

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

Факультет начальных классов
 Кафедра педагогики и психологии начального образования

Захарченко Олег Владимирович

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

ТЕМА: Психологическое консультирование с применением метода ДПДГ как
 средство помощи клиентам с неблагоприятным детским опытом

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы:

Мастерство психологического консультирования

ДОПУЩЕН К ЗАЩИТЕ:

Заведующая кафедрой

к.пс.н., доцент Месник Н.Д.

(ученое звание, научное звание, фамилия, имя, отчество)

28.11.2025 Печать

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы:
 к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученое звание, научное звание, фамилия, имя, отчество)

28.11.2025 Печать

(дата, подпись)

Научный руководитель:

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученое звание, научное звание, фамилия, имя, отчество)

28.11.2025 Печать

(дата, подпись)

Обучающийся: Захарченко О. В.

(фамилия, имя, отчество)

28.11.25 Печать

(дата, подпись)

Захарченко О. В.

Красноярск, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	4
Введение.....	10
Глава 1. Теоретические основы применения метода ДПДГ в индивидуальном консультировании взрослых с психотравмой вследствие неблагоприятного детского опыта.....	17
1.1. Психотравма как системное нарушение: этиология, нейробиология и долгосрочные последствия. Концепции психотравмы в психологии и их эволюции.....	17
1.2. Неблагоприятный детский опыт (НДО) как этиологический фактор комплексной психотравмы взрослых. Концептуализация и классификация НДО.....	36
1.3. Теоретическая модель и базовые принципы ДПДГ. Возможности применения метода ДПДГ в индивидуальном консультировании клиентов с НДО.....	45
Выводы по Главе 1.....	56
Глава 2. Экспериментальное исследование эффективности психологической помощи взрослым с психотравмой в рамках индивидуального консультирования с применением метода ДПДГ.....	58
2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	58
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента с применением метода ДПДГ в процессе психологического консультирования взрослых с психотравмой.....	88
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение.....	101
Выводы по Главе 2.....	130
Заключение.....	133

Список используемых источников.....	139
Приложения.....	150

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Психологическое консультирование с применением метода ДПДГ как средство помощи клиентам с неблагоприятным детским опытом».

Объем – 198 страниц, включая 33 рисунка, 5 таблиц, 4 приложения. Количество использованных источников – 90.

Цель исследования — теоретически обосновать и экспериментально доказать эффективность метода ДПДГ в индивидуальном психологическом консультировании взрослых лиц с последствиями психологической травмы, обусловленной неблагоприятным детским опытом (НДО).

Объект исследования — процесс снижения выраженности негативных последствий психотравмы, полученной вследствие НДО, у взрослых.

Предмет исследования — индивидуальное психологическое консультирование с применением метода ДПДГ как средство снижения выраженности негативных последствий НДО у взрослых.

Гипотеза исследования: процесс снижения выраженности негативных последствий НДО у взрослых будет результативным, если:

- 1) будет организовано индивидуальное психологическое консультирование, интегрирующее метод ДПДГ;
- 2) психологическая работа будет направлена на снижение выраженности негативных проявлений психотравмы во всех четырех сферах функционирования (физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой);
- 3) протоколы ДПДГ будут применяться с учетом степени травматизации клиента.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили:

- Руководствовались концепцией психотравмы и НДО, опираясь на

работы В. Фелитти, Р. Анда, Б. ван дер Колка, П. Левина;

- Отечественные подходы на теорию отношений, психологию переживаний психическую дезадаптацию(В.Н. Мясищев, Ф.Е. Василюк, Ю.Л. Александровский);

- Общие теоретические положения об адаптационной проблематике (А.А. Реан, А.И. Хаустова, А.А. Началджян, А.В. Сиомичев, Л.Л. Шпак, Н.А. Заруба и др.), также были использованы основополагающие труды, посвященные проблеме адаптации (З. Фрейд, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, К. Роджерс, В. Франкл и др.);

- Положения об адаптации персонала в рабочей среде (А.Я. Кибанов, О.А. Горленко, О.А. Лапшова, Н.В. Володина, И.Б. Дураковой и др.);

- Теоретические положения о психологическом консультировании (Ю.Е. Алешина, К. Роджерс, А.Э. Бек и др.);

- Положения о теории метода ДПДГ — модель адаптивной переработки информации (АПИ) Ф. Шапиро.

В работе были применены следующие **методы исследования:**

1. Теоретические – анализ, синтез, обобщение научной литературы по проблеме исследования.

2. Эмпирические – опрос, тестирование, эксперимент (индивидуальное консультирование).

3. Статистические – методы математической обработки (Т-критерий Вилкоксона).

Апробация диссертации происходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций на базе частной психологической практики магистранта.

В результате проведенного исследования были достигнуты следующие результаты:

1. Систематизированы взгляды ученых на проблему неблагоприятного

детского опыта.

2. Подобран специфический диагностический комплекс для изучения последствий психотравмы, которая получена в результате неблагоприятного детского опыта. Выявлены и описаны особенности проявления психотравмы у взрослых. Определены основные пути понижения уровня последствий психотравмы у взрослых. Представлена форма работы: индивидуальные консультации с применением метода ДПДГ.

3. Описаны методические основы индивидуального консультирования в рамках формирующего эксперимента, приведены кейсы работ с применением метода ДПДГ. Формирующий эксперимент апробирован на практике.

4. Прослежены изменения в уровне выраженности последствий психотравмы у взрослых до и после проведения индивидуальных консультаций формирующего эксперимента.

Таким образом, достигнута основная цель исследования, заключающаяся в теоретическом обосновании и экспериментальном подтверждении эффективности применения метода ДПДГ в процессе индивидуального консультирования взрослых с последствиями психотравмы, полученной в результате неблагоприятного детского опыта. Прослежены значительные положительные изменения у участников консультаций, что подтвердило эффективность индивидуальных консультаций.

Результаты исследования имеют теоретическую значимость, которая состоит в обобщении теоретических подходов психологического консультирования и применения метода ДПДГ с целью создания и проведения консультативных сессий, как возможного способа улучшения состояния после полученной психотравмы, вследствие неблагоприятного детского опыта.

Практическое значение исследования состоит в проведении индивидуальных консультаций, направленных на понижение негативных последствий психотравмы. Существенной практической значимостью также

является то, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе психологов консультативных центров.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение высказанной гипотезы: метод ДПДГ в целях понижения негативного влияния последствий психотравмы у взрослых будет эффективен.

Abstract

A dissertation for a Master's degree in Psychology and Pedagogical Education: "Psychological Counseling Using the EMDR Method as a Means of Helping Clients with Adverse Childhood Experiences."

Length: 198 pages, including 33 figures, 5 tables, and 4 appendices. Number of references: 90.

The aim of the study is to theoretically substantiate and experimentally prove the effectiveness of the EMDR method in individual psychological counseling of adults with the consequences of psychological trauma caused by adverse childhood experiences (ACEs).

The object of the study is the process of reducing the severity of the negative consequences of psychological trauma resulting from ACEs in adults.

The subject of the study is individual psychological counseling using the EMDR method as a means of reducing the severity of the negative consequences of ACEs in adults.

Research hypothesis: Reducing the severity of the negative consequences of ACEs in adults will be effective if:

1) individual psychological counseling integrating the EMDR method is organized;

2) Psychological work will be aimed at reducing the severity of negative manifestations of psychological trauma in all four areas of functioning (physical,

emotional, cognitive, and behavioral);

3) EMDR protocols will be applied based on the client's degree of trauma.

