2. Экспериментальное исследование эффективности психологической помощи молодежи после комплексной психологической травмы в процессе индивидуального консультирования в рамках схема-терапии

2.1. Методическая организация и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

В первой главе мы выяснили, что комплексная психологическая травма возникает после длительного, повторяющегося воздействия негативных факторов (физического, эмоционального, психологического, сексуального насилия) на человека, которые он не может контролировать и остановить. Этот вид психотравмирования характеризуется наличием 6 основных симптомов, которые оказывают значительное негативное влияние на качество жизни и ментальное здоровье человека. Симптомы объединены в следующие блоки: нарушение в регуляции негативных аффектов и импульсов, расстройства восприятия или сознания, наличие диссоциативных и деперсонализационных эпизодов, расстройства самости, идентичности, нарушения во взаимоотношениях с другими людьми, которые приводят к невозможности доверять окружающим, защищать себя и виктимизации, наличие соматоформных жалоб на физическое состояние и/или ипохондрических страхов, утрата смысловой составляющей жизни, её ценности, базовых убеждений, изменение отношения к жизни.

В своем исследовании в качестве критериев оценки уровня проявлений последствий комплексной психологической травмы, мы опирались на эти симптоматические блоки. Таким образом у нас получилось составить список критериев оценки данного состояния у молодых людей. Выделенные нами критерии представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Критерии и уровни воздействия комплексной психологической травмы

Критерии воздействия КПТСР на личность	Уровни и критериальные показатели			Методики диагностирования
	Высокий	Средний	Низкий	
АФФЕКТИВНЫЙ	Негативные аффекты не контролируются, значительно снижая качество повседневной жизни	Проявляется низкая способность к регуляции негативных аффектов	Проявления негативных аффектов в повседневной жизни контролируются, не снижая качество повседневной жизни	Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (Д. Уотсон, Л. Кларк, А. Теллеген)
КОГНИТИВНЫЙ	Присутствуют проявления деперсонализации и дереализации, которые человек не может контролировать	Присутствуют проявления деперсонализации и дереализации, при воздействии психологических триггеров	Проявлений деперсонализации и дереализации нет	Шкала диссоциации (Тарабрина Н. В.)
ПЕРСОНАЛЬНЫЙ	Человек не имеет возможности самостоятельно выявлять соответствия личности ее объективной реальности, утрачивает представления о целостности и уникальности собственного «Я»	Человек имеет диффузные представления о целостности и уникальности собственного «Я»	Человек имеет способность к самостоятельному выявлению соответствия личности ее объективной реальности, сохраняет представления о целостности и уникальности собственного «Я»	Методика исследования личностной идентичности (Шнейдер Л.Б.)

СОЦИАЛЬНЫЙ	Наблюдаются значительные трудности в построении социальных связей и контактов, ограничивающие общение и взаимодействие человека с окружающими	Наблюдаются трудности в построении близких социальных контактов с окружающими	Трудностей в построении близких социальных контактов с окружающими нет	Тест межличностных отношений Т. Лири
СОМАТИЧЕСКИЙ	Постоянное присутствие телесных симптомов, мучительных для человека, чрезмерно захватывающих его внимание	Присутствие телесных симптомов, мучительных для человека, чрезмерно захватывающих его внимание и обостряющихся при воздействии психологических триггеров	Телесных симптомов нет	Симптоматический опросник (Жуковский И.В.)
АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ	Человек утратил базовые убеждения, перспективы на будущее	Человек частично утратил базовые убеждения, перспективы на будущее	У человека сохранены базовые убеждения, перспективы на будущее	Шкала базисных убеждений (Падун М.А., Котельникова А.В.)

Теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования позволил нам прийти к формулированию предположения о том, что психологическое консультирование молодежи в рамках схема-терапии может выступать как эффективное средство преодоления последствий комплексной психологической травмы. Проверка данной гипотезы будет осуществляться в несколько этапов.

На 1 этапе проводится констатирующий эксперимент, в рамках которого производится диагностика выбранной группы испытуемых для выявления молодых людей, которые имеют комплексную психологическую травму.

На 2 этапе проводится формирующий эксперимент, где происходит разработка программы психологических консультаций для коррекции негативных последствий комплексной психологической травмы, а также апробация данной программы.

На 3 этапе проводится контрольный эксперимент, в рамках которого осуществляется диагностика интенсивности проявлений комплексной психологической травмы после прохождения курса психологического консультирования на основе схема-терапии, сравнение полученных результатов диагностики с результатами, полученными в ходе констатирующего эксперимента, а также подведение итогов, выводов об эффективности проведенной работы.

Исследование проводилось на базе ООО СЦ «Астрея» г. Красноярск. При проведении констатирующего эксперимента диагностику прошли 30 человек в возрасте от 22 до 30 лет. В их числе 21 женщина и 9 мужчин.

В настоящее время существует незначительное количество валидных и надежных методик и шкал по изучению психодиагностических критериев комплексного посттравматического стрессового расстройства, поэтому нами было принято решение использовать для каждого из выделенных критериев отдельную методику, которые в совокупности отображают психологическое состояние человека после воздействия на него психотравмирующих событий.

Рассмотрим подробнее этот диагностический комплекс.

1. Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (Д. Уотсон, Л. Кларк, А. Теллеген) представляет собой опросник, направленный на диагностику широкого спектра позитивных и негативных эмоциональных состояний и состоит из списка 20 прилагательных, описывающих эмоциональное состояние. Респондент должен оценить по 5-балльной шкале Ликкерта, насколько он чувствовал себя так в течение того или иного времени (стандартная формулировка — последних двух недель, но теоретически период времени для описания может быть любым, в том числе, неопределённым — обычно, в среднем, как правило). По оценке результатов тестирования можно оценить уровень влияния негативного аффекта (состояние субъективно переживаемого страдания, неприятной вовлеченности). Если уровень влияния негативного аффекта является высоким (от 33 до 50 сырых баллов), а позитивного низким (от 10 до 22 сырых баллов), то это соотносится с высоким уровнем проявления аффективного критерия в нашем исследовании. Высокий уровень влияния позитивного аффекта (от 40 до 50 сырых баллов) и низкий уровень негативного (от 10 до 15 сырых баллов) демонстрируют люди с низким уровнем проявления аффективного критерия. Остальные сочетания влияния негативного и позитивного аффекта соотносятся со средним уровнем проявления аффективного критерия.

2. Шкала диссоциации (Тарабрина Н. В.) является исследовательским инструментом, дает возможность оценить выраженность диссоциативных состояний и переживаний. Шкала представляет собой опросник самоотчета из 28 пунктов, в котором респонденту предлагаются вопросы о переживаниях и специфических состояниях, с которыми он сталкивался в повседневной жизни и оценить их по шкале от 0% до 100%. Далее общее значение шкалы подсчитывается как среднее арифметическое значение результатов по всем пунктам шкалы. Оценка результатов происходит с помощью следующих показателей:

– от 6,97 до 12,8 баллов — низкий уровень проявления

диссациотивных симптомов (низкий уровень проявления когнитивного критерия);

– от 12,8 до 20,7 — средний уровень проявления диссациотивных симптомов (средний уровень проявления когнитивного критерия);

– от 20,7 до 38,1 — высокий уровень проявления диссациотивных симптомов (высокий уровень проявления когнитивного критерия).

3. Методика исследования личностной идентичности (Шнейдер Л.Б.) построена на принципах прямого и цепного ассоциативного теста. Респондентам предъявляются два слова-стимула: «живое» и «мертвое», на которые он записывает по 10 ассоциативных реакций. Затем уже на эти 10 слов-стимулов вновь записываются 10 любых слов, пришедших в голову. Все ассоциативные реакции (первичные и вторичные) испытуемых сводятся воедино. Затем по каждому начальному слову-стимулу «живое» и «мертвое» проводится следующая обработка: группы слов, образующие «гнездо ассоциаций», заменяются одним словом. Слова, встречающиеся по обоим стимулам, исключаются, явные (откровенные) ассоциации изымаются, случайные ассоциации также удаляются из общего набора. В итоге остаются ключевые ассоциации со словами-стимулами. Подсчет происходит по числу совпадений по ключу с самоописаниями себя в категориях живого, а затем по числу самоописаний себя в категориях мертвого. Далее количество слов-реакций описания себя как живого нужно разделить на количество слов-реакций описания себя как мертвого. Вид личностной идентичности подсчитывается как среднее арифметическое между самоописаниями в категориях живого и самоописаниями в категориях мёртвого. Интерпретируются результаты следующим образом:

– 0-1,0 балл (преждевременная идентичность), что соотносится с высоким уровнем воздействия комплексной психологической травмы;

– 1,0-2,0 балл (диффузная идентичность), что соотносится с высоким уровнем воздействия комплексной психологической травмы;

– 2,0-3,0 балл (мораторий), что соотносится со средним уровнем

воздействия комплексной психологической травмы;

– 3,0-4,0 балл (достигнутая позитивная идентичность), что соотносится с низким уровнем воздействия комплексной психологической травмы.

4. Тест межличностных отношений Т. Лири представляет собой опросник, в котором короткие характеристики отражают индивидуальный стиль общения конкретного человека с окружающими. Опросник методики представлен в виде 128 характеристик. Респонденту предлагается зачеркнуть те характеристики, которые ему соответствуют, а несоответствующие оставить пустыми. На следующем этапе исследования респондент заполняет этот же опросник относительно своего идеала, зачеркивая те качества, которые он хотел бы иметь. После этого подсчитываются баллы по 8 вариантам (октантам) межличностного взаимодействия. Для этого используется «ключ», с помощью которого выделяются блоки по 16 номеров, каждый блок формирует один из 8 октантов методики. Количество перечеркнутых испытуемым номеров в каждом блоке выносится на таблицу количественных результатов соответственно каждому октанту, отражающему тот или иной вариант межличностных отношений. Рассмотрим возможные варианты, отражаемые 16-балльной шкалой по каждому из 8 октантов.

I октант (властно-лидирующий тип межличностного поведения):

– умеренные показатели (до 8 баллов включительно) выявляют уверенность в себе;

– высокие показатели (до 12 баллов) выявляют нетерпимость к критике, переоценку собственных возможностей;

– экстремально высокие (при баллах выше 12) указывают на дидактический стиль высказываний, императивную потребность командовать другими, черты деспотизма.

II октант (независимо-доминирующий тип межличностного поведения):

– умеренные показатели (в пределах 8 баллов) характерны для уверенного и независимого стиля отношений;

- высокие показатели (9–12 баллов) характерны для самодовольного, нарциссического стиля отношений;

- экстремально высокие показатели (выше 12) характерны для стиля отношений с выраженным чувством собственного превосходства над окружающими, с тенденцией иметь особое мнение, отличное от мнения большинства, и занимать обособленную позицию в группе.

III октант (прямолинейно-агрессивный):

- умеренные баллы внутри данного октанта (до 8 баллов) выявляет искренность, непосредственность, прямолинейность, настойчивость в достижении цели и отношениях;

- высокие баллы (от 9 до 12) свидетельствуют об акцентуации прямолинейности и агрессивности в отношениях с окружающими;

- экстремально высокие баллы (больше 12) характерны для чрезмерного упорства, недружелюбия, несдержанности и вспыльчивости в отношениях с окружающими.

IV октант (недоверчиво-скептический стиль межличностного поведения):

- умеренные баллы (до 8 баллов) характерны для такого стиля отношений, где присутствует реалистичность базы суждений и поступков, скептицизм и неконформность;

- высокие баллы (9-12) характерны для крайне обидчивого и недоверчивого модуса отношения к окружающим с выраженной склонностью к критицизму, с недовольством другими;

- экстремально высокие баллы (больше 12) свидетельствуют о выраженных трудностях социальной адаптации, проявляющиеся в чрезмерном недоверии и скептицизму к окружающему миру.

V октант (покорно-застенчивый):

- умеренные баллы (до 8) отражают такие особенности межличностных отношений, как скромность, застенчивость, склонность брать на себя чужие обязанности;

- при высоких баллах (от 9 до 12) существует акцентуация характера, дисгармонирующая отношения с людьми с сторону покорности;
- при экстремально высоких баллах (больше 12) характерна полная покорность, повышенное чувство вины, самоуничижение в отношении с людьми.

VI октант (зависимо-послушный):

- при умеренных баллах (до 8) существует потребность в помощи и доверии со стороны окружающих, в их признании;
- при высоких показателях (9-12 баллов) существует акцентуация характера, смещающая стиль отношений в сторону зависимости от окружающих;
- при экстремально высоких показателях (более 12 баллов) присутствует сверхконформность, полная зависимость от мнения окружающих.

VII октант (сотрудничающе-конвенциальный стиль межличностных отношений):

- умеренные баллы (до 8) свойственны лицам, стремящимся к тесному сотрудничеству с референтной группой, к дружелюбным отношениям с окружающими;
- высокие баллы по данному октанту (от 9 до 12) характерны для избыточности степени выраженности данного стиля отношений;
- экстремально высокие баллы (более 12) проявляются в компромиссном поведении, несдержанностью в изливаниях своего дружелюбия по отношению к окружающим, стремлением подчеркнуть свою причастность к интересам большинства.

VIII октант (ответственно-великодушный вариант межличностного поведения):

- умеренные баллы (до 8) проявляются в выраженной готовности помогать окружающим, развитым чувством ответственности;
- высокие баллы (от 9 до 12) выявляют мягкосердечность,

сверхобязательность;

– экстремально высокие баллы (более 12) демонстрируют гиперсоциальность установок, подчеркнутый альтруизм.

Октанты, по которым баллы оказались наиболее высокими, соответствуют преобладающему стилю поведения данного человека. Если в полученной психограмме по каждому из октантов респондент получает умеренные баллы по каждому из октантов, то это говорит о гармоничном поведении респондента с окружающими и о низком уровне воздействия психотравмы. В ситуации, когда баллы респондента по каждому из октантов имеют высокие значения и/или имеются комбинации из умеренных, высоких и экстремально высоких баллов, говорит о наличии некоторых акцентуаций характера, отягощающих межличностное взаимодействие и о среднем уровне воздействия психотравмы. Экстремально высокие баллы и/или комбинация из высоких и экстремально высоких баллов по каждому из октантов говорят о высоком уровне воздействия психотравмы.

5. Симптоматический опросник (Жуковский И.В.) — методика, предназначенная для определения текущего соматического состояния респондента, и включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал:

- соматизация;
- обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости);
- интерперсональная чувствительность;
- депрессия;
- тревожность;
- враждебность;
- навязчивые страхи (фобии);
- паранойдность (паранояльность);
- психотизм;
- общий индекс тяжести;
- индекс тяжести наличного дистресса;

- число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов).

Инструкция к методике и её внутренняя суть предполагает изучение именно степени дискомфорта, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно».

Для получения результата по базовым шкалам необходимо вычислить среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. сложить баллы по входящим в шкалу вопросам и разделить сумму на их количество. Если по каким-то из вопросов не было получено ответов, то их исключают из подсчёта. В случае, если пропущено 20% вопросов теста (18 пунктов) или 40% вопросов какой-либо шкалы, результаты не могут считаться достоверными. Результаты по методике могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Так как цель данной методики в нашем исследовании — определить уровень соматизации, мы, после составления полной психогаммы респондента, учитывали шкалу соматизации.

После получения результатов мы соотнесли их с выделенным соматическим критерием проводимого исследования. Если по шкале соматизации респондент получает:

- от 0 до 0,36 нормализованных баллов, то по соматическому критерию это относится к низкому уровню проявления воздействий психотравмы;
- от 0,36 до 0,87 нормализованных баллов, то по соматическому критерию это относится к среднему уровню проявления воздействий психотравмы;
- от 0,88 до 1 нормализованных баллов, то по соматическому критерию это относится к среднему уровню проявления воздействий психотравмы.

6. Шкала базисных убеждений представляет собой опросник, основанный на когнитивной концепции базовых убеждений личности. Методика была адаптирована и рестандартизирована М.А. Падун, А.В. Котельниковой. Основное предназначение методики — психологическая диагностика лиц, переживших психическую травму. Методика позволяет выделить наиболее проблемные области когнитивной сферы, коррекция которых возможна в процессе психологического консультирования. Опросник состоит из 37 утверждений, распределённых по 5 шкалам:

- образ «я»;
- доброжелательность окружающего мира;
- справедливость;
- удача;
- убеждение о контроле.

Ответы формируются по 6-балльной шкале Ликкерта. Баллы по шкалам суммируются. Если утверждение входит в шкалу в противоположном значении, значение пункта вычитается из 7. Сырые баллы полученные по методике переводятся в стены.

Интерпретация полученных результатов происходила следующим образом. Если по шкалам методики респондент получал:

- от 0 до 3 стенов, то это говорит о том, что базовые убеждения личности претерпели серьезные изменения под влиянием перенесенных личностью детских психологических травм и/или травматических событий (соотносится с высоким уровнем проявления воздействий психотравмирующих событий);
- от 4 до 7 стенов, то это может свидетельствовать о том, что базовые убеждения личности являются неустойчивыми, уязвимыми к негативным факторам окружающей среды (соотносится со средним уровнем проявления воздействий психотравмирующих событий);
- от 8 до 10 стенов, то у респондента сохранено здоровое чувство безопасности, отношение к миру и установки по отношению к нему

устойчивы и не оказывают негативного влияния (соотносится с низким уровнем проявления воздействий психотравмирующих событий).

Теперь обратимся к полученным результатам в ходе реализации диагностического комплекса, описанного выше.

Анализ результатов исследования по методике «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» Д. Уотсона, Л. Кларка, А. Теллегена

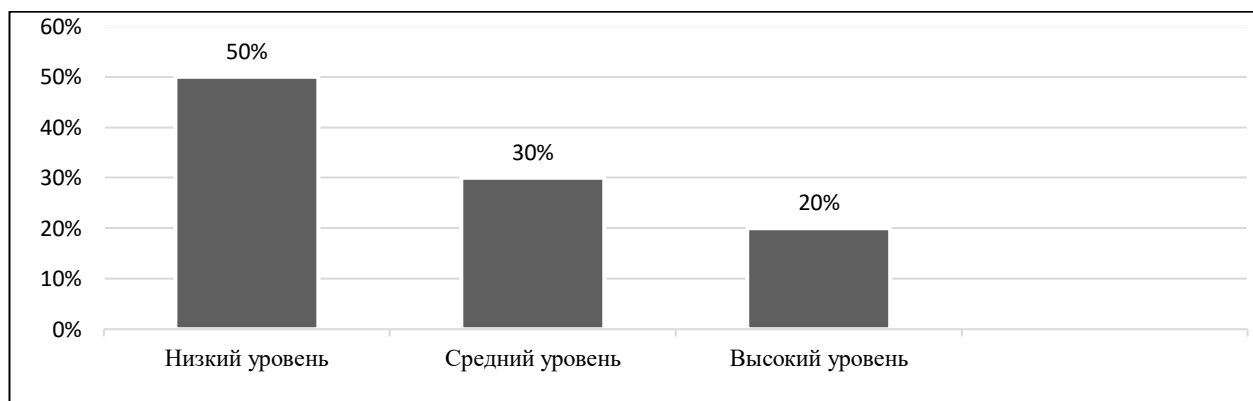


Рис.1. – Анализ результатов исследования по методике «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» Д. Уотсона, Л. Кларка, А. Теллегена (в %)

Анализ результатов показал, что высокий уровень проявления негативного аффекта в сочетании с низким уровнем проявления позитивного аффекта характерен для 6 человек (20%) в исследуемой выборке.