- We were guided by the concept of psychotrauma and NDO, based on the works of V. Felitti, R. Anda, B. van der Kolk, P. Levin;

- Russian approaches to the theory of relationships, the psychology of experiences and mental maladjustment (V.N. Myasishchev, F.E. Vasilyuk, Yu.L. Alexandrovsky);

- General theoretical provisions on adaptation issues (A.A. Rean, A.I. Khaustova, A.A. Nachaldjian, A.V. Siomichev, L.L. Shpak, N.A. Zaruba, etc.), fundamental works on the problem of adaptation were also used (Z. Freud, E. Erickson, J. Piaget, K. Rogers, V. Frankl et al.);

- Provisions on staff adaptation in the working environment (A.Ya. Kibanov, O.A. Gorlenko, O.A. Lapshova, N.V. Volodina, I.B. Durakova, etc.);

- Theoretical provisions on psychological counseling (Yu.E. Alyoshina, K. Rogers, A.E. Beck, etc.);

- Provisions on the theory of the DPDG method — F. Shapiro's model of adaptive information processing (API).

The following research methods were used in the study: analysis of psychological and pedagogical literature, testing, survey methods, interviews, the EMDR method, and experimentation (individual psychological consultations). The dissertation was tested during the organization and implementation of individual consultations at the master's student's private psychological practice.

The following results were achieved as a result of the study:

1. Researchers' views on the problem of adverse childhood experiences were systematized.

2. A specific diagnostic tool was developed to study the consequences of psychological trauma resulting from adverse childhood experiences. The characteristics of psychological trauma in adults were identified and described. The

main ways to reduce the effects of psychological trauma in adults were determined. The study presented the format of individual consultations using the EMDR method.

3. The methodological principles of individual counseling within the framework of a formative experiment are described, and case studies using the EMDR method are presented. The formative experiment was tested in practice.

4. Changes in the severity of the consequences of psychological trauma in adults were tracked before and after the individual consultations within the formative experiment.

Thus, the primary goal of the study, which was to theoretically substantiate and experimentally confirm the effectiveness of the EMDR method in individual counseling of adults suffering from the consequences of psychological trauma resulting from adverse childhood experiences, was achieved. Significant positive changes were observed in the participants, confirming the effectiveness of individual consultations.

The study's results have theoretical significance, as they generalize theoretical approaches to psychological counseling and the application of the EMDR method for the purpose of creating and conducting counseling sessions as a possible way to improve the condition of those suffering from psychological trauma resulting from adverse childhood experiences.

The practical significance of the study lies in the possibility of conducting individual consultations aimed at reducing the negative consequences of psychological trauma. Of significant practical significance is also the fact that the theoretical and practical material obtained can be used in the work of psychologists at counseling centers.

The result of our research at this stage is the confirmation of the stated hypothesis: the EMDR method will be effective in reducing the negative impact of psychological trauma in adults.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психологической травмы, особенно сформированной вследствие неблагоприятного детского опыта (НДО), представляет собой одну из наиболее значимых и социально-деструктивных проблем современной психологии и здравоохранения. Масштабные эпидемиологические исследования, инициированные Фелитти и Анда (Felitti & Anda, 1998), убедительно демонстрируют прямую дозозависимую связь между количеством категорий НДО (физическое, эмоциональное, сексуальное насилие, пренебрежение, семейная дисфункция) и риском развития, во взрослом возрасте, тяжелых психических расстройств: ПТСР, депрессия, тревога, пограничное расстройство личности, хронических соматических заболеваний, аддиктивного поведения, социальной дезадаптации и снижения экономической продуктивности. Нейробиологические исследования подтверждают, что НДО вызывает стойкие структурно-функциональные изменения мозга (гиппокамп, миндалевидное тело, префронтальная кора, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (ГГН-ось)), формируя основу для долгосрочной дезадаптации на физическом, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Несмотря на признанную тяжесть последствий НДО, дефицит доступных и высокоэффективных методов психологической помощи взрослым, с данным типом комплексной травмы развития, остается существенной проблемой. Традиционные подходы (включая классическую КПТ) могут быть недостаточно эффективны или плохо переносимы данной категорией клиентов из-за выраженности избегания, диссоциации, эмоциональной дисрегуляции и соматизации.

В этом контексте, метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ/EMDR), рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2013) наравне с когнитивно-поведенческой терапией

для лечения ПТСР, представляет собой перспективное направление. Основанный на модели адаптивной переработки информации (АПИ), метод ДПДГ фокусируется на прямом воздействии на дисфункционально хранящиеся травматические воспоминания — ключевое звено патогенеза последствий НДО. Его структурированный протокол, включающий билатеральную стимуляцию (БЛС), позволяет работать с травмой без необходимости детального вербального описания и «домашних заданий», что минимизирует риск ретравматизации и повышает приемлемость для клиентов с психотравмой, полученной вследствие НДО. Хотя эффективность ДПДГ при ПТСР подтверждена многочисленными рандомизированными контролируемыми исследованиями (РКИ) и мета-анализами, его применение специфически для коррекции многоуровневых последствий НДО у взрослых в условиях индивидуального консультирования в России требует дополнительной эмпирической верификации. Недостаточно изучена динамика изменений во всех четырех ключевых сферах функционирования (физическая, эмоциональная, когнитивная, поведенческая) под влиянием ДПДГ-терапии, а также отсутствуют адаптированные протоколы для работы со сложной травмой развития в отечественной практике. Это определяет научную и практическую актуальность настоящего исследования.

Теоретические основы психотравмы, включая последствия НДО, глубоко разработаны в трудах зарубежных (Brewin, Herman, Van der Kolk, Perry) и отечественных исследователей (В.Н. Мясищев, Ф.Е. Василюк, М.А. Падун). Концепция НДО и его влияния на здоровье детально обоснована в работах Фелитти, Анда и их последователей. Метод ДПДГ, как самостоятельное направление психотерапии с прочной теоретической базой (модель АПИ) и стандартизованным протоколом, разработан Ф. Шapiro и широко представлен в международных исследованиях (Shapiro, Solomon, Maxfield). Доказательная база эффективности ДПДГ при ПТСР и родственных

состояниях, является одной из наиболее ясной в психотерапии, что отражено в рекомендациях ВОЗ, Американской Психиатрической Ассоциации (APA) и других авторитетных организаций. Однако, несмотря на обширную литературу по каждому из этих направлений в отдельности, комплексных эмпирических исследований, оценивающих эффективность ДПДГ именно в коррекции многоаспектных последствий НДО у взрослых в рамках индивидуального консультирования, с применением комплексного диагностического инструментария, охватывающего все сферы функционирования, в российской выборке, недостаточно. Существующие работы часто фокусируются на отдельных симптомах (например, только на ПТСР или депрессии) или не учитывают специфику травмы развития.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально доказать эффективность метода ДПДГ в индивидуальном психологическом консультировании взрослых лиц с последствиями психологической травмы, обусловленной неблагоприятным детским опытом (НДО).

Объект исследования: процесс снижения выраженности негативных последствий психотравмы, полученной вследствие НДО, у взрослых.

Предмет исследования: индивидуальное психологическое консультирование с применением метода ДПДГ как средство снижения выраженности негативных последствий НДО у взрослых.

Гипотеза исследования: процесс снижения выраженности негативных последствий НДО у взрослых будет результативным, если:

- 1) будет организовано индивидуальное психологическое консультирование, интегрирующее метод ДПДГ;
- 2) психологическая работа будет направлена на снижение выраженности негативных проявлений психотравмы во всех четырех сферах функционирования (физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой);

3) протоколы ДПДГ будут применяться с учетом степени травматизации клиента.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ современных научных представлений о природе психотравмы, этиологии и последствиях неблагоприятного детского опыта (НДО) у взрослых, а также о теоретических основах и доказательной базе метода ДПДГ.

2. Разработать программу исследования, включающую комплекс валидных и надежных психодиагностических методик, для оценки выраженности последствий НДО в физической, эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

3. Провести констатирующий эксперимент для диагностики исходного уровня проявлений последствий психотравмы у взрослых с НДО и формирования экспериментальной группы.

4. Разработать и апробировать программу индивидуального психологического консультирования с применением метода ДПДГ, направленную на снижение выраженности последствий НДО у взрослых.

5. Проследить динамику показателей выраженности последствий психотравмы после прохождения курса ДПДГ-консультирования.

6. Проверить гипотезу исследования с помощью методов математической статистики.

7. Сформулировать выводы об эффективности применения метода ДПДГ в индивидуальном консультировании взрослых с последствиями НДО.

Методы и методики исследования:

Теоретические методы включали в себя: анализ, синтез, обобщение, систематизация научной литературы по проблеме исследования.

Эмпирические: психологический эксперимент (констатирующий, формирующий, контрольный); психодиагностика.

Психодиагностический инструментарий, включал в себя широкий спектр тестов, шкал и опросников для оценки тяжести НДО: опросник неблагоприятного детского опыта (ACE), опросник психосоматических симптомов (PHQ-15), шкалу вегетативных нарушений А.М. Вейна, госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), опросник трудностей регуляции эмоций (DERS), опросник эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А.Ю. Разваляевой, шкалу дисфункциональных установок (DAS), шкалу влияния травматического события - пересмотренную (IES-R, подшкала Избегания), опросник копинг-стратегий (WCQ/ЛОБИ, шкалы Конfrontация и Бегство-Избегание).

В качестве статистических методов использовали описательную статистику, Т-критерий Вилкоксона, корреляционный анализ (с использованием программного пакета SPSS Statistics).

Теоретико-методологическая основа исследования:

- Руководствовались концепцией психотравмы и НДО, опираясь на работы В. Фелитти, Р. Анда, Б. ван дер Колка, П. Левина;
- Отечественные подходы на теорию отношений, психологию переживаний психическую дезадаптацию (В.Н. Мясищев, Ф.Е. Василюк, Ю.Л. Александровский);
- Общие теоретические положения об адаптационной проблематике (А.А. Реан, А.И. Хаустова, А.А. Началджян, А.В. Сиомичев, Л.Л. Шпак, Н.А. Заруба и др.), также были использованы основополагающие труды, посвященные проблеме адаптации (З. Фрейд, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, К. Роджерс, В. Франкл и др.);
- Положения об адаптации персонала в рабочей среде (А.Я. Кибанов, О.А. Горленко, О.А. Лапшова, Н.В. Володина, И.Б. Дураковой и др.);
- Теоретические положения о психологическом консультировании (Ю.Е. Алешина, К. Роджерс, А.Э. Бек и др.);

- Положения о теории метода ДПДГ — модель адаптивной переработки информации (АПИ) Ф. Шапиро.

Экспериментальная база исследования: частная психологическая практика магистранта с 15.05.2025 г. по 01.09.2025 г. Все процедуры исследования соответствовали этическим принципам кодекса Российского психологического сообщества и профессиональных стандартов «Психолог в социальной сфере» и «Психолог-консультант». Участники предоставляли информированное согласие. В исследовании приняли участие 46 человек в возрасте от 23 до 63 лет.

Апробация результатов исследования происходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций на базе частной психологической практики магистранта. Всего было проведено 59 индивидуальных консультаций. По теме исследования имеются две публикации.

Научная новизна исследования:

1. Исследование фокусируется исключительно на эффективности метода ДПДГ для снижения выраженности последствий комплексной травмы развития (НДО) у взрослых в условиях индивидуального консультирования.

2. Впервые в отечественном исследовании применен всесторонний диагностический комплекс, объективно оценивающий динамику последствий НДО одновременно в четырех взаимосвязанных сферах функционирования (физическая, эмоциональная, когнитивная, поведенческая) до и после ДПДГ-терапии.

3. Получены эмпирические данные, подтверждающие эффективность стандартизированного протокола ДПДГ для работы с последствиями НДО у взрослых в российском культурном контексте.

4. Результаты исследования вносят вклад в понимание динамики изменений разных аспектов психоэмоционального состояния под влиянием ДПДГ при работе со сложной травмой.

Теоретическая значимость диссертации:

Расширяет теоретические представления о возможностях и механизмах воздействия метода ДПДГ при коррекции многоуровневых последствий комплексной психологической травмы, обусловленной НДО.

Систематизирует и углубляет знания о взаимосвязи между тяжестью НДО и спецификой проявлений его последствий в различных сферах функционирования взрослого человека.

Подтверждает на эмпирическом уровне применимость ключевых положений модели адаптивной переработки информации (АПИ) Ф. Шапиро к работе с травмой развития.

Практическая значимость:

1. Для психологов-практиков: разработанная и апробированная программа ДПДГ-консультирования может быть непосредственно внедрена в работу психологов, психотерапевтов и консультантов, специализирующихся на помощи взрослым с последствиями детской травмы. Предложенный диагностический комплекс предоставляет инструмент для комплексной оценки состояния клиента и динамики терапии.

2. Для системы психологической помощи: результаты исследования обосновывают целесообразность включения метода ДПДГ в программы реабилитации и психологической поддержки взрослых, переживших НДО, в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и кризисных центрах.

3. Для профилактики: доказательство эффективности ДПДГ в работе с последствиями НДО подчеркивает важность раннего выявления и психологической помощи жертвам жестокого обращения и пренебрежения в детстве для предотвращения тяжелых долгосрочных последствий.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы (90 источников, в том числе 27 на иностранных языках) и приложений. Общий объем диссертации составляет 198 страниц.

Глава 1. Теоретические основы применения метода ДПДГ в индивидуальном консультировании взрослых с психотравмой вследствие неблагоприятного детского опыта

1.1. Психотравма как системное нарушение: этиология, нейробиология и долгосрочные последствия. Концепции психотравмы в психологии и их эволюции

Несмотря на значительный объем научных изысканий, психологическая травма продолжает оставаться концепцией, не имеющей единого операционализированного определения в рамках психологической науки. Психиатрическая и психологическая литература оперирует множеством смежных понятий: «психотравма», «психогения», «стресс», «невроз», отражающих различные аспекты данного феномена. В наиболее обобщенном виде травма определяется как комплексное нарушение психического гомеостаза, возникающее при воздействии событий, превышающих адаптационный потенциал индивида и характеризующихся угрозой физической или психологической целостности, либо переживанием экзистенциальной беспомощности[4, 11].

Эволюция понимания психической травмы демонстрирует парадигмальные сдвиги в психологической науке:

В конце XIX века, А. Ойленбургом (1878) вводится термин «психическая травма» как следствия экзогенных воздействий. Работы З. Фрейда и Й. Брейера актуализировали роль субъективного переживания и значение неотреагированных воспоминаний в генезе истерической симптоматики (катартический метод) [14].

В середине XX века, исследование последствий Холокоста (Г. Кристал, Б. Беттельхайм) способствовало формированию концепции трансгенерационной

травмы [19].

80-е годы, происходит формализация диагноза Посттравматического Стрессового Расстройства (ПТСР) в DSM-III [20], что выделило травму в самостоятельную психопатологическую категорию, основанную на критерии конкретного стрессора. На современном этапе, очевидно, происходит интеграция мультидисциплинарных подходов. Когнитивные модели, указывают на теорию двойной репрезентации (Brewin et al., 1996) [23] и объясняют навязчивость травмы раздельным хранением вербально доступных (сознательные нарративы) и ситуационно доступных (сенсорно-эмоциональные фрагменты) воспоминаний. Нейробиологической наукой, доказаны структурно-функциональные изменения в ключевых областях мозга: гиперактивация миндалевидного тела (страх, гипервозбуждение), снижение объема и функции гиппокампа (нарушения памяти, интеграции опыта), дисфункция префронтальной коры (нарушение регуляции эмоций, когнитивного контроля) [24,25]. Дисбаланс нейротрансмиттеров (норадреналин, кортизол, серотонин) лежит в основе симптомов тревоги, депрессии, гипервозбуждения [28].