В повседневной жизни эти люди не могут продуктивно для себя и окружающих справиться с негативными эмоциями. Напряженность, тревога, грусть, усталость, раздражение, вина и страх переживаются этими болезненно, сказываясь на психологическом состоянии, снижая качество межличностных отношений с окружающими, вызывая астенические состояния, а также ухудшая соматическое здоровье.

В нашем исследовании такое сочетание воздействия негативного и позитивного аффектов соотносится с одним из критериев проявления последствий комплексной психологической травмы.

Также нам удалось установить, что высокий уровень влияния

позитивного и негативного аффектов свойственен 17% респондентов в исследуемой выборке (5 человек).

В повседневной жизни они переживают эмоции гиперболизированно, могут переживать частую смену настроения в течение дня, остро реагируют, как на стресс, так и на положительные жизненные события. При этом негативные эмоции не истощают ресурсы организма, так как поддерживается определенный баланс между негативными и позитивными эмоциями. В нашем исследовании такое сочетание воздействия негативного и позитивного аффектов соотносится со средним уровнем проявления последствий комплексной психологической травмы.

Высокий уровень влияния позитивного и низкий уровень негативного аффектов присущ 15 респондентам (50%) в исследуемой выборке.

Данная группа испытуемых не испытывает трудностей с тем, чтобы взять под собственный контроль негативные эмоции, чаще пребывают в состоянии удовлетворения, испытывают радость, уверенность в себе, бодрость, спокойствие. Им легче сублимировать отрицательные переживания, выйти из состояния пониженного фона настроения. В нашем исследовании такое сочетание воздействия негативного и позитивного аффектов соотносится с низким уровнем проявления последствий комплексной психологической травмы. Обобщенные результаты по данной методике представлены на рисунке 1.

Таким образом, нам удалось установить, что способность к регуляции негативных аффектов у 6 человек в исследуемой выборке находится на низком уровне в течении последних нескольких месяцев.

Это значит, что неконтролируемые негативные эмоциональные переживания ограничивают данных респондентов в повседневной жизни, вызывая трудности в социальной, личной, профессиональных сферах развития личности.

Анализ результатов исследования по методике «Шкала диссоциации» Н. В. Тарабриной

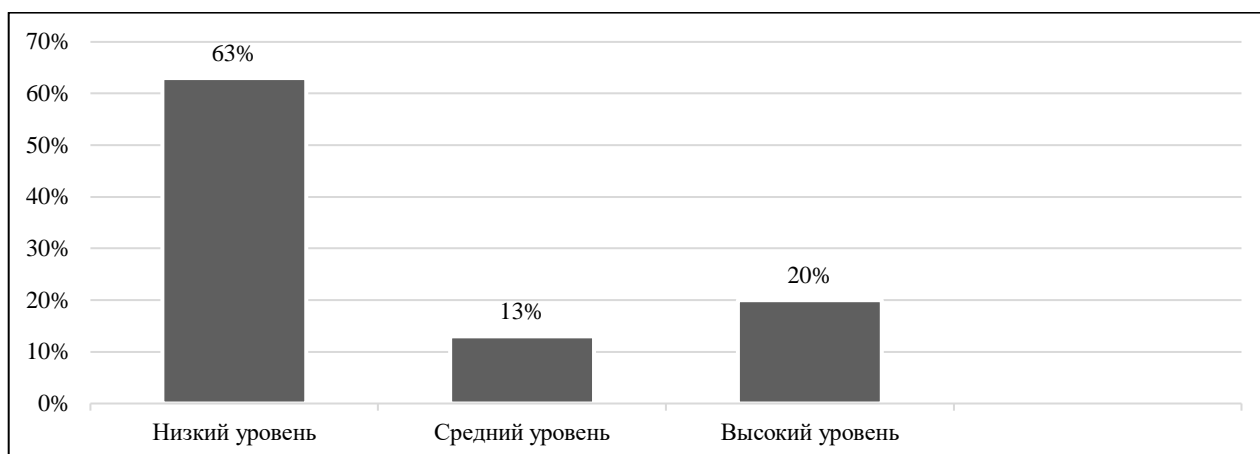


Рис.2. – Анализ результатов исследования по методике «Шкала диссоциации» Н. В. Тарабриной (в %)

Низкий уровень проявления диссоциативных симптомов характерен для 19 испытуемых (63%). Возникающие у них состояния нереальности окружающей действительности, нарушения восприятия своего тела, личности возникают крайне редко, не вызывают сильного дискомфорта в повседневной жизни.

Средний уровень проявления диссоциативных симптомов свойственен 4 респондентам (13%). Возникающие состояния нарушения восприятия себя и происходящего происходят не так часто и интенсивно, как при высоком уровне, и обычно возникают в ответ на окружающие в повседневной жизни триггеры.

Также мы установили, что 7 человек (24%) в исследуемой выборке имеют высокий уровень проявления диссоциативных симптомов в повседневной жизни. Они чаще других испытывают чувства нереальности происходящего, теряют связь между своим сознанием и телом, могут искаженно воспринимать окружающую действительность и себя. Для них характерно забывать о каких-либо действиях, событиях, людях в повседневной жизни. Триггером для возникновения подобных состояний становятся предметы, события, люди, места, которые так или иначе связаны с

травмирующим событием или напоминают о нем. Возможности абстрагироваться от диссоциативного эпизода у данных респондентов нет, они с трудом контролируют и переживают такие состояния. Эти симптомы значительно затрудняют их социальную, личную и профессиональную жизнь, не позволяя быть полноценным, активным членом общества и участником межличностных отношений. Обобщенные результаты по данной методике представлены на рисунке 2.

Таким образом, наряду с нарушениями в регуляции негативных и позитивных аффектов 6 респондентов испытывают симптомы диссоциации, ухудшающие качество их повседневной жизни, а также сигнализирующие о подавлении негативных эмоций, которые связаны с психотравмирующим опытом.

Анализ результатов исследования по «Методике исследования личностной идентичности» Л.Б. Шнейдер

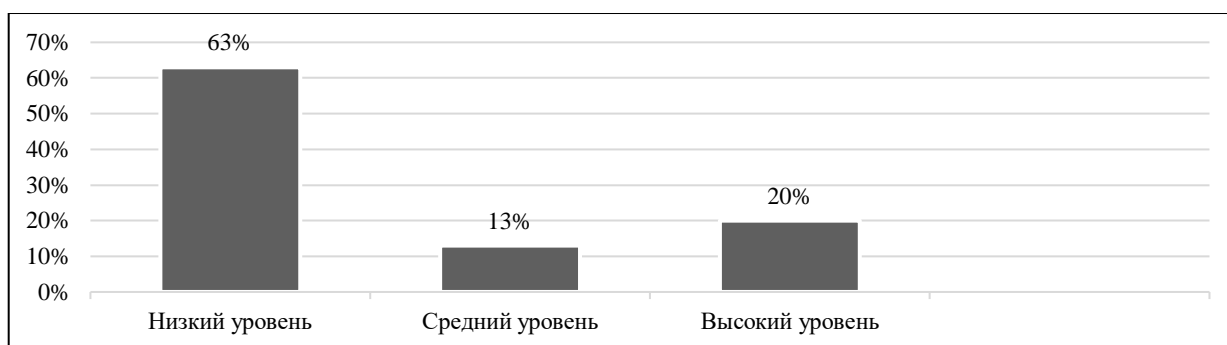


Рис.3. – Анализ результатов исследования по методике «Методике исследования личностной идентичности» Л.Б. Шнейдер (в %)

По результатам данной методики, мы установили, что у 22 испытуемых, что составляет 73% от общей выборки, нет нарушений в сфере формирования и становления личностной идентичности.

Эти люди имеют прочные, стабильные, осмысленные цели, взгляды, ценности, жизненные установки, которых постоянно придерживаются, а также уверены в том, что у окружающих людей они пользуются авторитетом,

вызывают у них симпатию, уважение и желания строить профессиональные, дружеские, личные связи.

У 2 испытуемых (7%) личностная идентичность находится на уровне моратория, то есть они пребывают в состоянии кризиса, когда идёт активная работа над попыткой перехода на более высокий уровень развития личности.

Оставшиеся 6 человек (20%) в исследуемой выборке имеют определенные трудности в области личностной идентичности. Из данных респондентов 2 имеют преждевременную личностную идентичность, 3 — диффузную идентичность, 1 — псевдоидентичность.

Такие сложности свойственны тем людям, которые испытали травмирующие события или были вынуждены постоянно находиться в неблагоприятных для его психики условиях. Чрезмерные требования, гиперконтроль или гиперопека, отвержение, физическое и эмоциональное насилие, игнорирование вызвали торможение личностного развития, нарушения в системе взаимоотношений в семье и с окружающим миром.

Преждевременная личностная идентичность может говорить о ситуации гиперконтроля и гиперопеки в семье, когда внутренние желания человека ограничивались родителями, заменяясь на их собственные.

Часто такие формы поведения взрослых часто сопрягаются с различными видами подавления личности ребенка: физические наказания, чрезмерные ограничения, отсутствие свободного времени для организации деятельности по своему желанию, моральное, психологическое насилие и давление.

Такая система воспитания и отношения нарушает естественный ход развития личности человека, тормозит его, что выливается и в нарушения идентичности, и в формирование комплексной психологической травмы.

Диффузная идентичность формируется тогда, когда у в детском и/или подростковом возрасте человек оказывается в ситуации отсутствия заботы, опеки со стороны родителей и других значимых взрослых. В семье происходит игнорирование его физиологических, эмоциональных,

социальных потребностей.

Очень часто в таких семьях встречаются нездоровые паттерны родительского поведения: отсутствие работы, целей на жизнь и ближайшее будущее, отсутствие распорядка дня, планов. Нарушая таким образом развитие личности ребенка, травмируя его, родители значительно влияют на его нервное, психологическое, соматическое здоровье.

За псевдоидентичностью также могут стоять тяжелые психологические травмы, которые повторялись в жизни человека на протяжении долгого времени. При этом защитные механизмы психики позволили человеку создать вокруг себя пространство, в котором места для травмирующего события нет.

Отрицание, гнев, подавление и вытеснение факта травматизации не позволяют человеку жить полноценно, строить близкие и долговременные межличностные отношения, так как исходная проблема не устраняется, а маскируется под внешней уверенностью, гипертрофированностью представлений о своей внутренней силе, уникальности.

Несмотря на то, что природа нарушения формирования и становления личностной идентичности, как мы увидели выше, может иметь разные исходные психологические травмы, 6 респондентам свойственна рассогласованность между когнитивно-поведенческим и эмоционально-ценностными компонентами данной структуры.

Это расхождение не позволит успешно адаптироваться в социуме, коллективе, построить устойчивую систему внутренних ориентиров (ценностных ориентаций, самооценки, жизненных установок и др.).

Анализ результатов исследования по методике «Тест межличностных отношений» Т. Лири

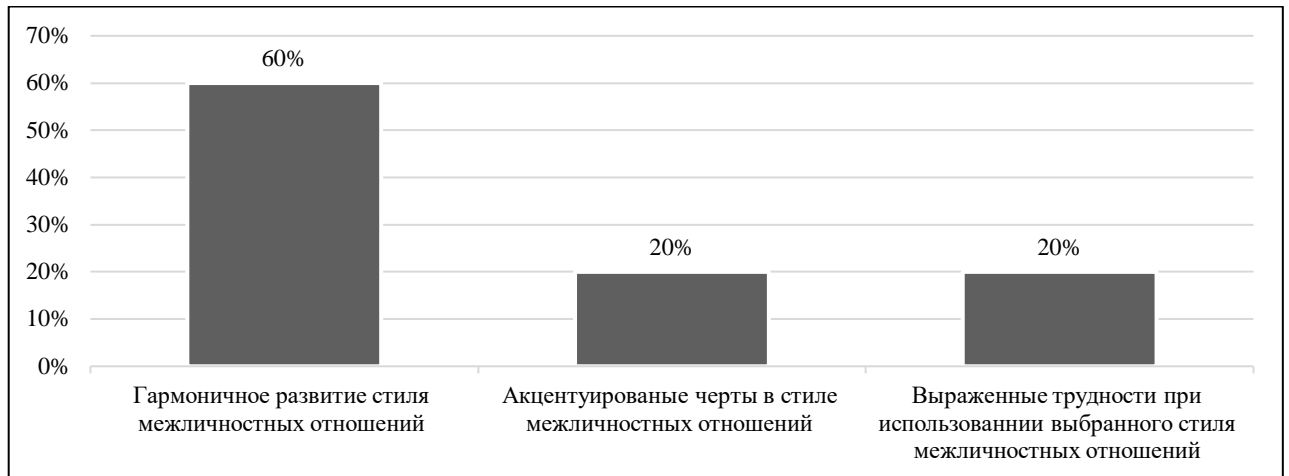


Рис. 4. – Анализ результатов исследования по методике «Тест межличностных отношений» Т. Лири (в %)

Умеренные показатели по заявленным в методике октантам, как говорилось ранее, указывают на гармоничное развитие стиля межличностных отношений, что говорит о низком уровне воздействия психотравмирующих событий на личность в данный момент времени. Результаты показали, что у 60% респондентов (18 человек) развиваются именно такие варианты построения взаимодействия с людьми. Для них характерны сочетания следующих октантов:

- властный-лидирующий;
- независимый-доминирующий;
- прямолинейный-агрессивный;
- сотрудничающий-конвенциальный;
- ответственно-великодушный.

Акцентуации свойств по заявленным в методике октантам говорят о том, что отдельные черты стиля межличностных отношений чрезмерно усилены, что может оказывать негативное воздействие на построение социальных и личных отношений. Такие результаты могут говорить о среднем уровне воздействия психотравмирующих событий на личность человека. Мы

установили, что 6 участников опроса (20%) имеют завышенные показатели по следующим октантам: властный-лидирующий; независимый-доминирующий; прямолинейный-агрессивный; недоверчивый-скептический.

Далее нам удалось установить, что у 6 респондентов (20%), проявляются экстремально-высокие показатели по следующим октантам: покорно-застенчивый; зависимо-послушный; сотрудничающий-конвенциональный; ответственно-великодушный.

Они отражают такие, как такие особенности межличностных отношений как скромность, застенчивость, склонность брать на себя чужие обязанности, сверхконформность, полную зависимость от мнения окружающих.

Анализ результатов исследования по методике «Симптоматический опросник» И.В. Жуковского



Рис. 5. – Анализ результатов исследования по методике «Симптоматический опросник» И.В. Жуковского (в %)

Низкий уровень соматизации был диагностирован у 21 испытуемого (70%). Это значит, что физическое состояние респондентов находится в пределах нормы и не вызывает трудностей в адаптации, социальном и личном взаимодействии.

Средние баллы по шкале соматизации получили 3 человека (11%) испытуемых. Это может указывать на наличие у данных респондентов психосоматических заболеваний, вызванных различными причинами, такими как: наследственность, родовые травмы, органические заболевания раннего возраста, которые повышают чувствительность конкретных органов, телесно-

травмирующий опыт в детском возрасте, личностные особенности, другие эмоциональные переживания.

Экстремально высокий уровень проявления соматического критерия свойственен 6 респондентам (20%) в исследуемой выборке. В данном случае мы рассматриваем возможность того, что психологические триггеры, связанные с травмой, вызывают у человека соматические проявления (головные боли, слабость, головокружение, боли в сердце или грудной клетке, тошноту, онемение или покалывание в различных частях тела, комок в горле и подобные проявления). Это значит, что в периоды когда воспоминания, стимулы, связанные с травмой начинают воздействовать на психику человека, его соматическое здоровье ухудшается.

Такие показатели могут говорить нам о том, что в повседневной жизни эти респонденты часто испытывают неприятные телесные ощущения, могут указывать на то, что психика человека трансформировала пережитую травму в «самотравмирующую силу», то есть психологические защиты из системы самосохранения перешли в систему ее самоуничтожения. Описанные выше симптомы соматизации могут обостряться, сопровождать этих респондентов на длительном промежутке времени, не ослабевать, а только развиваться, значительно снижая качество жизни и здоровья. Стоит отметить, что помимо воздействия психотравмы в данном случае нужно помнить о реальных соматических заболеваниях, отслеживанием динамики которых занимается соответствующий специалист.

Таким образом, у 6 участников уровень воздействия психотравмирующих событий перешел на более разрушительный уровень, оказывая негативное влияние не только на психическое, но и на соматическое состояние.

Анализ результатов исследования по методике «Шкала базисных убеждений» М.А. Падун и А.В. Котельниковой

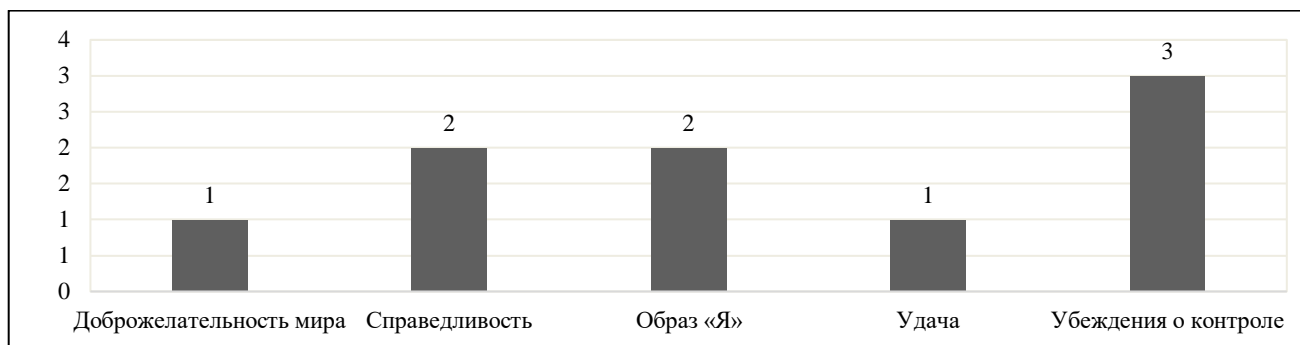


Рис. 6. – Анализ результатов исследования по методике «Шкала базисных убеждений» М.А. Падун и А.В. Котельниковой (в баллах)

По результатам данной методики 22 респондента (70%) сохранили здоровые установки по отношению к миру и окружающим людям, их представления о себе и других устойчивы, негативные события не рассматриваются, как фатальные, сохраняется вера в лучший исход событий. Такие взгляды на себя, мир и окружение можно отнести к низкому уровню воздействия психотравмирующих событий, это значит, что негативный опыт не оказал на личность и психику человека разрушительного влияния.

Более негативные установки имеют 2 участника опроса (7%). Для данных респондентов характерны некоторые деструктивные когнитивные конструкты, которые закрепились в психике и ограничивают его взгляды на мир, а также вносят дисфункциональные схемы поведения и взаимодействия с миром и окружением. При этом их влияние не столько велико, чтобы вносить значительные ограничения для построения социальных, профессиональных и личных связей.

Для 6 (23%) респондентов характерно преобладание негативных, ограничивающих убеждений, которые оказывают отрицательное влияние на структуру личности, поведение, отношение к окружающему миру и самооценку человека.

Данные установки снижают качество жизни, влияют на решения, которые принимает человек, ограничивают его, делают его зависимым от них,

лишают возможности для самореализации, построения более успешных отношений с миром и людьми.

Такие базисные установки формируются под воздействием внешней среды, в первую очередь от значимых взрослых (родителей, родственников, учителей и т.п.), близкого окружения (друзей и партнёров), а также после воздействия критических событий, в которых психологические резервы личности не способны переработать возникший стресс.

Таким образом, нарушенная психологическая устойчивость повышает риск повторения психотравмирующих событий, которые только закрепляют негативные убеждения.

Наличие таких установок говорит нам о том, что некоторые события в прошлом человека оказали на него разрушительное влияние, трансформировали его личность таким образом, что на данном этапе развития он не способен адекватно оценивать свои возможности и ресурсы.

Обобщенные результаты констатирующего этапа исследования

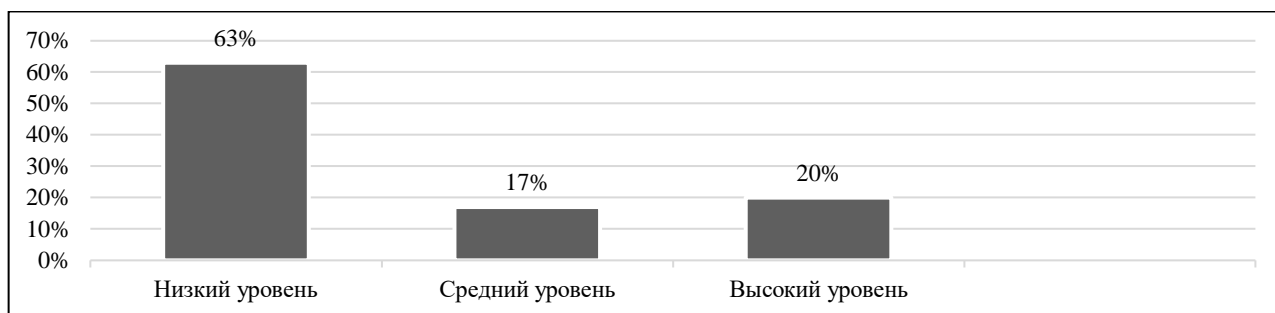


Рис. 7. – Обобщенный анализ результатов исследования по установленному диагностическому комплексу (в %)

Таким образом, нам удалось установить, что 6 человек (20%) в исследуемой выборке имеют высокий уровень проявления воздействий комплексного психологического травмирования по установленным нами критериям. Эти результаты позволяют нам сделать вывод, что на данный момент данные респонденты переживают последствия комплексной психологической травмы, эффективно справиться с которыми они не могут. Изученные нами сферы их жизнедеятельности претерпели значительную

трансформацию, ограничивая их социальную, профессиональную и личную жизнь.

В исследуемой группе 5 человек (17%) имеют высокие и средние показатели воздействий комплексного психологического травмирования, а 63% респондентов (19 человек) продемонстрировали средние и низкие показатели по установленным критериям.

Теперь рассмотрим психологический портрет индивидов, имеющих разные уровни проявления симптомов комплексной психологической травмы.

Высокий уровень проявления комплексной психологической травмы характеризуется следующими показателями: неспособность контролирования проявления и воздействия негативных и позитивных аффектов, наличие неконтролируемых проявлений деперсонализации и дереализации, утрата представлений о целостности и уникальности собственного «Я», базовых убеждений и перспектив на будущее, а также наличие значительных трудностей в построении социальных связей и контактов и присутствие телесных симптомов, мучительных для человека, чрезмерно захватывающих его внимание.

Средний уровень проявления комплексной психологической травмы характеризуется следующими показателями: низкая способность к регуляции негативных и позитивных аффектов, проявления деперсонализации и дереализации возникают при воздействии психологических триггеров, связанных с психотравмой, имеются диффузные представления о целостности и уникальности собственного «Я», а также трудности в построении близких социальных контактов с окружающими, телесные симптомы, мучительные для человека обостряются при воздействии психологических триггеров, а также присутствует частичная утрата базовых убеждений, перспектив на будущее.

Отсутствие симптомов комплексной психологической травмы определяется следующими показателями: имеется умение контролировать негативные аффекты, в повседневной жизни отсутствуют проявления

деперсонализации и дереализации; имеется способность к самостоятельному выявлению соответствия личности ее объективной реальности; сохраняются представления о целостности и уникальности собственного «Я»; отсутствуют трудности в построении близких социальных контактов с окружающими; отсутствуют признаки соматизации; сохранены базовые убеждения, перспективы на будущее.

В связи с вышесказанным, мы делаем вывод о необходимости разработки программы психологической помощи, которая могла бы нивелировать воздействие комплексной психологической травмы на личность.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

Исходя из результатов констатирующего эксперимента, была выделена группа молодых людей (6 человек с высоким уровнем показателей симптоматики комплексной психологической травмы), нуждающихся в помощи с переработкой негативного опыта, полученного в ходе комплексного психотравмирования, обучению новым адаптивным схемам поведения для улучшения качества жизни, восстановления целостности личности и картины мира. Они выступили в качестве экспериментальной группы для проведения формирующего эксперимента. В качестве контрольной группы были выбраны 5 человек с высокими и средними уровнями развития критериев комплексной психологической травмы.

В качестве наиболее оптимальной и эффективной формы коррекции данного состояния нами было выбрано индивидуальное консультирование. Терапевтический альянс клиента и психолога предлагает установление между ними доверительных отношений, которые ослабляют психологические защиты клиента. Такой вид взаимодействия позволят клиенту почувствовать себя менее уязвимым, дает возможность открыто говорить о событиях, вызывающих воспоминания о травмирующем, неблагоприятном опыте, который долгое время ограничивал его в социальной, межличностной и

личностной сферах. Таким образом данный вид консультирования обеспечивает консультируемому потребность в эмпатии, защищенности, тем самым побуждая на изменения в области поведения и активного взаимодействия для достижения поставленных целей.

Данный вид консультирования также позволяет безопасно для клиента применить технику репарентинга, в ходе которой происходит замена дисфункциональных детских и родительских схемных режимов на адаптивные, позитивные. В самом начале процесса консультирования роль «здорового взрослого» берет на себя психолог-консультант, обучая клиента новым для него моделям поведения и реагирования на травмирующий опыт. Далее эта роль встраивается в жизненный опыт консультируемого, позволяя ему самостоятельно применять и переключать необходимые режимы для разрешения текущих проблемных ситуаций. Стоит отметить, что данная техника сопровождает психолога и клиента на протяжении всех сессий, оказывая восстанавливающий опыт на психику человека.

Помимо восстановления отношений между функциональными режимами психики, активно ведется переработка травмирующего опыта, обучение использованию новых, адаптивных схем поведения, что часто становится наиболее сложным и длительным этапом психологического консультирования при работе с комплексной психотравмой. Это происходит по причине стойкой, закреплённой длительным негативным опытом невозможности справиться с влиянием разрушительного влияния симптомов комплексной психологической травмы на человека. Введение новых паттернов может вызывать опасения, тревогу у клиента перед новыми способами взаимодействия с миром и самими собой, которые он всегда рассматривал, как нереализуемые в его жизни.

Таким образом, разработанная программа индивидуальных консультаций позволяет комплексно скорректировать дезадаптивное поведение, мышление, реагирование клиента, обучить его использованию новыми режимами функционирования и предполагает следующий план

работы с клиентом:

- диагностика текущих дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента;
- установление терапевтических отношений;
- построение концептуализации;
- изменение дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента с помощью экспериенциальных, когнитивных и поведенческих техник;
- стимулирование автономии пациента, обучение его самостоятельной саморегуляции.

На первом этапе разработки данной программы была сформулирована её цель и задачи.

Целью программы индивидуальных консультаций является уменьшение влияние на человека ранних дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов и усилить активность адаптивных функциональных режимов и схем.

Задачи программы:

- установить причины формирования ранних дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиента, объяснить ему их защитную роль и негативное влияние;
- обучить клиента способам отслеживания собственных потребностей, фокусировке на них и их реализации позитивным способом;
- валидизировать травмирующий опыт и его негативные последствия на психическое состояние клиента;
- ослабить воздействие дисфункциональных родительских режимов;
- создать условия для обучения клиента самодисциплине, самоконтролю и устойчивости к фрустрациям, а также самостоятельному использованию нового адаптивного поведения и реагирования.

Реализация программы индивидуального консультирования включает

четыре этапа:

- диагностический (1 встреча);
- ориентировочный (1 встреча);
- основной (7 встреч);
- закрепляющий (1 встреча).

На диагностическом этапе работы происходит знакомство с клиентом и установление его актуального психоэмоционального состояния.

Диагностический этап разрешал следующие задачи:

- установить первичный эмоциональный контакт и доверительные отношения с клиентом;
- уточнить запрос и собрать первичную информацию;
- провести диагностику актуальных дезадаптивных схем и режимов клиента.

Ориентировочный этап включает в себя беседу по итогам диагностического исследования, объяснения клиенту концепции и стратегии работы, а также обязательного включения в план коррекционной помощи смежных специалистов (терапевта, психотерапевта, психиатра).

Ориентировочный этап включал следующие задачи:

- информировать клиента об особенностях работы в рамках схематерапии, основным понятиям подхода;
- ориентировать клиента по продолжительности программы консультирования;
- валидизировать актуальные переживания клиента и обозначить перспективы их нивелирования;
- стимулировать память клиента для большей актуализации травматических ситуаций;
- обосновать влияние психотравмирующих ситуаций клиента на его психологическое и эмоциональное состояние.

Основной и самый длительный этап работы направлен на обучение клиента новым, устойчивыми навыками психоэмоционального реагирования

на травмирующий опыт, восстановление связей между внутренними схема-режимами, возвращение клиенту возможности регулирования и управления поведением.

Основной этап разрешал следующие задачи:

- установить и развить особые отношения между клиентом психологом консультантом (ограниченный репарентинг);
- изменить существующие дезадаптивные схемы и режимы клиента;
- внедрить адаптивные схемы и режимы в повседневную жизнь клиента;
- обучить клиента новым навыкам поведения и реагирования на стрессовые ситуации и триггеры;
- отработать новые способы поведения с помощью поведенческих экспериментов;
- научить клиента отслеживать актуальное эмоциональное состояние и управлять им для достижения собственных целей;
- научить клиента искать и находить необходимые ресурсы для достижения собственных целей;
- сформировать новые отношения между режимами клиента и обучить «переключению» оных в зависимости от окружающей ситуации.

Закрепляющий этап позволит клиенту самостоятельно использовать навыки сепарирования от травматического опыта, закрепит позитивный эффект проведенной консультативной работы.

Закрепляющий этап включал следующие задачи:

- позволить клиенту провести рефлексию полученных изменений;
- стимулировать клиента оценить новые поведенческие навыки и умения с точки зрения актуального эмоционального и психологического состояния;
- составить список техник самопомощи в ситуациях, связанных со стрессом.

Более подробный тематический план работы с указанием цели, задач каждой из психологических сессий, психологических техник, использованных на консультациях можно рассмотреть в таблице 5.

Описание психологических техник, стимульный материал к анкетированию по «Опроснику Янга» представлены в приложении Б.

Протоколы некоторых проведенных с клиентами консультаций представлены в приложении В. В них представлена информация о состоянии клиента, результатах диагностики по «Опроснику Янга», а также ход разговора между клиентом и консультантом (некоторые части были опущены и описаны кратко для лучшего понимания сути проведенной консультации).

Таблица 5 — Тематический план индивидуальных консультаций (сессий) клиентов с комплексной психологической травмой

№п/п	Цель сессии	Задачи сессии	Основные техники и упражнения
<i>Диагностическая сессия</i>			
1	Проведение диагностики актуального состояния клиента, концептуализация плана работы консультантом	1.Определить актуальное психологическое состояние клиента. 2.Собрать первичную информацию для уточнения запроса клиента. 3.Провести диагностику схем и режимов.	Анкетирование («Схемный опросник Янга» адаптированный П. М. Касьяник, Е. В. Романовой), беседа
<i>Ориентировочная сессия</i>			
2	Уточнение для клиента концепции и плана работы, первичная работа со схемами и режимами	1.Рассмотреть и обсудить с клиентами особенности консультаций в рамках схема-терапии. 2.Обозначить основные термины схема-терапии. 3.Рекомендовать необходимую литературу для психологического просвещения клиента. 4.Обозначить длительность программы. 5.Обозначить перспективы по преодолению актуальных трудностей клиента.	Психообразование (информирование клиента), отслеживание дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов клиентом

		6.Обучить клиента отслеживанию возникающих схем.	
Поддерживающая сессия			
3	Изменение некоторых схема-режимов с помощью экспериенциальных техник	1.Рассмотреть и обсудить с клиентом его успехи и трудности. 2.Обсудить их влияние на психологическое состояние. 3.Удовлетворение консультантом фрустрированных потребностей клиента.	Ограниченный репарентинг, эмпатическая конфронтация
Поисковая сессия			
4	Изменение некоторых схема-режимов с помощью экспериенциальных техник	1.Интерпретировать текущие симптомы комплексной психологической травмы с позиции прошлого негативного опыта. 2.Вопроизвести и изменить в памяти клиента прошлый травмирующий опыт путем рескриптинга. 3.Помочь клиенту сформулировать и переработать влияние прошлого негативного опыта.	Регрессия к травмирующему опыту (определение триггеров травмирующего опыта), рескриптинг
Формирующая сессия №1			
5	Изменение некоторых схема-режимов с помощью когнитивных техник	1.Обучить клиента «переключению» режимов. 2.Организовать диалог между различными режимами клиента. 3.Отрефлексировать полученный опыт.	Диалог между здоровой частью личности и дезадаптивными режимами клиента
Формирующая сессия №2			
6	Изменение некоторых схема-режимов с помощью когнитивных техник	1.Помочь клиенту сформулировать и обобщить прошлый негативный опыт с отсутствующим субъектом травмирования. 2. Помочь клиенту осознать и прояснить свои эмоциональные реакции и потребности .	Пустой стул

		Формирующая сессия №3	
7	Изменение некоторых схем-режимов с помощью поведенческих техник	1. Помочь клиенту определить список ограничивающих убеждений и способов поведения, реагирования. 2. Разработать стратегии по их преодолению. 3. Отрефлексировать полученный опыт.	Копинг-карточки
Формирующая сессия №4			
8	Обучение клиента самостоятельному использованию новых схем и режимов функционирования	1. Сформулировать вместе с клиентом возможные случаи, в которых возможно дезадаптивное поведение. 2. Протестировать дезадаптивные убеждения. 3. Разработать вместе с клиентом стратегию нового адаптивного способа поведения. 4. Практически испытать новую стратегию. 5. Обсудить полученные результаты.	Поведенческие эксперименты
Формирующая сессия №5			
9	Стимулирование автономии клиента	1. Определить актуальные и потенциальные ресурсы клиента для поддержания позитивного эмоционального состояния. 2. Составить список данных ресурсов и способов их получения.	Самоподкрепление, работа с метафорическими ассоциативными картами «Ресурсы и силы» С.В. Филиной
Закрепляющая сессия			
10	Закрепление автономного, адаптивного поведения клиента	1. Обобщить полученный опыт. 2. Отрефлексировать произошедшие изменения. 3. Составить список техник самопомощи в критических жизненных ситуациях.	Подведение итогов, рефлексия, способы самопомощи в критических ситуациях

Обратимся к техникам, выбранным нами для реализации разработанной программы. Установление дезадаптивных схем клиента на диагностической сессии проводилось с помощью опросов, составленных Дж. Янгом,

(«Схемный опросник Янга» и «Опросник режимов Янга») в адаптации П. М. Касьяник и Е. В. Романовой (стимульный материал представлен в приложении). Они предназначены для диагностики дисфункциональных режимов и ранних дезадаптивных схем, которые доминируют у клиента в данный момент. Данные диагностические инструменты позволяют консультанту составить наиболее подходящий для клиента план работы, подстраиваясь под его индивидуальные поведенческие и эмоциональные паттерны. Нам удалось установить доминирующие схемы в экспериментальной группе – это «зависимость», «подчинение», «пунитивность». По словам клиентов в детстве они пережили обширный список травматических событий, таких как физическое насилие, неглект, жесткая критика от значимых взрослых, зависимое поведение близких родственников, социальная изоляция, гиперопека, нарушение личных границ, буллинг, абьюзивные отношения. Данные события оказали разрушительное влияние на формирующуюся психику, не позволяя им полноценно развиваться, ощущать безопасность и принятие. Этим обусловлено возникновение психологических защит, дезадаптивных установок и поведения, которые использовались, чтобы снизить неконтролируемую нагрузку на нервную систему.

На ориентировочной сессии мы раскрыли сущность предстоящей работы и особенности схема-терапии, как консультативной стратегии, в качестве домашнего задания использовали технику «Дневник», где клиенту необходимо отмечать ситуации, в которых проявлялся тот или иной режим или схема, а также какая потребность была фрустрирована. Помимо этого, эта встреча была направлена на то, чтобы научить клиента заменять эти дезадаптивные когниции и мыслительные паттерны на позитивные для него. Непосредственно на сессии консультант объясняет, как заполняется такой дневник, совместно с клиентом разбирает несколько подобных случаев. К следующей сессии клиент работает с этим дневником самостоятельно, отслеживая свое состояние. Это является его домашним заданием, позволяя

осуществить контроль за проявлением схем и режимов, возвращая контроль над психоэмоциональным состоянием клиенту, снижая тревожность, апатию и пунитивность.