В телесно-ориентированном подходе (TOT), рассматривается концепция В. Райха о «мышечном панцире» как соматизации непрожитых эмоций и вытесненных травматических воспоминаний. Представитель Кельнской школы психотравматологии, основатель «Немецкого института психотравматологии» — Готтфрид Фишер обозначает психическую травму как прерванное действие. Человек, который попал в сложную жизненную ситуацию, пытается преодолеть или избежать травмирующее событие, но внешнее воздействие витального характера становится неизбежным и угрожающим жизни. Действия человека, в угрожающей ситуации, по внешним или внутренним причинам, прерываются и теряют свою реалистичность, что делает спасение невозможным. Психическая нагрузка в момент катастрофического, для человека, события сочетается с невозможностью преодолеть эту ситуацию ни борьбой, ни бегством.

Происходит мобилизация внутренних сил, которые не могут найти выход, но борьба продолжается внутри человека [27].

Современный этап, характеризуется интеграцией мультидисциплинарных подходов. Когнитивные модели (Brewin et al., 1996) [20] предлагают теорию двойной презентации, объясняющую интрузивную симптоматику диссоциативным хранением вербально-доступных (сознательные нарративы) и ситуационно-доступных (сенсорно-эффективные фрагменты) воспоминаний.

Современные нейронауки выявили структурно-функциональные изменения при травме:

- Гиперактивация амигдалы (гипервозбуждение)
- Редукция объема и функции гиппокампа (нарушения консолидации памяти)
- Дисфункция префронтальной коры (дефицит эмоциональной регуляции)
- Дисбаланс нейротрансмиттерных систем (норадреналин, кортизол, серотонин) [21,22].

Среди наиболее значимых отечественных исследователей психотравмы и ее последствий, можно выделить публикации работ таких ученых, как В.Н. Мясищев, С.Д. Семенов, Н.Ф. Дементьева, Н.Д. Лакосина, Н.И. Погибко, М.Э. Телешевская, Г.К. Ушаков, Ю.А. Ильинский, Г.В. Морозов, Б.А. Воскресенский, В.Е. Пелипас, Т.Б. Дмитриева, И.А. Козлова, М.И. Буянов, В.Д. Менделевич, Ц.П. Короленко, Е.Н. Загоруйко. Под **психической травмой** понимается информационный удар, в результате которого интегративные механизмы психики насильственно прерываются, нарушается ее системность, существенно расстраивается адаптация. Также **психотравма** определяется, как психогенный удар, который характеризуется чрезвычайностью, остротой, неожиданностью, внезапностью, непонятностью и который сопровождается аффективными расстройствами. Теоретико-методологические подходы, представленные трудами В.Н. Мясищева, рассматривают травму, как

деформацию сложившейся системы отношений личности, которая приводит к нарушению ее целостности и формированию психогенных расстройств [30].

В своих трудах Ф.Е. Василюк предлагает взгляд на травму не просто как на негативное событие, а как на кризис смысла, который разрушает привычную картину мира человека и требует его экзистенциальной перестройки. В своей теории переживания он предлагает путь преодоления таких кризисов, который включает переосмысление жизненных ценностей и поиск нового смысла [34].

Советский и российский психиатр Ю.Л. Александровский, разработал концепцию психической дезадаптации, в которой травма играет ключевую роль. В его подходе психическая дезадаптация рассматривается не только как следствие патологических изменений, но и как срыв механизмов психической адаптации человека к изменяющимся условиям среды [35].

Значительный вклад в изучение психотравмы внес А.А. Кибитов, который предложил русскоязычную адаптацию Международного опросника травмы (ITQ), для диагностики комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) в соответствии с критериями МКБ-11. Результаты исследования показали, что опросник имеет приемлемые психометрические свойства для использования в русскоязычной среде[33].

На наш взгляд, представляют интерес парадигмальные подходы к концептуализации психологической травмы в различных психологических школах. В рамках когнитивно-поведенческого подхода психологическая травма интерпретируется как результат нарушения базовых когнитивных схем, формирующих представления о безопасности, контроле и предсказуемости окружающего мира. Согласно данной парадигме, травматическое событие провоцирует развитие устойчивых дисфункциональных убеждений («Я уязвим», «Мир опасен», «Я не заслуживаю безопасности»), которые детерминируют возникновение дезадаптивных поведенческих паттернов.

Специализированные терапевтические протоколы, в частности травма-

фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (TF-CBT), направлены на:

- Идентификацию и реструктуризацию травматических когнитивных схем;
- Поэтапную десенсибилизацию к травматическим воспоминаниям;
- Формирование адаптивных копинг-стратегий;
- Восстановление чувства личной эффективности и контроля.

Психоаналитическое понимание травмы претерпело значительную эволюцию — от первоначальной фрейдовской концепции актуальной травмы как реального события до современных представлений о структурной диссоциации личности. В классическом психоанализе травма понимается как:

- столкновение с непереносимым аффектом, превышающим возможности психики;
- нарушение механизмов психической обработки переживаний;
- формирование зон вытеснения и диссоциации;
- активизация архаических защитных механизмов.

Современная психодинамика акцентирует внимание на:

- диссоциативном расщеплении Эго-структур;
- нарушениях аффективной регуляции;
- трансгенерационной передаче травматического опыта;
- роли отношений привязанности в патогенезе травматических нарушений.

Современная психотравматология демонстрирует тенденцию к интеграции различных теоретических подходов, что позволяет рассматривать психологическую травму как многомерный феномен, включающий:

- нейробиологические изменения в структурах мозга;
- дисфункцию системы саморегуляции;
- нарушения интерперсонального функционирования;
- экзистенциальный кризис смысла.

Такой интегративный подход создает основу для разработки комплексных терапевтических стратегий, учитывающих многоуровневую природу травматических нарушений.

Современное понимание психологической травмы интегрирует достижения различных научных парадигм, от классического психоанализа до нейробиологии. Мультидисциплинарный анализ позволяет рассматривать травму как сложный биopsихосоциальный феномен, требующий комплексного подхода к диагностике и коррекции. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку интегративных моделей, учитывающих как объективные нейробиологические корреляты, так и субъективное переживание травматического опыта.

Наше исследование учитывает положения классического психоанализа, в частности, концепцию З. Фрейда о возникновении психической травмы в условиях «непереносимой ситуации», порождающей конфликт из-за «неприемлемых импульсов». Кроме того, методологическую основу составляет теория Ф. Руперт, постулирующая, что травматический опыт приводит к структурному расщеплению личности на три функциональные подсистемы: адаптивно-выживальную, диссоциированную и витальную. В предложенной модели каждая подсистема выполняет свою специфическую роль:

1. Адаптивно-выживальная часть. Данная часть формируется как непосредственный ответ на травмирующие обстоятельства. Ее функционал представляет собой спектр компенсаторных и защитных стратегий, полярных по своему проявлению: от состояния выученной беспомощности и тотальной конформности (желание нравиться со всем) до демонстративной гиперактивности и полного отказа от построения близких отношений. Эта часть обеспечивает витальное функционирование индивида в посттравматической реальности.