Поддерживающая сессия является первым этапом в переработке схем и режимов, выявленных на предыдущих этапах. Здесь мы использовали «Ограниченный репарентинг», как основополагающую технику, для формирования терапевтического альянса и установления доверительных отношений. Данная техника, разработанная в рамках транзактного анализа, предполагает восполнение дефицитных потребностей клиента совместно с консультантом. Роль психолога-консультанта на данном этапе состоит в том, чтобы установить нереализованные потребности клиента, которые игнорировались его родителями или другими значимыми взрослыми в его детстве или подростковом возрасте. Клиенты с комплексной психологической травмой зачастую не знают и не умеют проявлять заботу и сострадание по отношению к себе, так как связь между детской и взрослой частями психики была нарушена, что не позволяло ему почувствовать себя защищенным, доверять миру, ценить и любить себя. Консультант на данном этапе выступает, как родительская фигура, обращается к внутренним потребностям детской части психики клиента, помогает ему найти ресурсы для их удовлетворения и актуализации. Для поиска этих ресурсов мы также использовали колоду метафорических ассоциативных карт «Ресурсы и силы» С.В. Филиной. Эта сессия также позволяет включить в работу технику «Эмпатической конфронтации», в ходе которой клиент может отследить, как проявляются неадаптивные схемы и режимы в повседневной жизни, а консультант при этом сосредотачивается на противостоянии этому негативному опыту, намечая шаги для его трансформации и переработки.

Последующие сессии (5-9 встречи) являются формирующими, так как клиент и консультант начинают изменять и заменять актуальные схемы на новые. На данном этапе нами были использованы когнитивные и поведенческие техники схема-терапии, а именно, «Регрессия к травме»

(возвращение к травмирующим событиям с осмыслением психологического урона, который был нанесен клиенту), «Рескриптинг» (мысленное изменение травмирующего опыта с удовлетворением фрустрированных потребностей), «Пустой стул» (построение взаимного внутреннего диалога между клиентом и значимыми людьми, которые наносили ему психологический урон для завершения конфликта, снижения уровня фрустрации, вызванной психотравмами), «Диалог между здоровой частью личности и дезадаптивными режимами», «Оспаривание дезадаптивных схем» (детекция, дебатирование, дискриминация актуальных способов поведения и эмоционального реагирования), «Копинг-карточки», «Репетиция нового поведения и реагирования», «Поведенческие эксперименты», а также «Способы самоподкрепления» (отслеживание состояния, прогресса, успехов при использовании новых стратегий поведения с помощью дневников).

На последней сессии важно закрепить полученные результаты, провести ретроспективу произошедших изменений, установить способы самопомощи и самоподдержки в трудных жизненных ситуациях. Для этого мы также решили использовать метафорические ассоциативные карты (колода «Я и моя любовь к себе» К. А. Кублановской).

После разработки программы мы определили состав экспериментальной и контрольной групп. В состав экспериментальной группы вошли 6 человек (4 женщины и 2 мужчин) с высоким уровнем проявления симптомов комплексной психологической травмы. Контрольная группа состояла из 6 человек (5 женщин и 1 мужчина). Современные тенденции в психологическом консультировании позволили нам определить вместе с клиентами удобный формат проведения индивидуальных сессий, а именно, онлайн-встречи 1 раз в неделю по 60 минут.

Рассмотрим состав экспериментальной группы и запросы участников программы психологического консультирования.

Клиент 1, 25 лет

Запрос: снизить уровень тревожности и апатии, скорректировать

процесс мышления, научиться контролировать импульсивное поведение и принимать самостоятельные решения

Клиентка росла в неполной семье, отец умер, когда клиенту было 4 года. Жила с мамой и бабушкой. Их отношения были резко негативными. Дома постоянно были драки, скандалы. Мама использовала физическое и эмоциональное насилие в воспитании, ограничивала общение клиента с родственниками и друзьями. В подростковом возрасте (16-17 лет) клиентка увлеклась алкогольными напитками, психоактивными веществами. Первые отношения с противоположным полом также имели сложный характер. Партнер был старше, имело место сексуальное насилие, газлайтинг, физическое насилие, преследование. Отношения закончились спустя 5 лет, после чего её психологическое состояние стало вызывать опасения. Клиентка перестала употреблять психоактивные вещества, поступила в колледж и старалась самостоятельно улучшить качество своей жизни. Около 5-6 лет она была сконцентрирована на получении образования и работе, отношений не заводила, ограничила общение с мамой. При этом воспоминания и установленные паттерны поведения не позволяли чувствовать себя комфортно, круг общения был ограничен, вступать в близкие отношения было страшно, воспоминания о произошедших событиях ежедневно тревожили клиентку, поэтому было принято решение обратиться к психологу.

Клиент 2, 22 года

Запрос: клиент испытывает ощущение «замороженности», страха перед будущим, частные перепады настроения, неконтролируемый плач, трудности с засыпанием, а также видит кошмарные сновидения. Хочет избавиться от этих проявлений, понять, от чего возникло данное состояние и как его контролировать.

Росла в полной семье (отец, мать). Отец страдал от алкоголизма, проявлял агрессию ко всем членам семьи в периоды запоя, мать не бросала отца, уходила вместе с клиенткой к соседям, но возвращалась к нему снова. Родители развелись, когда клиентке было 15 лет. Вскоре отец скончался, что

также стало сильным эмоциональным потрясением. По словам клиентки, из-за алкоголизма отца и жертвенного поведения матери, она ненамеренно вступает в близкие отношения с зависимыми людьми, где переживает подобные события. Имеет высокую зависимость от мнения друзей и партнеров, из-за чего уровень тревожности, стресса и неудовлетворенности жизнью всегда высок. Также клиентка обращает внимание на отсутствие в её жизни активности, желания чем-либо заниматься. Круг общения достаточно большой, но при этом близких отношений она построить не может, не доверяет людям, боится мужского внимания, так как несколько раз была в отношениях с зависимыми людьми. Последнее время её стали беспокоить проявления деперсонализации и дереализации, из-за чего она обратилась к психологу.

Клиент 3, 19 лет

Запрос: научиться контролировать эмоциональные реакции на стресс, изменить отношение к негативным событиям детства.

Воспитывалась бабушкой и дедушкой, так как родители имели проблемы с алкоголем и отказались от опеки. Бабушка и дедушка заботились о ней формально, эмоциональной близости с ними она не испытывала. Из-за низкой успеваемости ей часто приходилось терпеть от них унижения, оскорбления, физические наказания, игнорирование. Её могли лишить прогулок, наказывать полным ограничением общения с друзьями на продолжительный срок. По мере взросления она стала давать отпор, из-за чего дома происходили скандалы и драки. Эти события вызывают чувство вины, клиент называет себя «плохим человеком», «неблагодарной», «неправильной». В юношеском возрасте (20 лет) она вступила в надежные отношения с мужчиной, где больше не испытывает давления и негативных воздействий, но воспоминания о произошедших событиях возникают постоянно, что не дает успешно функционировать, чувствовать себя уверенно, ограничивают её способность проявляться в мире, работе и отношениях.

Клиент 4, 29 лет

Запрос: разобраться в причине повторяющихся сценариев в личной жизни.

По словам клиентки, её родители (отец и мать) были эмоционально отстраненным, часто были на работе и не уделяли достаточного внимания и заботы, при этом уровень требований к ней был непомерно высок (отличные оценки в школе, исключительно правильный, по мнению родителей, круг общения, выполнение всех домашних дел, беспрекословное исполнение указаний взрослых). Клиентка старалась выполнять требования родителей, так как за неисполнение следовали физические наказания (отец пугал её ремнем, который всегда висел на дверце шкафа в её комнате, мог на длительное время ставить её в угол, не позволяя ходить в туалет, пить, есть). Мама делала вид, что отец поступает правильно, за нее не заступалась. После окончания ВУЗа и выхода на работу, клиентка начала попытки построить свою семью, так как, по её словам, очень нуждалась в эмоционально тесных отношениях, принятии и близости. При этом её отношения всегда развивались по следующему сценарию: идеализация партнера, вступление в отношения, а при появлении первых признаков конфликтов, несогласия, она стремилась закончить отношения, не принимая попыток находить компромиссы. Её стремление разобраться в причинах данной ситуации побудило её пойти к консультанту.

Клиент 5, 27 лет

Запрос: избавиться от чувства ненависти к себе, ощущения брошенности, негативного образа будущего.

Клиент рос в неполной семье (родители развелись, когда ему было 6 лет), воспитывала мама, которая много работала. Её сильная усталость и неудовлетворенность жизнью, по словам клиента, заставляли мать проявлять жестокость по отношению к сыну. Помимо физических наказаний, клиент часто слышал, что она не хотела его рожать, что он испортил её жизнь. После следовали извинения и попытки восстановить доверие ребенка подарками, общением. Когда клиенту исполнилось 10 лет, у матери появился муж, а у

него отчим, к которому он испытывал резко негативные чувства, так как мама стала более отстраненной, практически не разговаривала с ним. Через 9 лет клиент переехал от матери и отчима, параллельно учился и подрабатывал. Общение с друзьями не вызывало у него интереса, он замыкался в себе, играл в видеоигры, сильно прибавил в весе. Общение с матерью стало формальным, при этом она постоянно указывает ему на его недостатки, не стремится восстановить отношения. С появлением в его жизни девушки, к которой он испытывает сильные чувства, он решил, что необходимо менять сложившуюся ситуацию, так как чувствует, как ему мешает его отношение к себе при построении личных отношений.

Клиент 6, 20 лет

Запрос: научиться контролировать избегающее поведение в межличностных отношениях.

В детстве родители клиента развелись, что стало для него, по его словам, самым ярким негативным воспоминанием и событием, которое разделило его жизни на «до» и «после». Мама хотела получить опеку над сыном, так как отец был импульсивным, контролирующим человеком, нередко проявлял агрессию к матери клиента и ему. При этом отец стремился «отомстить» матери и добился опеки. Общение с матерью происходило несколько раз в месяц. Отец не позволял ему говорить о ней, наказывал за это. При этом сам игнорировал потребности и чувства клиента, вел себя отстраненно. Если клиент плакал, когда скучал по маме, то отец говорил, что он ведет себя не по-мужски, оскорблял, унижал. Клиент научился скрывать свои эмоции, не принимал попыток восстановить отношения с матерью, так как боялся отца. Мать со временем бросила попытки восстановить опеку. В 18 лет клиент все же смог уйти из квартиры отца и стал жить с матерью. Она приняла его, но клиент не чувствует себя там нужным. Ему кажется, что мама не любит его и согласилась его принять только из жалости. Обсудить этот вопрос открыто он не может, по его словам, он боится показать свою слабость, ему проще просто терпеть своё внутреннее неудовлетворение.

Провоцирующим событием для входа в терапию стали признаки депрессивного состояния, ослабленное физическое состояние, а также желание разобраться в причинах произошедших событий (почему мама перестала пытаться вернуть сына к себе раньше).

Насколько мы можем видеть, истории клиентов достаточно схожи: имеет место и травмы физического характера (наказания, драки), и эмоционального (обесценивание, игнорирование, неглект, газлайтинг, оскорбления и др.). Мы видим, что клиенты в силу возраста не могли остановить происходящие события, находились в постоянном стрессе, обучались деструктивным для своей психики способам реагирования (избегание, виктимизация, закрепление психологических защит). Установленные в детстве дезадаптивные схемы и режимы сохранились и стали основной моделью поведения во взрослом возрасте. При этом эти неэффективные паттеры поведения и реагирования усложняют процесс жизнедеятельности, вызывают ощущение неудовлетворенности собой, своей жизнью, ограничивают в социальной жизни, вызывают соматические симптомы, социальную дезадаптацию, когнитивные ошибки мышления, негативизм.

Ниже мы представляем более подробный анализ некоторых консультативных случаев.

Случай 1. Клиент 1, 25 лет.

Результаты диагностики показали высокий уровень воздействия симптомов комплексной психологической травмы: у клиента преобладает негативное восприятие себя и окружающего мира, базовые установки негативные, присутствуют частые жалобы на соматическое состояние (головная боль, сниженное артериальное давление, боли в спине), ежедневно испытывает симптомы дереализации (особенно перед сном).

Запрос: снизить уровень тревожности и апатии, скорректировать процесс мышления, научиться контролировать импульсивное поведение и принимать самостоятельные решения.

На первом этапе консультирования были реализованы техники — беседа, наблюдение, анкетирование. В ходе беседы клиент смог обозначить круг проблем, которые его беспокоят, а также определить стрессовые события, которые предшествовали осознанию наличия психологических трудностей, которые актуализировали потребности в психологической помощи. Клиент обозначил, что его намерение разрешить существующие проблемы мотивированно тем, что психологическое состояние не изменяется в течение длительного времени и вызывает у него серьезные беспокойства. Анкетирование клиента позволило составить актуальный список дезадаптивных схем, влияющих на поведение и самоощущение клиента — это схемы зависимости, самопожертвования, пунитивности и поиска одобрения.

На следующей встрече клиент был ознакомлен с содержанием психологической консультации, особенностями схема-терапии и с основными понятиями направления. Была рекомендована специализированная литература для просвещения клиента в области психологических травм, а также схем и режимов. Рефлексивный этап консультации показал, что особенное внимание клиент уделил тому, что не мог объяснить для себя, почему он ведет себя в тех или иных ситуациях определенным образом, почему у него возникают определенные реакции, которым он не может найти логического объяснения и интерпретировать. В качестве домашнего задания клиенту было необходимо вести дневник (в виде таблицы) в течение следующей недели по отслеживанию дезадаптивных схем и режимов, которые возникают как реакция на стрессогенные факторы и события. Это было необходимо для возвращения клиенту локуса контроля за своим эмоциональным состоянием, осознания влияния психологической травмы и перечня дезадаптивных схем для коррекции на будущих сессиях.

В ходе беседы выяснилось, что все воспоминания клиентки об отношениях с родителями связаны с физическим и эмоциональным насилием, по её словам, она практически каждый день подвергалась наказаниям и часто игнорированию, которое она переживала очень тяжело. Также клиентка

сказала, что в детстве самостоятельно поставила перед собой задачу научиться не плакать из-за наказаний, чтобы никто не мог увидеть её переживаний, а также решила, что ей нужно сделать все возможное для того, чтобы её поведение не вызывало у мамы негативных реакций.

Работа с травмирующими воспоминаниями проводилась с использованием техники «Рескриптинг». Клиентке было предложено вспомнить травмирующие ситуации из детства и попробовать включить в них новую фигуру, которая помогла бы ей разрешить эту ситуацию с успехом для себя.

В результате данной работы выяснилось, что основная ресурсная фигура для клиентки – это ее отец, который в травмирующей ситуации выступал защитником интересов и безопасности. Данная техника вызвала у клиента большое воодушевление, ведь эмоциональный окрас ситуации, по ее словам, изменился и стал более нейтральным. Далее было необходимо внедрить ресурсную фигуру отца в структуру режимов клиента и наделить внутреннюю взрослую часть личности клиентки данными качествами, чтобы использовать их в стрессовых ситуациях. Для этого были заданы следующие вопросы: «Какие качества отца вы хотели бы иметь? Как бы повел себя отец в конкретной жизненной ситуации? Какими словами он бы поддерживал вас?». Ответы на данные вопросы позволили клиентке определить, какие способы самоподдержки и помощи в сложных жизненных ситуациях ей необходимы и актуализировали потребность взаимодействия частей личности, а именно «здорового взрослого» и «ребенка».

Эта часть работы имела для клиента особое значение, так как она, по ее словам, поняла, что практически никогда не поддерживает себя самостоятельно, а только негативно оценивает происходящее, чем усугубляет своё состояние.

Наиболее сложным этапом оказалось внедрение и отработка новых поведенческих навыков, так как клиент говорит о недостатке внутренней уверенности и ресурсов для этого. Чтобы разрешить данную проблему

поведенческие эксперименты на начальном этапе всегда проигрывались заранее, составлялись подробные «Копинг-карточки». Репетиция новых поведенческих навыков происходила, так или иначе, на каждой из формирующих сессий, что позволяло клиенту почувствовать уверенность в себе.

Работа с метафорическими ассоциативными картами позволила установить перечень ресурсов, которые могут поддержать стабильное эмоциональное состояние.

Таким образом, было проведено 10 консультации в онлайн формате. После проделанной работы клиентка отметила улучшение самочувствия, повышение уверенности в себе, в своих силах, отметила прилив сил и более позитивный взгляд на жизнь, а также снижение симптомов дереализации, улучшение физического самочувствия.

Случай 2. Клиент 2, 22 года.

Результаты диагностики показали высокий уровень воздействия симптомов комплексной психологической травмы.

Запрос: разобраться в причинах неудовлетворенности жизнью, снизить уровень тревоги, апатии, абулии, обучиться навыкам открытой коммуникации, автономной поддержки, исследование и принятие собственной личности.

На первом этапе консультирования были реализованы техники — беседа, наблюдение, анкетирование. В ходе беседы клиент смог обозначить круг проблем, которые его беспокоят. Анкетирование клиента позволило составить актуальный список дезадаптивных схем, влияющих на поведение и самоощущение клиента — это схемы зависимости, самопожертвования, покинутости, дефектности.

На следующей встрече клиент был ознакомлен с содержанием психологических консультаций, особенностями схема-терапии и с основными понятиями направления. Была рекомендована специализированная литература для просвещения клиента в области психологических травм, а также схем и

режимов. Рефлексивный этап консультации показал, эмоциональное состояние клиента сильно зависит от поведения его матери, он часто рефлексит о причинах её поведения и постоянно размышляет о том, как могла сложиться жизнь, если бы мама не вела себя подобным образом. Также клиент отметил, что избегает общения чаще по причине того, что уверен в том, что его история детства оттолкнет людей от общения с ним.

Наиболее эмоционально окрашенным этапом работы стала техника «Пустого стула», в ходе которой клиент смог актуализировать собственные переживания, смог сформулировать обиды и неудовлетворенность по отношению к матери.

Эта часть работы имела для клиента особое значение, так как он никогда не позволял себе открыто говорить о чувствах, которые вызывает поведение матери.

Таким образом, было проведено 10 консультаций в онлайн формате. После проделанной работы клиентка отметила улучшение самочувствия, отказ от общения с некоторыми людьми из своего окружения, появление нового окружения, которое больше соответствует ее актуальным потребностям.

Реализация данной программы заняла 2, 5 месяца, обсудим изменения в поведении и самоощущении клиентов за это время. На начальных этапах работы мотивация клиентов на работу имела выраженный и стойкий характер, они достаточно просто интерпретировали последствия произошедших в детстве событий для настоящего времени, а также замечали свои дезадаптивные установки, схемы и режимы. Основные сложности стали проявляться на этапе замены оных на новые. Это процесс вызывал отрицание, клиенты часто указывали на то, что не способны отрегулировать свое поведение, когда необходимо заменить старый способ поведения на новый. Предвосхищение результатов было негативным, из-за чего несколько раз клиенты отменяли сессии (о чем сообщили после). При этом внутренние ресурсы и понимание процессов, которые побуждают их воспринимать новые паттерны поведения таким образом, позволили им не отказаться от

консультаций и восстановить работу. Наиболее обсуждаемой клиентами оказалась техника «Рескриптинга. По словам 5 клиентов, они практиковали данную технику самостоятельно ежедневно перед сном, после чего уровень текущей тревоги, по их субъективному мнению, снижался и позволял не так остро реагировать на воспоминания о травмирующих событиях.

Все участники экспериментальной группы закончили курс сессий в рамках разработанной программы. По завершению мы предлагали клиентам провести письменный рефлексивный анализ собственного текущего состояния, проделанной работы, отражая степень удовлетворенности полученными результатами, произошедшими изменениями, а также достижения запланированных целей и описания актуального состояния удовлетворенности собственным состоянием.

По результатам полученного рефлексивного анализа, мы можем заключить, что все испытуемые контрольной группы отмечали положительную динамику своего психоэмоционального, физического состояния. Участники эксперимента отметили, что использование изученных техник и способов управления собственным поведением, реагированием стало постоянным, автоматическим, что значительно облегчило процессы социального и межличностного взаимодействия.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

В данном параграфе представлены результаты исследования, проведенного после формирующего эксперимента. В рамках второго среза с молодыми людьми экспериментальной группы вновь была проведена работа по методикам, аналогичным на констатирующем этапе исследования: «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (Д. Уотсон, Л. Кларк, А. Теллеген), «Шкала диссоциации» (Тарабрина Н. В.), «Методика исследования личностной идентичности» (Шнейдер Л.Б.), «Тест межличностных отношений» Т. Лири, «Симптоматический опросник» (Жуковский И.В.),

«Шкала базисных убеждений» (Падун М.А., Котельникова А.В.).

Данный этап исследования направлен на анализ динамики в снижении влияния симптоматики комплексного посттравматического расстройства у молодых людей после индивидуальной консультативной работы. Для проверки достоверности различий была проведена статистическая обработка данных по Т-критерию Вилкоксона.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» Д. Уотсона, Л. Кларка, А. Теллегена

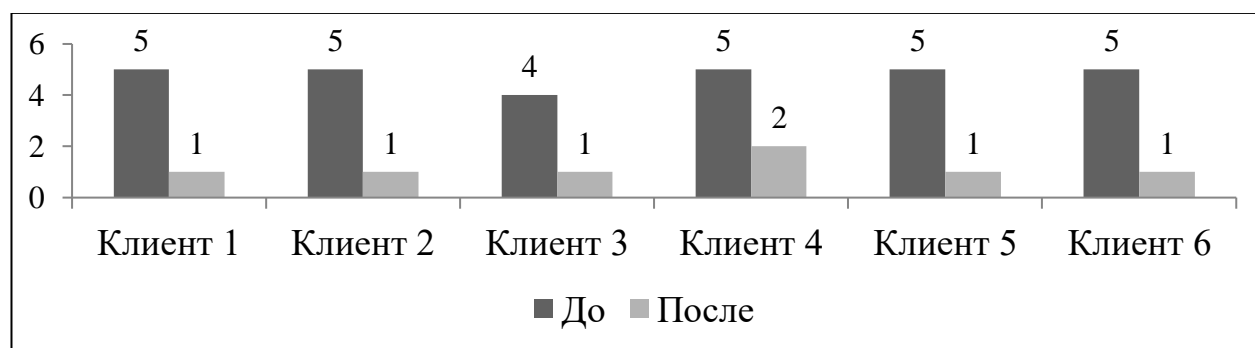


Рис. 8. – Сравнение результатов по оценке уровня воздействия негативного и позитивного аффектов до и после оказания психологической помощи (в баллах).

Сравним выраженность возможности регуляции воздействия негативного и позитивного аффектов у респондентов до и после проведения эксперимента. После прохождения программы психологических консультаций произошли определенные изменения в сторону снижения воздействия негативных аффектов и повышения воздействия позитивных аффектов. Это значит, что уровень субъективного переживания отрицательных и положительных эмоций стал самостоятельно регулироваться респондентами. Также данный показатель позволяет нам говорить о том, что значимость положительных эмоций повысилась, снизилось их обесценивание. Клиенты 1, 2, 5, 6 отмечали значительную валидацию положительных эмоциональных

переживаний, умение дифференцировать эмоциональные переживания, умения проживать их экологично для собственного психологического состояния. Клиенты 3 и 4 говорили о возникновении критичности к негативным эмоциональным переживаниям, наличии внутренних ресурсов для их дифференциации. На рисунке 8 можно увидеть динамику изменений воздействия негативного и позитивного аффектов.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Шкала диссоциации» Н. В. Тарабиной

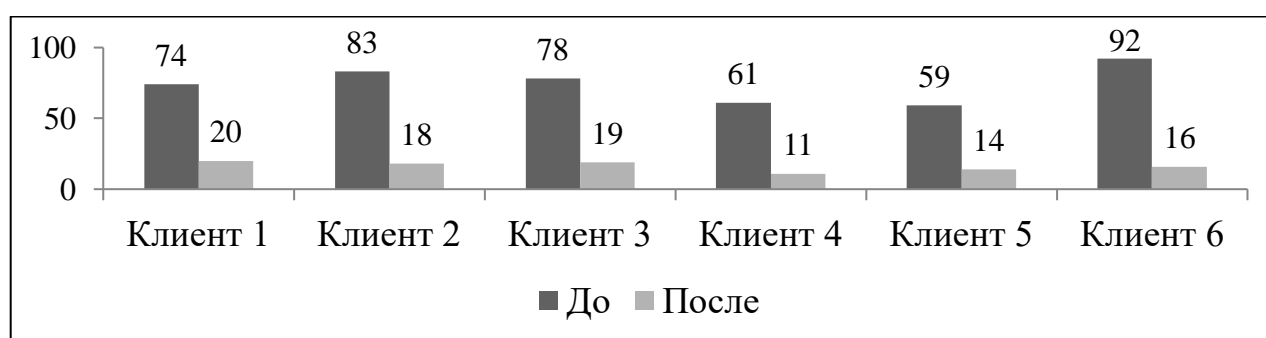


Рис. 9. – Сравнение результатов по оценке уровня воздействия диссоциативных симптомов до и после оказания психологической помощи (в баллах).

Сравним результаты по методике Н. В. Тарабиной «Шкала диссоциации» до и после оказания психологической помощи. Анализ показал тенденцию к снижению диссоциативных проявлений.

Данные изменения говорят нам о том, что активировался процесс переработки психотравмирующих событий. Психика клиентов не стремится перевести диссоциации в защитный механизм, а использует для адаптации к текущим условиям жизнедеятельности.

Также это свидетельствует о восстановлении связей между телом и психикой клиентов, присвоение и валидация пережитого негативного опыта и его трансформация для адаптивного поведения в социуме.

Помимо снижения основного описанного симптома, клиенты отмечали, что со снижением диссоциаций, они наблюдают снижение тревоги, страха,

подавленности.

Снижение уровня диссоциации в данном контексте значительно улучшает психологическое состояние клиента, позволяет ему более адаптивно вести себя в стрессовых ситуациях, а также стимулирует продолжать коррекционную работу с психологом.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Исследования личностной идентичности» Л.Б. Шнейдер

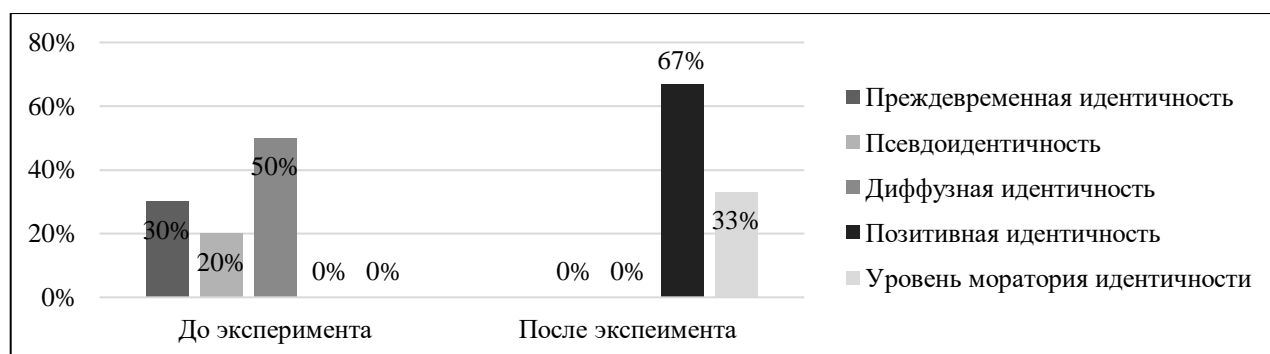


Рис. 10. – Сравнение результатов по оценке развития личностной идентичности до и после оказания психологической помощи (в %)

Нарушения личностной идентичности оказывают значительное влияние на формирование и устойчивость представлений о себе, самореферентность, самооценку, а также на процесс самоопределения. Проведенная с клиентами психологическая работа позволила нам изменить устоявшиеся личностные конструкты и трансформировать их.

Результаты, приведенные в таблице, свидетельствуют о том, что после реализации разработанной программы произошла тенденция к смене личностной идентичности. Теперь 67 % респондентов, которые проходили программу психологических консультаций, имеют позитивную личностную идентичность, это значит, что на смену негативным представлениям о себе, у них установились определенные когнитивные паттерны мышления, позволяющие создать условия для уверенности в том, что у окружающих людей они пользуются авторитетом, вызывают у них симпатию, уважение.

Еще одним проявлением данного уровня развития личностной идентичности является желание строить профессиональные, дружеские, личные связи.

На рисунке 10 можно увидеть динамику по изменению уровня личностной идентичности у молодых людей в после оказания психологической помощи.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Тест межличностных отношений» Т. Лири

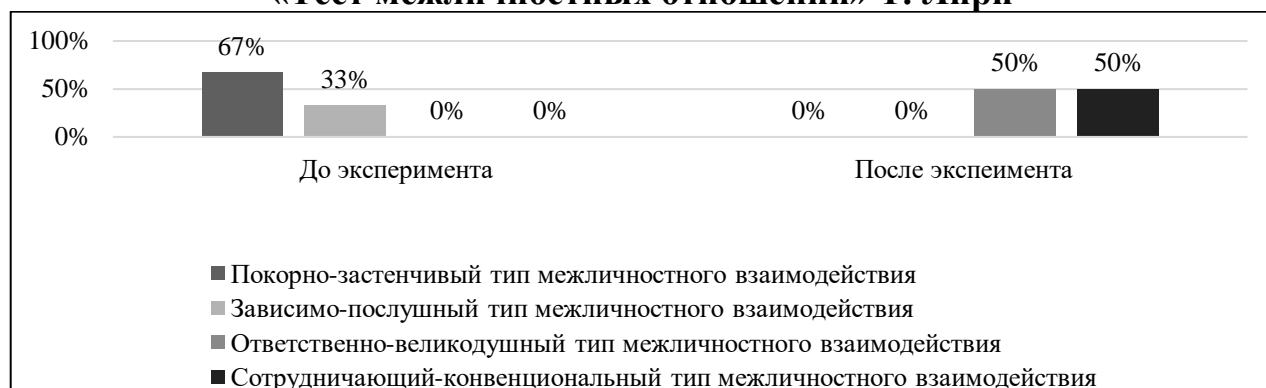


Рис. 11. – Сравнение результатов по оценке типа межличностного взаимодействия до и после оказания психологической помощи (в %)

На данном этапе можно увидеть, как изменилась направленность в поведении и отношении к социуму у клиентов, прошедших программу психологического консультирования.

Мы отмечаем, что «покорно-застенчивый», «зависимо-послушный» типы взаимодействия имеют тенденцию к замене на «ответственно-великодушный» и «сотрудничающий-конвенциональный».

Это говорит о том, что клиенты стали стремиться к тесной связи с референтными для них группами, желают выстраивать дружеские, устойчивые связи с окружающими, а также испытывают энтузиазм по поводу расширения социальных контактов и взаимодействий. Контраст такого отношения к межличностным связям на данном этапе исследования очевиден.

Таким образом, произошло развитие социальной гибкости, коммуникабельности, способности производить положительное впечатление у окружающих людей.

На рисунке 11 разница между значениями по данному показателю до и после психологической работы с клиентами.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Симптоматический опросник» И.В. Жуковского

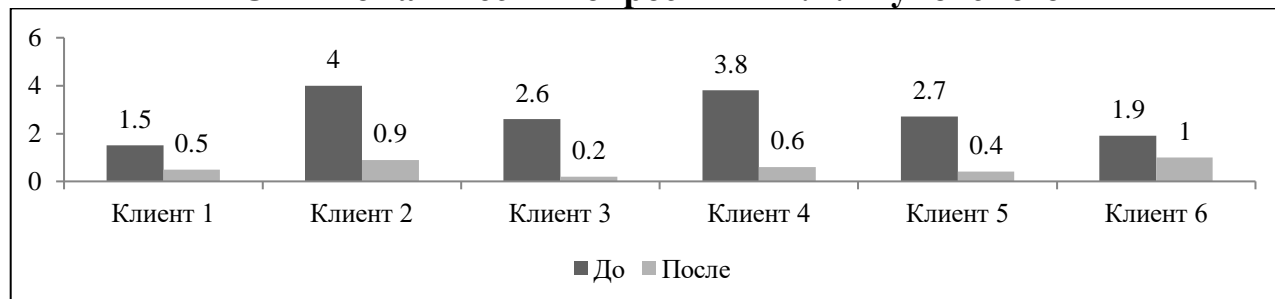


Рис. 12. – Сравнение результатов по оценке уровня соматизации до и после оказания психологической помощи (в баллах)

Динамика по критерию соматизации указывает на то, что произошло снижение дистресса, а также ощущения телесной дисфункции у клиентов, прошедших психологические консультации в рамках разработанной программы. Клиенты отмечали, что произошло заметное снижение случаев головной и мышечной боли, а также беспричинной усталости. Переход высокого уровня соматизации в средний и низкий говорит о том, что перегрузка психики, которая произошла в следствие подавления негативных эмоций и переживаний, а также формирования и поддержания психологической защиты, снизилась и позволила ослабить психологическую защиту, которая переводила дистресс в физические симптомы. Таким образом, участники эксперимента научились переживать негативные эмоции и события в повседневной жизни иными, более адаптивными для психики способами. Совместно со снижением уровня соматизации в данном случае происходит снижение неблагоприятных последствий, таких как социальная изоляция из-за постоянных переживаний о собственном физическом состоянии, тревога и страх, связанных со здоровьем, напряженность в отношениях с окружающими, а также уровня апатии. На рисунке 12 можно увидеть произошедшие в экспериментальной группе изменения.

Анализ результатов формирующего эксперимента по методике «Шкала базисных убеждений» М.А. Падуна и А.В. Котельниковой

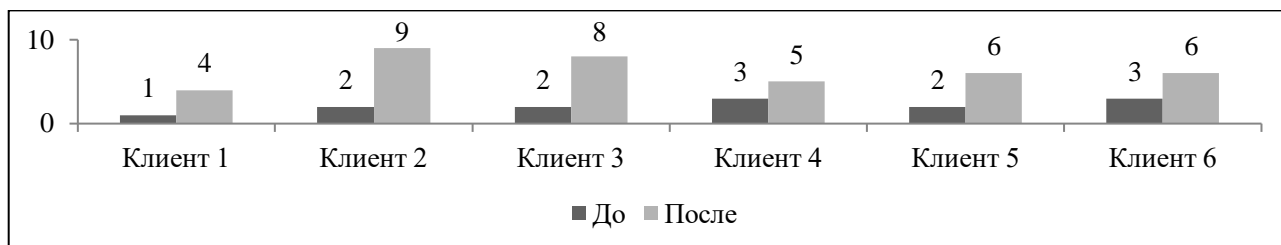


Рис. 13. – Сравнение результатов по оценке уровня сформированности базисных убеждений до и после оказания психологической помощи (в баллах)

Изначально мы установили, что преобладание негативных, ограничивающих убеждений, которые оказывают значительное отрицательное влияние на структуру личности, поведение, отношение к окружающему миру и самооценку человека. Такие установки негативно сказываются на психологическом состоянии, устойчивости и возможности адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды. После проведенной работы клиенты стали отмечать, что смысловая наполненность повседневной жизни субъективно стала более высокой. Появилось ощущение самоценности перед окружающими миром и самим собой. Помимо этого, изменение базисных убеждений способствует снижению дезинтеграции, беспомощности перед миром, а также возвращению локуса контроля за собственный выбор и решения.

Сводные данные по диагностическим методикам (до и после формирующего эксперимента) представлены в Приложении А и Г соответственно.

Теперь обратимся к данным по частоте распределения симптомов комплексной психологической травмы у молодых людей до и после оказания психологической помощи.

Обобщенные результаты констатирующего эксперимента

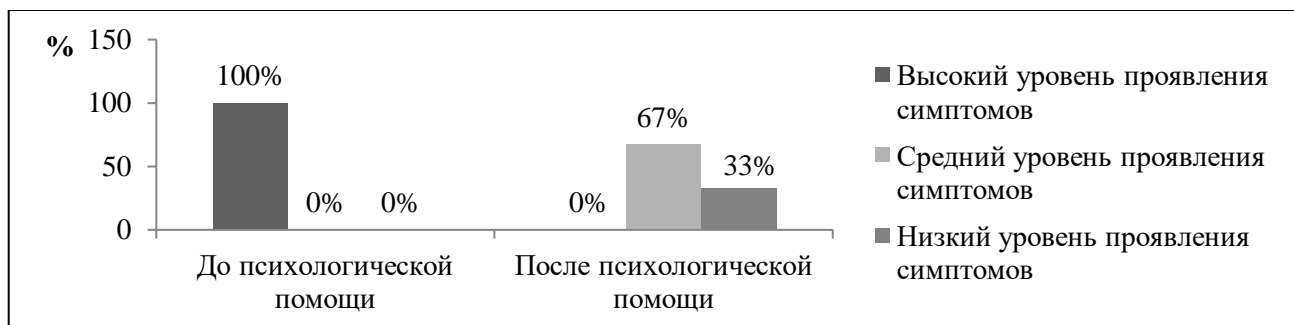


Рис. 14. – Итоговый уровень проявления симптомов проявления комплексной психологической травмы у молодежи до и после оказания психологической помощи (в %)

Сравнивая частоту распределения симптомов комплексной психологической травмы у молодежи до и после оказания психологической помощи наблюдаем, что в результате психологической помощи у 100% респондентов (6 человек) наблюдается изменение высокого уровня проявления симптомов на средний (67%) и низкий (33%) уровни. Из этого следует, что произошла смена парадигмы восприятия психотравмирующих событий, старые неадаптивные способы реагирования и поведения стали рассматриваться, как неактуальные.

С целью сравнения степени субъективного благополучия клиентов до и после консультативных встреч мы применили метод оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака.

Так как экспериментальные данные измерены до и после консультаций на одной и той же выборке испытуемых, мы применили Т-критерий Вилкоксона, расчеты представлены в Приложении Г.

Между уровнями проявления симптомов комплексной психологической травмы у молодых людей до и после проведения консультативных встреч выявлены различия на 99% достоверности, то есть различия между уровнями проживания кризиса клиентов до начала консультативных сеансов и после их

окончания являются статистически значимыми.

Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник схематерапии является эффективным средством психологической помощи молодым людям, пережившим комплексную психологическую травму, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы по Главе 2

Анализ проведенной экспериментальной работы позволяет сделать следующие выводы:

1. Молодые люди, пережившие комплексную психологическую травму, имели высокий уровень проявления диагностических критериев – 100%. Высокий уровень проявления комплексной психологической травмы характеризуется следующими показателями: неспособность контролирования проявления и воздействия негативных и позитивных аффектов, наличие неконтролируемых проявлений деперсонализации и дереализации, утрата представлений о целостности и уникальности собственного «Я», базовых убеждений и перспектив на будущее, а также наличие значительных трудностей в построении социальных связей и контактов и присутствие телесных симптомов, мучительных для человека, чрезмерно захватывающих его внимание.

2. Средний уровень проявления комплексной психологической травмы характеризуется следующими показателями: низкая способность к регуляции негативных и позитивных аффектов, проявления деперсонализации и дереализации возникают при воздействии психологических триггеров, связанных с психотравмой, имеются диффузные представления о целостности и уникальности собственного «Я», а также трудности в построении близких социальных контактов с окружающими, телесные симптомы, мучительные для человека обостряются при воздействии психологических триггеров, а также присутствует частичная утрата базовых убеждений, перспектив на будущее

3. Отсутствие симптомов комплексной психологической травмы определяется следующими показателями: имеется умение контролировать негативные аффекты, в повседневной жизни отсутствуют проявления деперсонализации и дереализации; имеется способность к самостоятельному выявлению соответствия личности ее объективной реальности; сохраняются

представления о целостности и уникальности собственного «Я»; отсутствуют трудности в построении близких социальных контактов с окружающими; отсутствуют признаки соматизации; сохранены базовые убеждения, перспективы на будущее.

4. Формирующий этап проведенного исследования был направлен на разработку и проведение программы психологических консультаций с молодыми людьми, которые имеют высокий уровень воздействия симптомов комплексной психологической травмы. В рамках разработки данной программы мы опирались на подход когнитивно-поведенческой терапии, а именно схема-терапию, в рамках которого между клиентом и психологом выстраивается особый тип отношений (ограниченный репарентинг), а также идет работа с дезадаптивными схемами и дисфункциональными режимами клиента для формирования нового, адаптивного поведения в повседневной жизни.

5. Анализ результатов формирующего эксперимента показал, что у участников экспериментальной группы после прохождения курса психологических консультаций у всех участников эксперимента изменился уровень проявления симптоматики комплексной психологической травмы с высокого уровня на средний (67%) и низкий (33%).

6. Для участников стало характерно умение контролировать свои эмоциональные реакции на стрессовые события и триггеры, связанные с психотравмирующими событиями. Отмечалось стремление активно продолжать внедрять в повседневную жизнь умения и навыки нового адаптивного поведения с целью повышения качества социальных взаимодействий, общения, построения межличностных отношений и самовосприятия.

7. Анализ симптомов, составляющих процесс переживания комплексной психологической травмы (по методике «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» Д. Уотсона, Л. Кларка, А. Теллегена) показал снижение влияния негативных аффектов и большую восприимчивость к

позитивным, что говорит о преобладании положительных эмоций над отрицательными после прохождения программы психологических консультаций, а также формирования умения контролировать своё психоэмоциональное состояние при столкновении со стрессовыми факторами и триггерами. Данные изменения вызывают улучшение психического состояния, которые корректируют с умением экологично для психики переживать стресс и повседневные трудности.

8. Снижение уровня проявления симптомов диссоциации (по методике «Шкала диссоциации» Н. В. Тарабриной) наблюдалось также у всех участников эксперимента, что говорит о снижении уровня связанной с травмирующими ситуациями психологической защиты и возвращения локуса контроля. Также это позволяет нам говорить об успешной адаптации после психотравмирующих событий.

9. Изменение личностной идентичности по методике «Исследования личностной идентичности» Л.Б. Шнейдер позволяет нам говорить о том, что произошло изменение установок об аспектах собственной личности, оценки личностных качеств, а также формирование более позитивных представлений о себе, своей репрезентации в социальных и значимых отношениях. При этом 4 участника психологической программы достигли позитивной личностной идентичности, а 2 участника смогли достичь уровня моратория.

10. Тип межличностных отношений, который оценивался по методике «Тест межличностных отношений» Т. Лири также изменился у всех участников эксперимента. Выраженные негативные модели межличностного взаимодействия (зависимо-послушный и покорно-застенчивый типы) сменились на более адаптивные (сотрудничающий-конвенциональный и ответственно-великодушный типы).

11. Анализ уровня соматизации показал изменения в сторону её снижения, так у 6 клиентов на этапе констатирующего эксперимента наблюдается низкий уровень проявления данного симптома переживания комплексной психотравмы.

12. Таким образом, можно сделать вывод о том, что все участники, прошедшие программу психологических консультаций, смогли изменить, сложившиеся после психотравмирующих событий, установки, заменить дисфункциональные паттерны поведения и реагирования на адаптивные, позволяющие более успешно справляться с актуальными переживаниями.

13. Согласно расчету T-критерия Вилкоксона, произошло снижение уровня проявления симптомов комплексной психологической травмы после оказания психологической помощи. По всем критериям проведённого исследования различия являются статистически значимыми после оказания психологической помощи (различия являются статистически значимыми на 99% достоверности).

14. Опираясь на полученные результаты, мы пришли к выводу, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник схематерапии является эффективным средством психологической помощи молодым людям, переживающим последствия комплексной психологической травмы, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Заключение

Актуальность данного исследования определило малоизученность вопроса консультирования молодых людей, переживших комплексную психологическую травму. Особую значимость данное исследование приобретает в контексте, когда актуализировано значение деятельности и психологического здоровья молодежи для общества, которая является одной из основных социальных групп. Ограничения, которые вносят симптомы комплексной психологической травм в данном контексте, значительно сказываются на качестве жизни, развития потенциала, а также личностного развития данной группы людей. Решением данной ситуации стало частичное проведение консультативной помощи в дистанционном формате посредством онлайн технологий.

В данной диссертационной работе была описана специфика по работе психолога консультанта с молодыми людьми, пережившими комплексные психотравмирующие события. На первом этапе приведенного исследования мы осуществляли изучение и анализ психологической литературы по проблеме исследования; занимались разработкой категориального аппарата; уточняли тему, задачи и гипотезу исследования. Мы проанализировали научную психологическую литературу по проблеме исследования, описали понятие феномена с точки зрения разных ученых, описали существующие классификации, сформировали категориальный аппарат исследования, описали критерии исследования. Также осуществлялся подбор методов изучения симптомов и проявлений комплексной психологической травмы и методы эффективной работы с ними.

Для проверки гипотезы на втором этапе проведено исследование, включающее диагностику регуляции негативных и позитивных аффектов, уровень соматизации, симптомов диссоциации, личностной идентичности, типов межличностного взаимодействия, базисных убеждений личности.

На следующей этапе были организованы и проведены психологические

консультаций с молодыми людьми, имеющих симптомы комплексного психологического травмирования. В ходе консультативных встреч решались основные задачи по снижению уровня соматизации и диссоциации, повышению умения регулировать негативные и позитивные аффекты, установление более адекватных типов взаимодействия с социальным окружением, а также вопросы, связанные с личностным развитием, восприятием и базовыми убеждениями. По результатам консультирования проведена повторная диагностика и подведены основные итоги исследования.

Сделан вывод о том, что предложенная нами схема консультирования с использованием техник схема-терапии является эффективным средством психологической помощи молодым людям, переживающим последствия комплексной психологической травмы, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в анализе и обобщении научных трудов по изучаемой проблематике, которые систематизируют представления о комплексной психотравме для развития представлений о специфике данного состояния у молодых людей.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в разработке и апробации консультирования на основе техник и положений схема-терапии, а также описанию особенностей такой консультационной работы с молодыми людьми, пережившими комплексные психотравмирующие события. Результаты исследования могут быть использованы практикующими психологами-консультантами, которые работают с клиентами, имеющими схожий круг психологических трудностей, а также в создании схемы диагностики наличия комплексной психологической травмы у молодых людей.

Список использованных источников

1. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М.: Психотерапевтический колледж, 2000. – 487 с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.
3. Анисимов А.М., Комолова Э.В. Понятие посттравматического стрессового расстройства // Современные технологии обеспечения гражданской обороны и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. 2014. №1 (5).
4. Бассин Ф.В., Бурлакова М.К., Волков В.Н. Проблема психологической защиты // Психологический журнал. 1988. Т. 9. № 3. С. 78-86.
5. Бассин Ф. В. «Значащие» переживания и проблема собственно-психологической закономерности. — Вопросы психологии 1972, № 3, с. 105-124.
6. Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 1996. Том 4. № 3.
7. Бек Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. — М.: И.Д. Вильямс, 2006. — 400 с.: ил. — Парал. тит. англ.
8. Божович Л.И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии. – 1996. – № 6. – С. 45-53.
9. Бразгунов И.П., Михайлов А.Н., Баль Л.В. Сравнительный анализ психологических и посттравматических стрессовых состояний у детей и подростков, переживших чрезвычайные события // Безопасность и здоровье детей и подростков в современных условиях. 1999. С. 83-84.

10. Бранч Р. Уиллсон, Р. Рабочая тетрадь по когнитивно-поведенческой терапии для чайников. 2-е изд.: Пер. с англ.— СПб: «Диалектика». 2020. — 448 с. — Парад, тит. англ.
11. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой. — М.: София, 2015. — 244 с.
12. Бундало Н. Л. Актуальные вопросы этиологии посттравматического стрессового расстройства // Сибирское медицинское обозрение. 2007. №1.
13. Ван дер Колк Б.А. Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают. М: Бомбора, 2023 — 560 с.
14. Василюк Ф.Е., Карягина Т.Д. Личность и переживание в контексте экспириентальной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия 2017. Том 25. № 3. С. 11–32
15. Вилюнас В. К., Гиппенрейтер Ю. Б. Психология эмоций. Тексты — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. —288 с.
16. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): автореф. дисс. ... доктора мед. наук. — М., 2004. — 49 с.
17. Вострокнутов Н.В. Социально-психиатрические аспекты насилия к детям // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 2. С. 57-61.
18. Вяткина В.А. Посттравматические стрессовые состояния // Соц. и клин. психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 27-29.
19. Ганнушкин П. Б. клиника психопатий: их статика, динамика, систематика Н. Новгород; Изд-во НГМД, 1998 — 128 с.
20. Герман Д. Травма и исцеление. Последствия насилия от абьюза до политического террора. – М.: Бомбора, 2022. – 400 с.
21. Гиляровский В.А. Личность и деятельность Н. Н. Баженова // Журнал психологии, неврологии и психиатрии. 1923. №3. С.5–14.

22. Глухова Ю.А., Бенько Е.В. Статистика разводов // Наука и образование сегодня. 2015. №1.
23. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. — Минск:, Харвест, 1998. — 554 с.
24. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. — СПб.: Речь, 2001.
25. Дейтс Б. Жизнь после потери. — Москва : Гранд : Фаир, 1999. — 299 с.
26. Денборо Д. Схема интервьюирования пострадавших от насилия и жестокого обращения / Пер. с англ. под рук. Дарьи Кутузовой. — Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications, 2006. — 344 с.
27. Джорж Р., Кристиани Т. Консультирование: теория и практика / Пер. с англ. А.Шадура. — М., 2002. — 349 с.
28. Дзеружинская Н.А., Сыропятов О.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. — Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014.
29. Дюжикова Н. А., Вайдо А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство: современные представления о генетических и эпигенетических механизмах // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. №2.
30. Жорняк Е.С., Мастеров Б.Н., Кадиева Е. и др. Культурный контекст посттравматических стрессовых расстройств. Круглый стол // Моск. психотерапевт. журнал. — 2002. — № 4. — С. 169-192.
31. Зубова Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах (Обзор) // Рос. психиатр. журнал. — 1998. — № 1. — С. 54-60.
32. Изотова Е.И., Марцинковская Т.Д. Проблема переживания в концепциях Выготского и Теплова: современный контекст // Культурно-историческая психология 2016. Том 12. № 4. С. 4–13

33. Кадыров Р.В., Венгер В. В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия // Психолог. 2021. №4.
34. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 70-80.
35. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ.— М.: Академический Проект, 2001. — 368 с.
36. Канторович Н.В. Очерки о здоровой и больной психике. — Фрунзе : Киргизгосиздат, 1962. — 160 с.
37. Кербиков О. В. Клиническая динамика психопатии и неврозов. — Москва:, 1962. — 19 с
38. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве // Съезд психиат. Рос., 13-й: матер. — М., 2000. — С. 103-104.
39. Красило А.И. Психологическое консультирование посттравматических состояний. М: изд-во МПСИ, 2004. — 96 с.
40. Кристал Г. Травма и аффекты // Журнал практической психологии и психоанализа №3 сентябрь 2002.
41. Кровяков, В. М. Психотравматология. — Екатеринбург : Изд-во УМЦ УПИ, 2006. — 441 с
42. Лазебная Е.О. Психофизиология PTSD// Современная психология посттравматического стресса. Материалы I Международной конференции, Киев, 1992, с.54-55.
43. Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994. — 190 с.
44. Левин П. А. Пробуждение тигра — исцеление травмы, Природная способность трансформировать экстремальные переживания / науч. ред. Е. С. Мазур. — М. : АСИ, 2007. — 316 с.

45. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, испр. изд. — М.: Смысл, 2003 — 487 с.
46. Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 1—18.
47. Ловелле П.Р. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса / Рейнальдо Перес Ловелле. — 2. изд. — Москва : Маренго интернейшнл принт, 2001. — 154 с.
48. Лощинин Г.А. К вопросу об этиологии посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9, №2 (33). С. 125-132.
49. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник МГУ, Сер. 14. Психология, 1996. №4. С. 26-35.
50. Мазур Е.С. Экзистенциально-соматический подход в работе с психологической травмой // Психология телесности. -М., 2005. — С. 674-700.
51. Маркова С.Д. Аккультурация: к теории вопроса // Современные научные исследования и инновации. 2015. № 12. С. 45-49.
52. Мелкумян Э. Х., Мурылев Владимир Юрьевич Базовые аспекты посттравматического стрессового расстройства // Достижения науки и образования. 2020. №16 (70).
53. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. — М., 2001. — 432 с.
54. Метляева Е. В. Механизмы формирования и развития посттравматического стрессового расстройства / Е. В. Метляева. — (Военная теория и практика). — Текст : непосредственный // Военная мысль. — 2014. — № 2. — С. 48-54
55. Михеева А. В. Психическая травма в определениях и понятиях современных ученых // Полилингвильность и транскультурные практики. 2009. №2.

56. Мищенко Л. В. Психическая травма. Практическое пособие. — Пятигорск: Пятигорский государственный университет, 2018. — 156 с.
57. Мозжухина Ю. Н. Когнитивные искажения как свойство поведенческих моделей // Проблемы педагогики. 2017. №9 (32).
58. Мурен-Симеони М. К. Синдром посттравматического стресса у ребенка // Ежегодник педиатрии. — Париж, 1993, 40,8: 489–495 с.
59. Мюррей М. Узник иной войны: удивительный путь исцеления от детской травмы / М. Мюррей. — М. : Альварер Пабблишинг, 2004. — 208 с.
60. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960 426 с.
61. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. —4-е изд. —М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. -Кн. 1: Общие основы психологии. — 688 с.
62. Павлова М.С. Посттравматическое стрессовое расстройство. Острые и отдаленные реакции на травму: сб. науч. работ / Под ред. С.S. Fullerton, R.J. Ursano. — (M.D.) Wascington: American Psychiatry Press, inc., 1997 // Рос. психиатр. журнал. — 1999. — № 1. — С. 46-49.
63. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия : journal. — 2021. — Т. 29, № 5. — С. 69–87.
64. Падун М.А., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н., Ченцова-Даттон Ю.Е. Русскоязычная версия «международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 3. С. 42–67.
65. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира. М.: Институт психологии РАН, 2012 206 с.
66. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология : учеб. пособие / Л. А. Пергаменщик. — Минск : Выш. шк., 2004. — 239 с.
67. Перре М. Стресс и копинг как факторы влияния / М. Перре, А.-Р. Лайрейтер, У. Бауман ; под ред. М. Перре, У. Бауманна // Клиническая психология. — СПб. : Питер, 2002. — С. 358-392.

68. Патяева Е.Ю. На пути к культурно-исторической теории мотивации: уровневая концепция человеческих действий П. Жане // Культурно-историческая психология 2011. Том 7. № 1. С. 49–62
69. Попов М. В., Верхотурова Н. Ю. Философские основания когнитивно-поведенческой психотерапии по текстам Джудит Бек // Инновации в науке. 2018. №4 (80).
70. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 28 с.
71. Решетников, М. М. Психическая травма : учебное пособие для вузов / М. М. Решетников. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 200 с.
72. Рупперт Ф. Банцхаф Х. Мое тело, моя травма, мое Я – СПб.: ИСТОК-С, 2019. — 388 стр.
73. Русских Н.И. К вопросу о психической травме в детском возрасте // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2014.
74. Силёнок И.К. Характеристика посттравматического синдрома подростков // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2013. – С. 34–40.
75. Соколова Е.Д., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия. // MateriaMedica. 1996. N 1(9). С. 5-25.
76. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматическое стрессовое расстройство: из функционального в органическое // Психиатрия. – 2011. – № 1. – С. 59–69.
77. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 453 с.

78. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с: ил. — (Серия «Практикум по психологии»).
79. Трубицына Л.В. Переживание травмирующего события как проблема психологии личности: Автореф.дис. ...канд. псих. наук: М., 2005.28 с.
80. Уокер П. Комплексное ПТСР: руководство по восстановлению от детской травмы/Пит Уокер; пер. с англ. Т.А. Исмаил — Киев. : «Диалектика», 2020. — 274 с.
81. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия : [Пер. с англ.] / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. — Москва : Рос. психоаналит. ассоц., Б. г. (1992). — 158 с.
82. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1978. — 400 с.
83. Федунина Н.Ю., Бурмистрова Е.В. Психическая травма. К истории вопроса //Консультативная психология и психотерапия, 2005. — №2.
84. Фoa Э.Б., Кин Т.М., Фридман М.Дж. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. — М.: Когито-Центр, 2005.
85. Фоминова А.Н. Роль когнитивных и поведенческих навыков в проявлении жизнестойкости // Концепт. 2012. №8.
86. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990. — 386 с.
87. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия / З. Фрейд ; пер. с нем., сост., послесл. и коммент. А. А. Гугнина. — М. : Прогресс, Литера, 1992. — 570 с.
88. Фрейсвайк М., Бурсен Д. Осознанность и схема-терапия. М.: Научный мир, 2021. — 240 с.