2. Диссоциированная часть. Эта подсистема репрезентирует те

личностные качества, эмоции и поведенческие паттерны, которые оказались несовместимы с травматическим контекстом и потому подверглись дезактуализации или изоляции. В зависимости от природы травмы, в «замороженном» состоянии могут оказаться лидерские способности (если инициатива наказывалась), здоровая настойчивость, уверенность в себе, способность к самоподдержке, а также весь спектр агрессии — от способности отстаивать границы до конструктивного гнева. К этим отсеченным аспектам формируется крайне негативное отношение: они критикуются, обесцениваются и воспринимаются как внутренний враг, с которым необходимо бороться.

3. Витальная часть, которая является носителем подлинных потребностей и глубинной боли личности. Именно она инициирует страдание от внутреннего дисбаланса и, как правило, мотивирует человека обратиться за психологической помощью. Парадокс консультативного процесса заключается в том, что на первую консультацию приходит именно адаптивно-выживальная часть, которая оказывает сильнейшее сопротивление. Для нее интеграция диссоциированных аспектов представляет собой экзистенциальную угрозу, так как в исходной травматической ситуации проявление этих качеств было смертельно опасно. Сурвивальное «Я» функционирует в убеждении, что в отщепленных частях не содержится ничего ценного или безопасного, и потому саботирует процесс восстановления целостности.

Психотравма формирует сложный комплекс последствий, затрагивающий психофизиологический и личностный уровни. Помимо прямой угрозы жизни, систематическая травматизация, детерминирует развитие стойких психосоматических расстройств, нарушений сна и хронического психофизиологического истощения [Sanchez, 2012]. В структуре психических нарушений доминируют аффективная патология в виде депрессивных эпизодов, устойчивое снижение самооценки, клинически значимый психологический дистресс, а также симптомокомплекс

посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). ПТСР выступает одним из наиболее дезадаптирующих исходов травматизации, характеризующимся интрузивной симптоматикой (навязчивые воспоминания, кошмары, флешбэки), избеганием травматических триггеров, негативными изменениями когниций и настроения, а также стойкой гипервозбужденностью нервной системы. Хотя, по данным Национального центра посттравматических стрессов, травматический опыт в течение жизни переживают около 50% женщин и 60% мужчин, манифестация ПТСР наблюдается лишь у 7-8% из них. Несмотря на относительную редкость диагноза, ПТСР представляет собой тяжелое, часто стигматизированное и недостаточно распознаваемое состояние, приводящее к значительной деградации качества жизни во всех ее сферах.

Генезис современных взглядов на взаимосвязь травмы и психического здоровья восходит к трудам французского невролога Жана Мартина Шарко, который в конце XIX века впервые системно описал и начал лечить женщин с последствиями психотравмы, интерпретировавшимися в рамках диагностической категории «истерии» (Бедерханова, 2019). Его ученик, Пьер Жане, углубил это направление, выдвинув революционную для своего времени концепцию о том, что интенсивные травматические переживания не могут быть интегрированы в обычное сознание и приводят к явлению структурной диссоциации. Жане эмпирически наблюдал и описал, как непереработанные травматические воспоминания, отщепленные от основной личности, продолжают детерминировать поведение, аффективные реакции и личностное развитие его пациентов (Бедерханова, 2019; Белова, 2020), заложив тем самым фундамент современной психотравматологии.

Современные данные подтверждают, что ключевым звеном в патогенезе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), развивающегося вследствие психотравмы, выступает стойкая дисрегуляция нейроэндокринной системы. Подобно другим интенсивным стрессорам, переживание

систематического насилия, особенно в раннем детском возрасте, запускает каскадную активацию системы биологического стресса, центральным компонентом которой является гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (ГГНО). В условиях острой угрозы активация ГГНО и последующий выброс кортизола являются адаптивной реакцией, направленной на мобилизацию энергетических ресурсов, модуляцию метаболизма и оптимизацию нервных функций для обеспечения выживания (Бостанова, 2018). Однако хроническая психотравма, приводит к пролонгированной и хаотичной активности ГГНО. Длительная гиперстимуляция этой системы вызывает ее функциональное истощение и алlostатическую нагрузку — кумулятивный износ организма.

Это проявляется в виде:

1. Нарушения гомеостаза: стойкие сдвиги в физиологических функциях, подавление иммунного ответа и воспалительные процессы.
2. Нейробиологические изменения: дисрегуляция кортизола (чаще его хронически низкий уровень при ПТСР, что свидетельствует о декомпенсации системы) нарушает консолидацию и реконсолидацию памяти.
3. Формирование психопатологии: Указанные нейроэндокринные сбои создают биологический фундамент для развития ядра симптомов ПТСР, которое можно рассматривать, как следствие неспособности нервной системы адекватно завершить реакцию на стресс и вернуться к гомеостазу.

Таким образом, ПТСР представляет собой не только психологический феномен, но и глубокое биологическое расстройство, в основе которого лежит срыв механизмов нейроэндокринной адаптации к хронической угрозе.

Диагностические критерии ПТСР включают воздействие экстремального травматического стрессора (переживание, наблюдение или узнавание о реальной или угрожающей смерти, серьезной травме или угрозе физической неприкосновенности себя или других) и реагирование сильным страхом, беспомощностью или ужасом. Эти категории включают постоянное:

а) повторное переживание:

- повторяющиеся сновидения, воспоминания;
- интенсивные физические и эмоциональные реакции на триггеры

(напоминания) травматических событий.

б) избегание и онемение:

– избегание всего, что напоминает человеку об этих переживаниях или ощущении онемения, замкнутости или эмоционального напряжения.

в) симптомы повышенного физиологического возбуждения, которые влияют на сон и концентрацию внимания.

Для установления диагноза необходимо сохранение симптоматики продолжительностью более одного месяца при условии, что симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушение функционирования в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности.

Таблица 1. – Сравнительный анализ подходов к психотравме

Подход/Направление	Ключевые авторы/Концепции	Основной фокус работы с травмой
Когнитивно-поведенческий (КПТ)	Аарон Бек, Альберт Эллис	Выявление и изменение дезадаптивных мыслей, убеждений и моделей поведения, вызванных травмой.
Психодинамический и психоаналитический	Зигмунд Фрейд, Отто Кернберг, Жак Лакан	Исследование бессознательных конфликтов, вытесненных воспоминаний и внутренних психических структур, вызванных травмой.
Экзистенциально-гуманистический	Виктор Франкл, Ирвин Ялом, Джеймс Бьюдженталь, Питер Левин	Помощь в обретении смысла в пережитом страдании, конfrontация с экзистенциальными данностями (смерть, свобода, изоляция, бессмысличество), восстановление с внутренним «Я».
Системный и социально-гуманистический	Абрахам Маслоу, Карл Роджерс, Ролло Мэй	Анализ травмы в контексте социальных отношений и групповых ценностей. Восстановление социального статуса и связей пострадавшего.

Окончание таблицы 1

Интегративные	Питер Левин, Френсис Шапиро	Интеграция травматического опыта на уровне тела, психики и нервной системы. Работа с телесными проявлениями и диссоциацией.
---------------	--------------------------------	---

Как уже было сказано выше, психологическая травма, не имеет однозначного определения, и разными школами трактуется по-разному. Это понятие эволюционирует так же, как и психологическая наука в целом.

Классическое определение, в рамках МКБ-11, травма — это воздействие смерти, угрозы смерти, случившейся или угрозы серьезной физической травмы или сексуального насилия. К психологической травме может привести непосредственное переживание события, наблюдение за событием, которое происходит с другим, известие о произошедшем травмирующем событии с близким родственником или значимым человеком, длительно повторяющиеся во времени или экстремальное воздействие отталкивающих деталей события, характерное для людей, связанных с работой или вынужденным нахождением в травматических условиях.