89. Фресвейк М., Броесен Д., Надорт М. Руководство по схематерапии: теория, исследования и практика. М.: Научный Мир, 2023. – 744 с.
90. Чабан О.С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. — Киев: НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия, 2015. — № 2 (66).
91. Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку Книга для школьных психологов, родителей и учителей — 2-е изд — М.: Издательский центр «Академия», 1997. — 96 с.
92. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры/Пер. с англ. А.С. Ригина. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998 — 496 с.
93. Шарко Ж.-М. Клинические лекции по нервным болезням. Изоляция при лечении истерии. — СПб, 1885.
94. Шашмурина Ю. Ф. Влияние психотравмы на жизненную перспективу личности // Молодой ученый. 2020. № 10
95. Шварц А. Терапия комплексного посттравматического расстройства: практическое руководство. СПб: «Диалектика», 2020 176 с.
96. Шматова Ю. Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // Проблемы развития территории. 2019. №3 (101).
97. Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий Семейная психотерапия. Ленинград : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1990. – 187 с.
98. Элленбергер Г. Открытие бессознательного. История и эволюция динамической психиатрии. Общая редакция и предисловие Валерия Зеленского. Часть 2. – СПб: Янус, 2004.
99. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 1. С. 7-40.

100. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев «Сфера», 2002. – 224 с.
101. Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189–208.
102. Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Sussex, England: Wiley.
103. Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715–740.
104. Arntz, A., Sofi, D., & van Breukelen, G. Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 2013, 274–283.
105. Beck A.T. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 2019. Vol.14(1), p. 16—20.
106. Berntsen, D., Johannessen, K. B., Thomsen, Y. D., Bertelsen, M., Hoyle, R. H., & Rubin, D. C. Peace and war: Trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms before, during, and after military deployment in Afghanistan. *Psychological Science*, 2012, 1557–1565.
107. Bohus, M., Schmahl A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline*, 2019. 1-16 P.
108. Breznitz S. M. *The Fountain of knowledge: The role of universities in economic development*. – Stanford University Press, 2014.
109. Brown, I., *Psychological trauma, or unexperienced experience // Revision*, Spring90, Vol. 12, Issue 4. P.21, 14 p.
110. Brunello, N., Davidson, J. R., Deahl, M., Kessler, R. C., Mendlewicz, J., Racagni, G., Zohar, J (2001). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43, 150–162.

111. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R., Bisson J.I., Roberts N.P., Maercker A., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138. P. 536—546.
112. Crocq L. 16 leçons sur le trauma, Odile Jacob, 2012. — 295 p.
113. Ford J.D. New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look // *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. Vol. 11(1)
114. Ford J.D., Courtois C.A. *Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. NY: Guilford Press, 2013. 368 p.
115. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. // *Personality and Individual Differences*. — 2001. — 30. — P.
116. Hopper E.K., Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Courtois C.A. van der Kolk B.A. *Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy*. The Guilford Press, 2018. 296 p.
117. Howard A.P. *Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models* // *Child & Family Behavior Therapy*. 2014. Vol. 36. № 2. P. 140—150.
118. Lazarus R.S. Coping theory and research: Past, present and future // *Psychosomatic Medicine*. 1993. 55. 237-247.
119. Lazarus R.S., Folkman S. *Manual for Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
120. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. N.Y.: Springer Publishing Company, 1984.
121. Ochberg F.M. *Post-traumatic Therapy and Victims of Violence*. Psychology Press, 1988. — 370 p.

122. Perrez M. Stress and Coping with stress in the Family / Forschungsbericht. Psychologisches Institut. Universität Freiburg (Schweiz). Freiburg, 1994.

123. Straker G. The continuous traumatic stress syndrome: The single therapeutic interview // Psychology and Society : journal. — 1987.

124. Terr L. C. Children of Chowchilla: a study of psychic trauma N.Y.: Springer Publishing Company, 1979.

125. Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema— focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

126. Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 63–76.

Таблица 1 – Уровень воздействия негативного и позитивного аффекта у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Н.Э. (в баллах)	П.Э. (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	40	12	Высокий
Клиент 2	49	21	Высокий
Клиент 3	50	16	Высокий
Клиент 4	33	11	Высокий
Клиент 5	36	20	Высокий
Клиент 6	45	18	Высокий

Н.Э. – негативный аффект;

П.Э. – позитивный аффект.

Таблица 2 – Уровень диссоциации у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень диссоциации (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	74	Высокий
Клиент 2	83	Высокий
Клиент 3	78	Высокий
Клиент 4	61	Высокий
Клиент 5	59	Высокий
Клиент 6	92	Высокий

Таблица 3 – Уровень развития личностной идентичности у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень развития личностной идентичности (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	1,6	Высокий
Клиент 2	1,4	Высокий
Клиент 3	1,9	Высокий
Клиент 4	0,9	Высокий
Клиент 5	0,8	Высокий
Клиент 6	1	Высокий

Таблица 4 – Уровень соматизации у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень соматизации (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	1,5	Высокий
Клиент 2	4	Высокий
Клиент 3	2,6	Высокий
Клиент 4	3,8	Высокий
Клиент 5	2,7	Высокий
Клиент 6	1,9	Высокий

Таблица 5 – Уровень базисных убеждений у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень базисных убеждений (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	1	Высокий
Клиент 2	2	Высокий
Клиент 3	2	Высокий
Клиент 4	3	Высокий
Клиент 5	2	Высокий
Клиент 6	3	Высокий

Таблица 5 – Тип межличностных отношений у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (до оказания психологической помощи)

№ п/п	Октанты	Уровень гармоничности поведения (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	Покорно-застенчивый	1	Высокий
Клиент 2	Зависимый-послушный	2	Высокий
Клиент 3	Покорно-застенчивый	2	Высокий
Клиент 4	Зависимый-послушный	3	Высокий
Клиент 5	Зависимый-послушный	2	Высокий
Клиент 6	Покорно-застенчивый	3	Высокий

**Стимульный материал «Опросник Янга» по диагностике ранних
дезадаптивных схем и режимов**

Инструкция: Ниже перечислены утверждения, с помощью которых Вы можете описать себя. Пожалуйста, прочитайте каждое утверждение и решите, насколько точно оно Вас характеризует. Если Вы не уверены, как ответить, основывайте свой ответ на том, как Вы ЧУВСТВУЕТЕ, а не на том, что вы считаете правильным.

На регистрационном листе выберите подходящий вариант ответа и поставьте значок (V) напротив порядкового номера утверждения.

1. Рядом со мной не было человека, который бы обо мне заботился, проявлял участие и искренний интерес ко всему, что происходило со мной.
2. Я «цепляюсь» за близких мне людей, так как боюсь, что они меня покинут.
3. Мне кажется, что другие люди меня используют.
4. Я не вписываюсь ни в одну из компаний.
5. Ни один мужчина (женщина), к которым я испытываю влечение, не могли бы полюбить меня, если бы узнали о моих недостатках.
6. Почти всё, что я делаю на работе (в учебе) не так хорошо, как это могли бы сделать другие люди.
7. Думаю, что я не способен самостоятельно справляться с повседневными делами.
8. Я не могу избавиться от ощущения, что должно случиться что-то плохое.
9. Я не смог «отделиться» от своих родителей в той мере, в какой это сделали мои сверстники.
10. Я думаю, что если я буду делать только то, что мне хочется, это непременно приведет к неприятностям.

11. В конце концов, именно мне приходится заботиться о моих близких.
12. Я слишком застенчив, чтобы проявлять свою симпатию (внимание или привязанность) к другим людям.
13. Я должен быть лучшим во всем, что я делаю, и не могу быть хуже других.
14. Мне очень трудно принять «нет» в качестве ответа, если я чего-нибудь хочу от других людей.
15. Я не могу заставить себя выполнять рутинные или скучные задания.
16. с важными людьми и наличие денег дают мне ощущение собственной значимости.
17. Даже когда дела идут хорошо, у меня такое ощущение, что это ненадолго.
18. Если я допущу ошибку, то должен быть наказан.
19. Я не знаю таких людей, которые давали бы мне тепло, любовь и заботу.
20. Я так сильно нуждаюсь в других людях, что боюсь их потерять.
21. Я чувствую, что не могу ослабить свою защиту и вести себя естественно в присутствии других людей, так как они могут причинить мне боль.
22. Я очень сильно отличаюсь от других людей.
23. Никто, о ком я мечтаю, не захотел бы остаться рядом со мной, если бы узнал, какой я на самом деле.
24. Я неспособен добиться успеха.
25. В повседневной жизни я во многом завишу от других людей.
26. Я полагаю, что в любой момент может произойти нечто ужасное (природная катастрофа, преступление, финансовый кризис или несчастный случай)

27. Я и мои родители склонны (были склонны) принимать излишнее участие в жизни и решении проблем друг друга
28. Я чувствую, что я должен уступать желаниям других людей, иначе они могут отвергнуть меня или как-то отомстить
29. Я — хороший человек, так как думаю о других больше, чем о себе
30. Мне неловко показывать другим свои чувства
31. Я стараюсь делать все как можно лучше и не приемлю, когда говорят «...и так уже достаточно хорошо...»
32. Я особенный человек и не обязан подчиняться многим ограничениям, установленным для других людей
33. Если мне не удастся достичь цели, я легко отчаиваюсь и сдаюсь
34. Достижения имеют для меня наибольшую ценность, если их замечают другие люди
35. Когда случается что-то хорошее, я жду, что должно случиться что-то плохое
36. Если я не буду стараться изо всех сил, то у меня обязательно будут неприятности
37. Я никогда не чувствовал, что я был кем-то особенным для другого человека
38. Я опасаясь, что мои близкие покинут или «бросят» меня
39. Думаю, что рано или поздно, кто-нибудь меня обязательно предаст
40. Я – одиночка, и не принадлежу ни к какому «кругу»
41. Я недостойн любви, внимания или уважения других людей
42. Большинство людей достигают лучших результатов в работе, чем я
43. Мне не хватает здравого смысла
44. Я боюсь, что на меня могут напасть
45. Мне всегда было очень трудно скрывать от родителей подробности личной жизни, не испытывая при этом чувства вины

46. В отношениях с другими людьми я легко соглашаюсь быть на вторых ролях
47. Я так занят делами моих близких, что у меня не остается времени для себя
48. Мне трудно быть раскованным и непосредственным с другими людьми
49. Я должен выполнять все свои обязательства
50. Я терпеть не могу, когда меня ограничивают или не дают делать то, что я хочу
51. Мне очень трудно отказывать себе в удовлетворении сиюминутных желаний ради достижения отдаленной цели
52. Когда я не получаю повышенного внимания, я чувствую себя недостаточно значимым человеком
53. Невозможно всё предусмотреть — что-нибудь обязательно пойдёт не так
54. Если я не сделаю какую-либо работу как следует, то должен буду отвечать за последствия
55. У меня никогда не было человека, который бы по-настоящему выслушивал и понимал меня или интересовался моими истинными потребностями и чувствами
56. Когда я чувствую, что близкий человек отдаляется или уходит от меня, я впадаю в отчаяние
57. Я очень подозрительно отношусь к тому, какими мотивами руководствуются другие люди
58. Я чувствую себя отчужденным или изолированным от других людей
59. Мне кажется, что меня нельзя полюбить
60. В работе я не так талантлив, как большинство других людей
61. В житейских ситуациях на мое мнение нельзя полагаться

62. Я боюсь, что потеряю все деньги или останусь без средств к существованию

63. Я чувствую, что живу не собственной жизнью, а так, как хотели бы от меня мои родители

64. Так как решения за меня всегда принимали другие, то теперь я сам не знаю, чего хочу на самом деле

65. Мне всегда приходится выслушивать проблемы других людей

66. Я так сильно контролирую себя, что меня считают неэмоциональным или бесчувственным

67. Я постоянно испытываю давление от того, что нужно что-то сделать или чего-то достичь

68. Считаю, что я не должен следовать общепринятым правилам и договоренностям, как это делают другие люди

69. Я не могу заставить себя делать то, что мне не нравится, даже если я знаю, что это нужно для моего же блага

70. Если меня знакомят с новой компанией или я кому-нибудь что-то рассказываю, то для меня очень важно получить признание и восхищение

71. Независимо от того, насколько усердно я работаю, меня беспокоит, что я могу лишиться денежных средств и остаться ни с чем

72. Не имеет значения, почему я сделал ошибку — если я сделаю что-то не так, то мне придётся за это расплачиваться

73. В моей жизни не было такого человека, который мог бы дать мне хороший совет или направить меня, когда я не знал, как поступить

74. Иногда я так боюсь, что кто-то покинет меня, что сам первый начинаю отталкивать этого человека

75. Обычно я ищу скрытые мотивы у других людей

76. Я чувствую себя посторонним в любой группе

77. У меня много неприемлемых качеств, из-за которых я не могу открываться перед другими людьми или позволять им узнавать меня лучше

78. В том, что касается работы или учебы, я не такой сообразительный как большинство других людей

79. Я не уверен в своей способности справляться с повседневными проблемами, которые постоянно возникают

80. Я беспокоюсь, что у меня развивается тяжелое заболевание, хотя врачи не обнаруживают ничего серьезного

81. Я не чувствую себя целостной личностью отдельно от личности моего партнера или кого-то из родителей

82. Мне очень трудно требовать от других, чтобы они уважали мои права и считались с моими чувствами

83. Люди считают, что я делаю слишком много для других и недостаточно для себя

84. Меня считают эмоционально зажатым и напряженным

85. Мне трудно снять с себя ответственность за что-либо или дать себе право на ошибку

86. То, что я предлагаю и делаю, является более ценным, чем вклад других людей

87. Мне редко удаётся сдерживать обещания, которые я даю самому себе

88. Я чувствую себя по-настоящему ценным человеком, когда меня хвалят или осыпают комплиментами

89. Я боюсь, что любое неправильное решение может привести к катастрофе

90. Я плохой человек, который заслуживает наказания

Протоколы психологических консультаций

Клиент 1, консультация №2

Возраст: 25 лет

Пол: женский

Дата консультации: 22 мая 2023 г.

Цель: установление первичной связи с клиентом, психологическое просвещение клиента.

Результаты диагностики по опроснику Д. Янга (наиболее выраженные схемы клиента): зависимость (36%), уязвимость (36%), покорность (36%).

Оценка текущего состояния клиента (клиент описывает свое текущее эмоциональное состояние по шкале от 1 до 10 (где 1 — самое низкое настроение, а 10 — самое высокое)): 3 балла.

Соматические проявления: клиент отметил, что у него присутствуют такие симптомы, как бессонница, тревожность, головная боль, боли в спине и проч.

Вступление: сеанс начат с теплого приветствия и установления контакта с клиентом. Психолог представляет себя, подчеркивая конфиденциальность и безусловное уважение к клиенту.

Клиент (далее К): «Здравствуйте, сколько я себя помню, я несчастна. Я смотрю на других и не понимаю, что со мной не так. Почему у меня нет радости в жизни, почему я постоянно переживаю, страдаю. Я очень хочу изменить это. Я никак не могу забыть или просто пройти через то, что было со мной в детстве. Мне кажется, что там я потеряла что-то важное и до сих пор не могу это восстановить».

Психолог (далее П): «Здравствуйте, я понимаю, как сложно бывает делиться такими событиями. Прежде чем мы начнем, я хотел бы отметить, что я здесь, чтобы поддержать вас и помочь вам обработать эти сильные эмоции и найти выход из сложившейся ситуации. Можете рассказать мне подробнее о вашем детстве?»

К: рассказывает о том, как подвергалась физическому и психологическому насилию со стороны мамы, была постоянным свидетелем драк бабушки и мамы. При этом мама была очень отчужденной по отношению к дочери, уделяла мало внимания, от чего клиентка постоянно испытывала вину, стыд, так как не может быть «хорошей дочерью», как того хочет мама.

П: слушает клиента, поддерживают и дает объяснение тому, почему эти события так повлияли на её состояние, далее психолог объясняет, как будет происходить работа, объясняет суть схем и режимов (делает зарисовки для лучшего понимания концепции клиентом), которые сформировались и закрепились в ходе прологнированной травматизации.

К: слушает и задает вопросы.

Исследование основных схем и режимов клиента:

П: «Когда вам приходилось переживать тяжелейшее эмоциональное напряжение, вам необходимо было разработать такое поведение, которое помогало бы вам совладать с этими сильными чувствами. Один из видов такого поведения - это подавление эмоций, покорность по отношению к матери для того, чтобы остановить поток негатива, который вы испытывали от мамы».

К: «На самом деле, я помню тот момент, когда решила, что буду делать все, лишь бы мама была довольна и любила меня так, как хочу я. Я пыталась делать все так, как нужно ей. Но она очень редко была довольна. Только в такие моменты я чувствовала себя счастливой».

К: описывает момент, когда начал использовать подобное поведение.

П: «Так работают дисфункциональные режимы. Конечно, вы состоите не только из них. У вас есть здоровая часть, которая позволяет вам вести нормальную, полноценную жизнь - это «режим здорового взрослого».

П: предлагает вспомнить ситуации, когда клиент использовал режим здорового взрослого в повседневной жизни, какие эмоции и ощущения он испытывал при этом, а также, какая ролевая фигура была использована в

качестве основы такого поведения.

К: описывает ситуацию.

Формулировка целей терапии:

П: рассказывает о том, цель терапии – успокоить и придать сил режиму «ребенка», помочь ему и ограничить действие наказывающих родительских режимов в ходе терапии, с тем чтобы уменьшить их присутствие и в повседневной жизни пациента.

К: слушает и дает обратную связь.

Разработка плана поэтапного воздействия на страхи или травматические события:

П: описывает, как будет строиться работа, какие навыки и умения будут тренироваться в ходе консультаций.

К: слушает и дает обратную связь.

Резюме сеанса:

П: «На этой сессии мы подробно обсудили, что происходило с Вами, а также почему и как сформировалась то поведение, которое не удовлетворяет Вас на данный момент. Это очень важная часть нашей работы, так как для достижения успеха, нам нужно мыслить и действовать в одном направлении».

К: «Я не думала, что все может быть так просто. На самом деле я вижу смысл Ваших словах и связь между прошлым и настоящим».

Домашнее задание:

П: «Это прекрасное начало нашего сотрудничества. Чтобы вы больше разобрались в предложенной Вам концепции, я хочу, чтобы Вы в течение недели вели дневник для отслеживания возникающих в ходе повседневной жизни режимов и схем. Это поможет нам переработать тот негативный опыт, который Вы получили. Также я хочу порекомендовать Вам книгу, которая поможет углубиться в процесс нашей работы. Разрушение паттернов негативного мышления. Это книга «Самопомощь и поддержка в схема-терапии» Д.Гитта, Х. ван Гендерен, С. Лора. На следующей встрече

мы начнем работу с выявленными режимами и схемами».

К: соглашается, прощается.

Клиент 2, консультация №4

Возраст: 22 года

Пол: женский

Дата консультации: 25 июня 2023 г.

Цель: установление неудовлетворенных потребностей клиента и проведение техники трансформации негативного опыта

Результаты диагностики схем по опроснику Д. Янга (наиболее выраженные схемы клиента): социальная отчужденность (38%), дефективность (42%), самопожертвование (37%).