Более широкое психоаналитическое и экзистенциальное определение, говорит о травме как о событии, непосредственно связанном с переживанием беспомощности перед непреодолимой силой, которое разрушает базовое чувство безопасности и доверия к миру и собственную целостность человека, в психологическом смысле. Психика, в ответ на непереносимую травму, разделяет опыт на две части. В результате такого расщепления, одна часть личности, пытается функционировать в повседневной жизни, избегает травматических воспоминаний, ориентируется на выживание в здесь-и-сейчас. Другие — эмоциональные части личности, “застревают” в травме ищаются человеком как переживания, содержащие в себе не переработанные эмоции, когниции, в виде негативного само представления, воспоминания и образы, дискомфортные ощущения в теле, защитные действия, связанные с эмоциями

ужаса, ярости, стыда, вины, отвращения и другими.

Важно упомянуть, что это не раздвоение личности, и не разные личности в одном теле, в поп-культурном смысле, а диссоциированные части единой личности, которые могут быть интегрированы в целостное самовосприятие без работы в терапевтическом союзе с психологом. Задача психолога, создать безопасное пространство терапевтических отношений, где с этими частями не конфронтируют, эти части не убираются или подвергаются попыткам трансформации. Важно помочь вступить этим частям в диалог, достичь интеграции и гармоничного сотрудничества всей системы.

В психоаналитическом подходе, травма рассматривается как неспособность психики переработать чрезмерно сильный аффект, вызванный внешним событием. Этот не переработанный аффект вытесняется в бессознательное, но продолжает воздействовать на психику, вызывая симптомы, с которыми, собственно, клиент и обращается за психологической помощью.

Зигмунд Фрейд, изначально считал травму результатом накопления сексуальной энергии (либидо), которое не может быть разряжено. Позже он отошел от этой идеи и предложил концепцию навязчивого повторения. Человек, бессознательно повторяет травматические сценарии в попытке овладеть ими, перепроиграть травму и на этот раз взять ее под контроль. Травма видится как разрыв защитного щита психики от чрезмерных раздражителей [73].

Пьер Жане, утверждал, что травма сужает поле сознания в психике. Травматические воспоминания не интегрируются в единую личность, а отщепляются (диссоциируются) и сохраняются в изолированных «психологических капсулах» в виде образов, ощущений и эмоций. Эти неинтегрированные воспоминания не могут стать нарративной памятью, когда воспоминания о событиях своей жизни, приобретают вид

последовательногосвязного рассказа. Вместо этого, в повествовании присутствует фрагментация, отсутствие последовательности и сенсорные аспекты. Таким образом, травматические воспоминания продолжают вторгаться в настоящее в виде флешбэков, кошмаров и соматических симптомов [82].

С точки зрения *теории привязанности* (Джон Боулби, Мэри Эйнсворт, Мэри Мэн), травма, происходящая в ключевых отношениях с фигурой привязанности, является наиболее деструктивной. Важно отметить, что она создает в психике ребенка фундаментальный парадокс: источник безопасности одновременно является источником страха. Это делает невозможным выработку здоровой стратегии совладания во взрослой жизни. В результате травмы, когда родитель проявляет пугающее или испуганное поведение, формируется дезорганизационный тип привязанности. Ребенок замирает, диссоциирует, проявляет стереотипное поведение, потому что у него нет стратегии для восстановления контакта. Травма, особенно в отношениях, нарушает способность к ментализации. Человек не может осмыслить свой опыт, что усиливает диссоциацию и импульсивность. Нарушается способность понимать свои и чужие намерения, чувства. Таким образом, межличностная травма нарушает базовые схемы отношений, доверия и саморегуляции. (ПитерФонаги, ЭнтониБейтсон) [66].

В парадигме *когнитивно-поведенческого подхода* (КПТ) **травма** нарушает базовые, довербальные, когнитивные схемы человека о безопасности, доверии, контроле, самооценке и безопасности в близости. Стратегия избегания любых напоминаний о травме, закрепляется поведенчески, что не дает произойти эмоциональной переработке и привыканию.

С точки зрения *теории эмоциональной переработки* (Эдна Фоа), травматические воспоминания хранятся в памяти как «страшные программы» — необработанные комплексы стимулов, реакций и смыслов. Задача терапии

— активировать этот страх в безопасных условиях (экспозиция) и интегрировать новую информацию («Я в безопасности сейчас», «Я смог это пережить») [72].

В когнитивной модели ПТСР (Элерс и Кларк, 2000), симптомы ПТСР персистируют, потому что травма привела к восприятию постоянной угрозы при мыслях о себе, о мире, о будущем. Это восприятие поддерживается дисфункциональной оценкой самой травмы и ее последствий («Я виноват», «Мир абсолютно опасен»); Особым характером травматической памяти (она чрезмерно обобщена сенсорно, но диссоциирована от контекста); Поведенческими и когнитивными стратегиями совладания (избегание, подавление мыслей), которые мешают переработке памяти [71].

Травма, особенно хроническая и в детстве, приводит не к вытеснению, а к структурному разделению (диссоциации) психики на части. Это эволюционно обоснованный механизм: чтобы выжить, необходимо продолжать повседневную жизнь, одновременно справляясь с невыносимой болью и страхом.

На наш взгляд, представляет интерес *теория структурной диссоциации* (ван дер Харт, Нейенхейс, Стил, 2006), которая предлагает модель, объясняющая спектр диссоциативных последствий травмы. Согласно этой теории, «Видимо нормальная часть личности» (НЧЛ) управляет повседневным функционированием и избегает травматических воспоминаний. Она связана с системами действия для выживания в обычной жизни (привязанность, энергосбережение, исследование). «Эмоциональная часть личности» (ЭЧЛ) — «застрявшая» в травме, содержит непереносимые эмоции, телесные ощущения и воспоминания. Эта часть связана с системами действия для выживания в угрожающей ситуации (защита, подчинение, замирание). Различают следующие степени диссоциации этих частей: первичная структурная диссоциация (при ПТСР), в которой наблюдаются одна НЧЛ и одна ЭЧЛ;

вторичная структурная диссоциация (характерно для комплексного ПТСР, пограничного расстройства личности) — одна НЧЛ и несколько ЭЧЛ; третичная структурная диссоциация (Диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ), для которой характерно несколько НЧЛ и несколько ЭЧЛ. Каждая часть имеет более сложную структуру и собственное чувство «Я» [83].

Основной идеей травмы *в телесно-ориентированном подходе*, является наличие травмы не только в психике, но и в теле. Она нарушает нервную систему, приводя к хронической гипер- или гипоактивности. Тело остается в состоянии незавершенного процесса (борьба, бегство, замирание). Бессел ван дер Колк, в своей работе, подчеркивает, что при травме активизируются глубинные подкорковые структуры мозга (амигдала, мозжечок), отвечающие за выживание, в обход префронтальной коры, отвечающей за речь и осмысление. Поэтому травму он рассматривает не как историю о прошлом, а физическое переживание в настоящем [84].

Петер Левин предлагает рассматривать травму, как результат неотреагированной энергии выживания. Задача терапии — мягко завершить эти незавершенные двигательные акты и помочь нервной системе выйти из состояния иммобилизации [75].

Стивен Порджес, в своей *поливагальной теории*, описывает реакцию трех ветвей вегетативной нервной системы на безопасность и угрозу. Он предлагает систему иерархии физиологических состояний: от симпатической реакции "борьба или бегство" до парасимпатической реакции застывания или социальной связи. Поливагальная теория, выделяет три основных ветви автономной нервной системы, которые эволюционно выстраиваются в иерархическом порядке: примитивный рептильный блуждающий нерв, отвечающий за защитные реакции, такие как замирание (иммобилизация) или бездействие при угрозе, симпатическая нервная система, которая активируется в ответ на угрозу, приводя к реакции «бей или беги» (активация организма), и

миелинизированный социальный блуждающий нерв, эволюционно развившийся позже у млекопитающих, и отвечающий за социальное взаимодействие, саморегуляцию и состояние безопасности, позволяя нам быть социальными, творческими и чувствовать себя устойчиво [79].