Оценка текущего состояния клиента (клиент описывает свое текущее эмоциональное состояние по шкале от 1 до 10 (где 1 — самое низкое настроение, а 10 — самое высокое)): 4 балла.

Соматические проявления: клиент отметил, что у него присутствуют такие симптомы, как тревожность, особенно перед сном.

Вступление: сеанс начат с теплого приветствия и обсуждения прошедшей недели, также проводится рефлексия домашнего задания (какие потребности «ребенка» в детстве не были удовлетворены родителями клиента).

Основная часть (проведение техники рескриптинга)

П: «На прошлой встрече мы подробно обсуждали, какие потребности режима «ребенка» не были удовлетворены родителями. На этой встрече, мы с вами перейдем к работе с конкретными жизненными ситуациями, где вы испытывали эти потребности и попробуем изменить этот опыт с помощью техники «Рескриптинг».

К: «Что это такое»?

П: «Мы с Вами войдем в Ваши детские воспоминания и попробуем изменить ход событий. Вы вспомните конкретный случай, когда Ваши родители повели себя так, как Вы не хотели, какую потребность они не

удовлетворили и найдем, чего Вам тогда не хватило, а также опишем, как Вам хотелось бы, чтобы повели себя они в тот момент. Сейчас я прошу довериться мне, закрыть глаза и отвечать на мои вопросы».

К: «Хорошо».

П: «Займите удобную позу и сконцентрируйтесь на дыхании».

К: выполняет.

П: «Теперь вспомните случай, который до сих пор не покидает Вас, когда родители поступили с Вами нечестно, отвергли, обидели».

К: «Однажды я опоздала домой к назначенному времени, потому что у меня сломались часы. Я была не рядом с домом, а когда вернулась, то папа уже ждал меня там. Она был очень злой и пьяный. Я подошла и сразу одним движением руки папа затолкнул меня в подъезд. Он что-то кричал и пинал меня вверх к квартире. Мне было страшно и обидно, мне казалось, что все видят и слышал, что со мной делают, но никого рядом нет и никто не может помочь. Когда мы зашли в квартиру, то он запихнул меня туда и начал дергать за волосы и говорить, что я тупая и не могу даже уследить за временем, чтобы он не переживал. Мамы не было и никто не мог меня защитить. Я помню, что бил он меня туда, куда попадет, а мне было обидно и больно не от ударов, а от того, что никого нет, чтобы защитить меня, дать ему отпор. Я просто молчала и сдерживала слезы.»

П: «Что Вы хотели в тот момент?»

К: «Я хотела бы, чтобы пришел кто-то, кто мог бы защитить меня, чтобы ему тоже досталось за такое поведение и его наказали».

П: «Теперь представьте, что это воспоминание будто отматывается назад, как на видеопленке и вы возвращаетесь в самое начало этой ситуации. Поставьте это воспоминание на паузу. Вы стоите у подъезда, но теперь рядом с вами будет любой другой человек, способный удовлетворить эту потребность. Кто это будет?».

К: «Это мой дядя. Он был очень сильным и смелым, а еще веселым и всегда помогал мне, был на моей стороне, но жил он очень далеко и сказать

обо всем я ему не могла. Мне было стыдно и страшно.»

П: «Теперь Ваш дядя будет рядом с Вами с этой ситуацией. Попробуйте пройти к подъезду к отцу вместе с ним. Что случится тогда?»

К: «Я опоздала домой и встретила своего дядю. Он был очень рад встретить меня, взял за руку и сказал, что мы пойдём домой пить чай. Мы подошли к подъезду и увидели моего отца. Он был злой и пьяный. Увидев дядю, он немного удивился, но алкоголь в крови взял верх. Он подошел ко мне и начал на меня кричать, говорить, что я тупая и не могу прийти домой вовремя, чтобы он не переживал. Дядя опешил и толкнул его, сказал, чтобы он не смел так себя вести. Завязалась драка, отцу сильно досталось и мы с дядей пошли домой, а его оставили внизу трезветь».

П: «Поставьте эту ситуацию на паузу и скажите, на сколько вы удовлетворены исходом этой ситуации по шкале от 1 до 10?»

К: «Наверное, на 5 баллов из 10».

П: «Давайте вернемся в начало еще раз и попробуем сделать так, чтобы удовлетворенность исходом была выше».

К: «Я опоздала домой и встретила своего дядю. Мы вместе пошли домой и увидели, что возле подъезда меня ждет отец. Он был злой и пьяный. Когда он увидел меня, то начал ругать за опоздание. Дядя заступился и сказал, что это он меня задержал. Отец не унимался и попробовал схватить меня за руку. Дядя одернул его и отошел с ним в сторону. Они долго говорили о чем-то, пока отец не успокоился. Потом вернулись и мы вместе пошли домой, чтобы пить чай. Отец просто смотрел на меня злым взглядом, но больше ничего плохо не делал».

П: «Поставьте эту ситуацию на паузу и скажите, на сколько вы удовлетворены исходом этой ситуации по шкале от 1 до 10?»

К: «Наверное, на 7 баллов из 10».

П: «Давайте вернемся в начало еще раз и попробуем сделать так, чтобы удовлетворенность исходом была выше».

К: ««Я опоздала домой и встретила своего дядю. Мы вместе пошли

домой и увидели, что возле подъезда меня ждет отец. Он был злой и пьяный. Когда он увидел меня, то начал ругать за опоздание. Дядя схватил отца за ворот рубашки и сказал, чтобы тот больше не смел даже пальцем трогать меня. Отец испугался. В его глазах я увидела это. Он обмяк. Дядя потребовал его извиниться передо мной. Он сделал это. Мы вместе пошли домой, а отец стыдливо опускал глаза, не смотрел на меня долгое время. А потом предложил печенье к чаю и сказал, что был не прав».

П: «Поставьте эту ситуацию на паузу и скажите, на сколько вы удовлетворены исходом этой ситуации по шкале от 1 до 10?»

К: «10 баллов из 10».

П: «Была ли удовлетворена Ваша потребность в безопасности в таком варианте событий?»

К: «Да.»

П: «Теперь сделайте глубокий вдох, досчитайте до 10 и открывайте глаза».

Обсуждение техники

П: «Как Вы себя чувствуете сейчас»? Что в этой технике было для Вас полезно?»

К: описывает свои ощущения и мысли (стало спокойнее, появилось ощущение уверенности, что можно давать отпор тому, что не нравится).

Завершение сессии и рефлексия

П: «Что полезного Вы можете вынести для себя из этой сессии?»

К: «Я немного удивлена, что мозг работает так, что можно изменить мысль и воспоминание, чтобы облегчит свое состояние. Если честно, я хочу попробовать и другие ситуации обработать таким образом. Мне интересно, что из этого получится.»

Клиент 4, консультация №5

Возраст: 29 лет

Пол: женский

Дата консультации: 3 июля 2023 г.

Цель: установление диалога между различными режимами клиента.

Результаты диагностики по опроснику Д. Янга (наиболее выраженные схемы клиента): покинутость (40%), жесткие стандарты (39%), покорность (36%).

Оценка текущего состояния клиента (клиент описывает свое текущее эмоциональное состояние по шкале от 1 до 10 (где 1 — самое низкое настроение, а 10 — самое высокое)): 6 баллов.

Соматические проявления: клиент отметил, что у него присутствуют такие симптомы, как тревожность (ситуативно).

Основная часть (проведение техники «Диалог между схемами»)

П: «Сейчас я хотела бы предложить технику, которая называется диалогом между стороной схемы, согласно которой вы считаете, что как только с человеком у Вас начинаются конфликты, Вам необходимо немедленно покинуть отношения, и здоровой стороной вашей личности, которую мы пытаемся укрепить, но которая все еще не очень сильна. Вы понимаете, о чем я говорю?»

К: «Да».

П: «Итак, я попрошу вас встать и немного походить. Может, вы начнете так, будто находитесь дома вместе с человеком, отношения с которым вы хотите закончить. Представьте себя в роли этой схема-стороны, которая хочет сразу прекратить отношения, не пробуя разобраться в ситуации, и скажите, чего вы боитесь».

К: «Я очень нервничаю и боюсь начать разговор, я понимаю, что меня любят, но мне так хочется быть только в ситуации, когда меня принимают, что я не готова даже минуты выдержать разговора об отношениях и чувствах».

П: «Теперь представьте, что Вы все же начали разговор об этом со стороны актуальной схемы».

К: «Я думаю, что меня больше не любят, ведь когда любят, то никогда не возникает ничего, что может омрачить эту чувства. Мне страшно

принять это.»

П: «Хорошо, а теперь станьте здоровой стороной своей личности, которую мы пытаемся укрепить, и ответьте схема-стороне.

К: «Не нужно торопиться с такими выводами. Конфликты – это здоровый процесс отношений, когда люди пытаются установить правила и границы отношений, чтобы сделать их крепче и удобнее для двоих. Часто мы приукрашиваем требования партнера, даем им неадекватную оценку и выбираем убежать, а не разобраться и поговорить обо всем, что волнует».

П: «Теперь ответьте со стороны схемы».

К: «Но даже, если это так, то факт того, что конфликты есть – это значит, что чувства начали угасать и изменяться, потом они перейдут в рутину и все равно закончатся. Зачем тратить время?»

П: «Ответьте от здоровой стороны».

К: «Неужели перед этим исходом не будет ничего хорошего и приятного в отношениях? Конфликты имеют особенность заканчиваться, а главное – разрешаться».

П: «Теперь ответьте со стороны схемы».

К: «Я не хочу тратить время».

П: «Ответьте от здоровой стороны».

К: «Ты не тратишь время, а испытываешь весь спектр эмоций от отношений, а он очень обширен. А самое главное – ты становишься ближе с партнером, находишь новые способы взаимодействия. Если отношения заканчиваются, то это опыт, за который можно быть благодарным».

П: продолжает упражнение, помогает и поддерживает клиента в построении диалога.

К: ведет диалог до того момента, пока здоровая часть личности не одержит победу в разговоре.

Завершение сессии и рефлексия

П: «Расскажите о ваших ощущениях и мыслях после данного упражнения».

К: говорит, что смог увидеть другую сторону данного вопроса, что она слишком узко рассматривала эту проблему и не видела, что есть и другие варианты отношения к конфликтам в паре.

П: «Что полезного Вы можете вынести для себя из этой сессии?»

К: «Я вижу, что во мне есть что-то, что хочет и может идти дальше в отношениях, но до этого момента я ограничивала эту часть, отставляла ее назад и не разрешала говорить. Я чувствую, что во мне проснулась уверенность, что конфликт – это не конец, а только маленькая часть чего-то большего в отношениях.»

Клиент 5, консультация №5

Возраст: 27 лет

Пол: мужской

Дата консультации: 30 июля 2023 г.

Цель: разработка копинг-карточек для разрешения дезадаптивных способов поведения в повседневной жизни.

Результаты диагностики по опроснику Д. Янга (наиболее выраженные схемы клиента): неуспешность (40%), социальная отчужденность (40%), жесткие стандарты (36%).

Оценка текущего состояния клиента (клиент описывает свое текущее эмоциональное состояние по шкале от 1 до 10 (где 1 — самое низкое настроение, а 10 — самое высокое)): 5 баллов.

Соматические проявления: клиент отметил, что не последнее время снизилась бессонница и тревожность.

Основная часть (составление копинг-карточек)

П: «Существуют различные техники, которые мы можем использовать для разрешения ситуаций, которые вызывают у Вас тревогу и которые Вы стараетесь избегать в повседневной жизни. Одна из них - копинг-карточка, которую вы сможете носить с собой и напоминать себе о схемах, которые активируются в тот момент, чтобы регулировать их и выбирать другой, более адаптивный вариант поведения. Сегодня вы с Вами

составим текст такой карточки. Как вы на это смотрите?

К: «Замечательно».

П: «Может быть, мы выберем ситуацию, которую обсуждали на прошлой встрече? Например, когда вы пытались познакомиться с девушкой, но очень боялись отказа. Что скажете?»

К: «Да».

П: «Я буду говорить Вам текст, а будете записывать. Если формулировка не подходит, то Вы можете изменить ее.»

П: «Прямо сейчас я переживаю и нервничаю из-за того, что нужно подойти к девушке, поскольку боюсь, что не покажусь ей привлекательным».

К: «Я бы сказал, что не привлекательным, а интересным».

П: «Запишите это. Продолжим. Я также переживаю, что она не сможет полюбить меня, так как я не умею показывать любовь и привязанность».

П: «Однако я понимаю, что это запустились мои схемы неуспешности, социальной отчужденности и жестоких стандартов к себе. Они основаны на поведении моей матери, которая отвергала меня, требовала слишком много от ребенка, который не мог удовлетворить ее требования. В действительности... Теперь Вам необходимо продолжить содержание».

К: «В действительности, я мужчина, который способен тонко чувствовать других и может показать свои чувства и быть интересным и привлекательным для многих девушек, которые меня окружают».

П: «Может быть, в скобках мы укажем того, по отношению к кому вы проявляли эти качества?»

К: «Это моя двоюродная сестра. Я всегда находил нужные слова и умел поддержать диалог так, чтобы он был интересным для всех».

П: «А теперь продолжите, добавив фразу «Более того...».

К: «Более того, девушки очень ценят такие качества в мужчине».

П: «Теперь, в конце карточки, мы добавим фразу «Значит, я должен подойти к этой девушке, хоть и переживаю, потому что это единственный»

способ удовлетворить мои эмоциональные потребности». Как вам?

К: «Кажется, что это хорошо. Будто спасательный круг».

Завершение сессии и рефлексия

П: «На этой сессии мы с Вами попробовали создать инструмент, который поможет Вам в сложные жизненные моменты использовать внутренние ресурсы и рациональное мышление для удовлетворения своих эмоциональных потребностей. Расскажите, как Вы себя чувствуете, что полезно Вы можете забрать из сегодняшней встречи?»

К: «Если честно, для меня это был шаг к изменениям к лучшему. Я увидел, что у меня есть возможно сделать свою жизнь лучше».

Таблица 1 – Уровень воздействия негативного и позитивного аффекта у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Н.Э. (в баллах)	П.Э. (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	10	24	Средний
Клиент 2	32	49	Низкий
Клиент 3	16	33	Низкий
Клиент 4	27	45	Средний
Клиент 5	30	29	Средний
Клиент 6	19	34	Средний

Н.Э. – негативный аффект;

П.Э. – позитивный аффект.

Таблица 2 – Уровень диссоциации у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень диссоциации (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	20	Средний
Клиент 2	18	Низкий
Клиент 3	19	Низкий
Клиент 4	11	Средний
Клиент 5	14	Средний
Клиент 6	16	Средний

Таблица 3 – Уровень развития личностной идентичности у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень развития личностной идентичности (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	2	Средний
Клиент 2	2,8	Низкий
Клиент 3	2,6	Низкий
Клиент 4	2,7	Средний
Клиент 5	2,9	Средний
Клиент 6	2,3	Средний

Таблица 4 – Уровень соматизации у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень соматизации (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	0,5	Средний
Клиент 2	0,9	Низкий
Клиент 3	0,2	Низкий
Клиент 4	0,6	Средний
Клиент 5	0,4	Средний
Клиент 6	1	Средний

Таблица 5 – Уровень базисных убеждений у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Уровень базисных убеждений (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	4	Средний
Клиент 2	9	Низкий
Клиент 3	8	Низкий
Клиент 4	5	Средний
Клиент 5	6	Средний
Клиент 6	6	Средний

Таблица 6 – Тип межличностных отношений у молодых людей, имеющих симптомы комплексной психологической травмы (после оказания психологической помощи)

№ п/п	Октанты	Уровень гармоничности поведения (в баллах)	Уровень воздействия комплексной психологической травмы
Клиент 1	Покорно-застенчивый	9	Средний
Клиент 2	Зависимый-послушный	12	Низкий
Клиент 3	Покорно-застенчивый	8	Низкий
Клиент 4	Зависимый-послушный	7	Средний
Клиент 5	Зависимый-послушный	9	Средний
Клиент 6	Покорно-застенчивый	10	Средний

Расчет статистического критерия

Таблица 1 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (негативный аффект)

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	40	10	30	30	4
2	49	12	37	37	6
3	50	16	34	34	5
4	33	9	24	24	1
5	36	11	25	25	2
6	45	19	26	26	3
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{кр} (p=0.01)					19
Т _{кр} (p=0.05)					30

Таблица 2 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (позитивный аффект)

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	12	24	12	12	2
2	21	49	28	28	5
3	16	33	17	17	4
4	11	45	34	34	6
5	20	29	9	9	1
6	18	34	16	16	3
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{кр} (p=0.01)					15
Т _{кр} (p=0.05)					30

Таблица 3 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Шкала диссоциации»

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	74	20	54	54	3
2	83	18	65	65	5
3	78	19	59	59	4
4	61	11	50	50	2
5	59	14	45	45	1
6	92	16	76	76	6
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{кр} (p=0.01)					19
Т _{кр} (p=0.05)					30

Таблица 4 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Исследования личностной идентичности»

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	1,6	2	0.4	0.4	1
2	1,4	2,8	1.4	1.4	4
3	1,9	2,6	0.7	0.7	2
4	0,9	2,7	1.8	1.8	5
5	0,8	2,9	2.1	2.1	6
6	1	2,3	1.3	1.3	3
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{Кр} (p=0.01)					19
Т _{Кр} (p=0.05)					30

Таблица 5 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Тест межличностных отношений»

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	13	9	4	4	3
2	15	12	3	3	1.5
3	16	8	8	8	6
4	14	7	7	7	4.5
5	16	9	7	7	4.5
6	13	10	3	3	1.5
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{Кр} (p=0.01)					19
Т _{Кр} (p=0.05)					30

Таблица 6 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (Т — критерий Вилкоксона) для методики «Симптоматический опросник»

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	1,5	0,5	1	1	2
2	4	0,9	3.1	3.1	5
3	2,6	0,2	2.4	2.4	4
4	3,8	0,6	3.2	3.2	6
5	2,7	0,4	2.3	2.3	3
6	1,9	1	0.9	0.9	1
Сумма рангов нетипичных сдвигов (Т _{Эмп}):					21
Т _{Кр} (p=0.01)					19
Т _{Кр} (p=0.05)					30

Таблица 7 – Промежуточные результаты статистического сравнения данных испытуемых (T — критерий Вилкоксона) для методики «Шкала базисных убеждений»

№	До	После	Сдвиг	Абсолютное значение сдвига	Ранговый номер сдвига
1	1	4	3	3	2.5
2	2	9	7	7	6
3	2	8	6	6	5
4	3	5	2	2	1
5	2	6	4	4	4
6	3	6	3	3	2.5
Сумма рангов нетипичных сдвигов (T _{Эмп}):					21
T _{кр} (p=0.01)					19
T _{кр} (p=0.05)					30