С точки зрения нейробиологии (Джозеф Леду, Стивен Порджес), травма, как угроза жизни, активирует древние подкорковые структуры мозга (миндалевидное тело, гипоталамус), ответственные за выживание. Это система «бей-беги-замри», которая эволюционно настроена на реакцию именно на смертельную опасность. Важным нюансом, который хотелось бы отметить, является то, что мнимая угроза (например, когда человек считал, что сейчас умрет, хотя объективной опасности не было), нейробиологически и психологически переживается так же, как и реальная. Мозг реагирует на воспринятую угрозу, а не на объективную реальность.

Теория структурной диссоциации (Van дер Харт и др.), объясняет внутриспиритические конфликты, через призму конфликта между «нормальной частью личности (НЧЛ)», которая пытается жить обычной жизнью, и «эмоциональными частями личности (ЭЧЛ)», которые несут в себе непереработанные эмоции и действия (ужас, ярость, боль, беспомощность). НЧЛ хочет забыть и избегать, а ЭЧЛ требуют признания и переработки. Конфликт возникает из-за несовместимости травматического опыта с дотравматическими базовыми убеждениями, что создает когнитивный диссонанс. Анализ внутренних конфликтов показывает, что последствия травмы — это не просто набор симптомов, а динамическая система самоподдерживающихся противоречий. Задача терапии — не просто убрать симптом (например, тревогу), а помочь клиенту разрешить эти фундаментальные внутренние конфликты.

Весьма привлекательным и инновационным, нам кажется связь между психотравмой и «гарантированным чувством выживания» (или

«фиксированным чувством-состоянием (выживания)») — понятиями, которые предлагает *Роберт Миллер*. Согласно логике его теории, травма разрушает естественное «чувство гарантированного выживания». У каждого человека от рождения есть базовое, фундаментальное ощущение, связанное с убеждениями: «мир в целом безопасен» и «я могу выжить в этом мире». Это не осознаваемая мысль, а глубокое, фоновое чувство. Психотравма (особенно полученная в детстве) напрямую атакует и разрушает это базовое чувство безопасности. Мир начинает восприниматься как угрожающий, а сам человек — как уязвимый и не способный обеспечить свою безопасность. Далее происходит формирование «фиксированного чувства-состояния» как компенсации. Здесь вступает в силу механизм, описанный Миллером.

Мозг, стремясь компенсировать невыносимую тревогу и уязвимость, ищет способ мгновенно вернуть себе утраченное чувство «гарантированного выживания». В какой-то момент человек через определенное поведение или вещество (алкоголь, азартная игра, еда, опасный секс, работа) переживает интенсивный, мощный прилив ложного чувства безопасности, всемогущества, контроля или эйфории, который на время полностью заглушает травматическую тревогу. В этот миг мозг «фиксирует» связь: «Поведение X = Мгновенное обретение гарантии выживания». Это поведение становится магическим, почти ритуальным действием, которое, по мнению психики, гарантирует безопасность. Так ребенок, который рос в деструктивной семье с непредсказуемыми родителями, постоянно испытывал фоновый страх и чувство, что его выживание под угрозой (эмоционально или физически). В подростковом возрасте он впервые попробовал алкоголь. В состоянии опьянения тревога исчезла, он почувствовал расслабление, контроль и «всесилие», которых был лишен в детстве. Мозг зафиксировал это состояние как «гарантированное выживание». Далее, всякий раз, когда включается тревога (отголосок старой травмы), возникает не осознаваемая тяга употребить

алкоголь, а мощный импульс вернуть себе «чувство гарантированного выживания», которое психика прочно связала с алкоголем.

Последствия этого механизма, выражаются в компульсивности поведения, которое становится навязчивым и неконтролируемым, потому что оно связано не с удовольствием, а с глубочайшей экзистенциальной потребностью — чувствовать себя в безопасности. Поэтому становится невозможным остановить такое поведение усилием воли. Традиционные методы, направленные на контроль поведения, терпят неудачу, потому что не работают с корневой причиной — травмой, разрушившей базовое чувство безопасности, и созданной ею же фиксированной связкой. Любая текущая стрессовая ситуация, которая бессознательно напоминает старую травму, будет активировать поиск «чувства гарантированного выживания» через аддиктивное поведение.

Психотравма представляет собой многоуровневый процесс. Вначале происходит инициирующее событие — ситуация, нарушающая базовое чувство безопасности (насилие, катастрофа, утрата). Затем следует острые реакции. Шок, отрицание, диссоциация — как способ психологической защиты. Далее, происходит фиксация опыта, которая характеризуется формированием дисфункциональных нейронных сетей памяти. На более поздних этапах, можно наблюдать посттравматические последствия — долгосрочные изменения на всех уровнях функционирования человека.

Таблица 2. – Последствия психотравмы в уровнях функционирования человека

Уровень	Ключевые проявления
Эмоциональный	Шок, отрицание, эмоциональное оцепенение. Сильная тревога, страх, паника, чувство незащищенности. Вспышки гнева, раздражительность. Чувство вины, стыда, подавленность.

Окончание таблицы 2

Когнитивный	Нарушение памяти и концентрации внимания. Навязчивые воспоминания, флэшбеки, кошмары. Негативные само представления о себе, о мире, о будущем («Я сделал что-то плохое», «Я в опасности», «Я беспомощен», «Мир опасен»)
Поведенческий	Избегание мест, людей, разговоров и мыслей, напоминающих о травме. Социальная изоляция, ухудшение отношений. Раздражительность, агрессивное или саморазрушающее поведение.
Физический (соматический)	Нарушения сна: бессонница, прерывистый сон, кошмары. Хроническая усталость, истощение. Учащенное сердцебиение, гипертония, головные боли, головокружения. Мышечное напряжение, трепор.

Дезадаптивные схемы (устойчивые когнитивно-аффективные паттерны) являются ключевым следствием травмы, особенно при НДО [50]. Они формируются вследствие фruстрации базовых потребностей (безопасность, любовь, автономия) и включают: отсутствие связи/отвержение (брошенность, недоверие), эмоциональную депривацию, нарушение автономии (зависимость, уязвимость), нарушение границ (грандиозность, недостаток самоконтроля), направленность на других (самопожертвование, подчинение), сверхбдительность (негативизм, эмоциональное сдерживание).

Эти схемы активируются триггерами, запуская дезадаптивные поведенческие циклы и повышая риск психических расстройств, проблем в отношениях и ретравматизации [51].

Детский возраст представляет особую уязвимость для формирования психотравмы вследствие незрелости адаптационных систем. Чем младше ребенок, тем драматичнее воспринимается и тяжелее переживается психотравма. Это, очевидно, связано с неспособностью интегрировать травму в опыт [56].

Неблагоприятный детский опыт (НДО) является мощным предиктором

долгосрочных психологических, соматических и социальных последствий, что будет детально рассмотрено в разделе 1.2.

1.2. Неблагоприятный детский опыт (НДО) как этиологический фактор комплексной психотравмы взрослых. Концептуализация и классификация НДО

Систематическое исследование отдаленных последствий психологических травм в детском и подростковом возрасте сформировалось как самостоятельное научное направление лишь в последние десятилетия.

В 1980-х годах в профессиональном сообществе доминировала концепция (Quarantelly, 1985), согласно которой переживание катастрофических событий не приводит к стойким нарушениям психического развития. Основой данной позиции служило представление о компенсаторном потенциале и пластичности детской психики, предположительно позволяющих преодолевать последствия экстремальных ситуаций без специализированного психологического вмешательства.

Однако последующие лонгитюдные исследования опровергли эту точку зрения. Эмпирические данные (McFarlane, 1987; Yule et al., 1999; Nader, 2004) убедительно продемонстрировали сохранение клинически значимых психологических нарушений спустя годы после травматического события. Было установлено, что интенсивность посттравматической симптоматики не только не редуцируется со временем, но в ряде случаев приобретает хроническое течение, трансформируясь в устойчивые личностные деформации.

Современная психология, рассматривает детскую психологическую травму как фактор, способный вызывать:

- Нарушения нейрокогнитивного развития;
- Дисрегуляцию аффективной сферы;

- Деформации формирующейся идентичности;
- Патологические изменения системы привязанности.

Эти данные подчеркивают необходимость своевременного выявления и комплексной психокоррекционной работы с последствиями травмы в детском и подростковом возрасте [9].

Неблагоприятный детский опыт (НДО), как причина психологической травмы, определяется как совокупность потенциально травмирующих событий, которые оказывают долгосрочное влияние на физическое и психическое здоровье, происходящих с ребенком в возрасте до 18 лет, включая различные формы жестокого обращения, пренебрежения и семейной дисфункции [57].

В зарубежных источниках, посвященных теме психотравмы, существует поразительное множество терминов, которые обозначают близкие понятия. В научных исследованиях различных авторов, кроме определения «неблагоприятный детский опыт» (НДО), можно встретить такие сочетания как *«плохое обращение в детстве»*, *«стрессы в детском возрасте»*, *«ранняя детская травма»*, *«токсический стресс»*.

Характерно, что обнаруживаются попытки описать один и тот же вид психотравмирующего опыта, любым из этих приведенных понятий.

Американская психологическая ассоциация обозначает **психотравму**, как часть НДО и характеризуют травму как подверженность угрозе жизни, сексуальному насилию или его угрозе, сильным повреждениям самого субъекта или же наблюдение за такими угрозами по отношению к родственникам или близким людям [76].

Таким образом, **«детская травма»** — это более узкое понятие, описывающее один или совокупность нескольких вариантов насилия, и не включает в себя, например, пренебрежение, бедность и отсутствие постоянного заботящегося взрослого.

Отечественные авторы, например, *А. А. Кубитов* и соавторы, предлагают

определение НДО, как «эмоционально негативно значимые переживания в детском и подростковом возрасте, потенциально травматические для психики, которые могут иметь долговременные негативные последствия для здоровья и благополучия человека; этот опыт включает в себя различные виды жестокого обращения, насилия, пренебрежения, а также проживание и развитие в небезопасной среде» [33].

В отечественных источниках, чаще всего встречаются два термина: «детский психотравмирующий опыт» и «неблагоприятный детский опыт». Очевидно, что нет четкого разделения этих понятий. Субъективным различием могло бы быть определение тяжести и разрушающее воздействие этого опыта на психику. Детский психотравмирующий опыт можно было бы отнести к более тяжелым формам плохого обращения с ребенком: физическое и сексуальное насилие и абсолютное пренебрежение. В то время как слово «неблагоприятный», как будто, подразумевает более легкие формы проявления плохого обращения.

Teicher M.H. и Samson J.A предлагают, на наш взгляд, достаточно лаконичное и краткое определение НДО: «Плохое обращение, характеризующееся устойчивой или повторяющейся подверженностью событиям, которые обычно сопровождаются разрушением доверия» [81].

Несмотря на то, что «доверие», это слишком общий и многозначный термин, нам кажется, что это определение достаточно четко иллюстрирует то, что происходит с ребенком.

Кроме утраты доверия, ребенок, переживающий НДО, теряет чувство безопасности в среде, которая априори должна безопасность обеспечивать. Психотравма приводит к кризису идентичности как следствию нарушения базовых психологических структур.

Для осознанного жизнетворчества человеку необходимо обладать сформированными ответами на экзистенциальные вопросы: «Кто я?», «Ради

чего я живу?», «В каком мире я существую?». Психологические инстанции, обеспечивающие смысловое единство личности, включают:

- целостный образ Я;
- непротиворечивый образ мира;
- иерархизированную систему ценностей;
- смысложизненные ориентации;
- целевые и планирующие структуры.

Дисфункция или дезинтеграция этих структур составляет психологическую основу личностного кризиса у взрослого человека. В детском возрасте данные инстанции находятся в процессе формирования, однако уже существуют их прототипы, обеспечивающие базовую целостность психической организации. Поэтому детская психотравма несет в себе такой разрушительный для формирования личности потенциал, нарушает нормативный ход психического развития [9].

Категории неблагоприятного детского опыта

Исследование НДО, инициированное В. Фелитти и Р. Анда в 1995-1997 гг., установило сильную градуированную и дозозависимую связь между количеством категорий НДО и риском негативных последствий во взрослой жизни [61].

Существует достаточно широкий диапазон категорий, применяемых для определения и измерения НДО. Так опросник для оценки травм, полученных в детстве (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) выделяют 5 видов психотравмирующих событий [29].

Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ), включает в себя 13 категорий [33].

В нашем исследовании, для определения степени НДО, мы пользовались Международным опросником неблагоприятного детского опыта (Adverse

Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ), в котором выделено три группы НДО:

1. Насилие.
2. Пренебрежение.
3. Внутрисемейные сложности.

Мы концентрировались на изучении внутрисемейных видов НДО, на том, какое пагубное воздействие на ребенка, могли оказать члены семьи. И мы сознательно не брали во внимание такие травмирующие ситуации как буллинг, свидетельствование актов насилия в обществе, проживание в зоне или непосредственной близости от боевых действий, которые, вероятно, были бы чрезвычайно актуальными в наши дни.

Рассмотрим категории НДО более подробно:

1. Насилие:

- Физическое насилие: избиение (удары кулаками, ногами, использование предметов), ожоги, травмы. Пример: регулярные побои, приводящие к синякам или переломам.

- Сексуальное насилие: любые нежелательные сексуальные действия: прикосновения, ласки, изнасилование, вовлечение в порнографию. Пример: принуждение к сексуальным действиям со стороны взрослого.

- Эмоциональное (психологическое) насилие: унижение, угрозы, изоляция, терроризирование. Пример: постоянные оскорблении: «Ты ни на что не способен».

2. Пренебрежение:

- Физическое пренебрежение: отказ в базовых потребностях: еде, одежде, медицинской помощи. Пример: ребёнок ходит в грязной одежде, не получает лечения в случае заболевания.

- Эмоциональное пренебрежение: игнорирование потребности в любви, поддержке, безопасности. Пример: родители никогда не обнимают ребенка, не

реагируют на его плач.

- Образовательное или медицинское пренебрежение: необеспечениепосещения школы, игнорирование особых образовательных или медицинских потребностей.

3. Внутрисемейные сложности:

- Насилие между родителями: ребенок становится свидетелем драк, угроз с оружием, унижений.

- Психические расстройства у членов семьи: депрессия, суицидальные попытки, психозы у родителей.

- Злоупотребление ПАВ в семье: алкоголизм, наркомания у проживающих с ребенком взрослых.

- Развод или тюремное заключение родственников.

Более широкая классификация НДО интегрирует как межличностные травмы (насилие, пренебрежение), так и системные факторы (дисфункция семьи, социальные кризисы).

Современные исследования, включая русскоязычную адаптацию ACE-IQ, подчеркивают необходимость учета культурного контекста. Для клинической практики рекомендовано сочетание опросников (например, ACE-IQ и CTQ) для комплексной оценки. Исследования Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), проведенные в 2023 году, подтверждают сохраняющуюся высокую распространенность НДО в популяции [62].

Данные по РФ указывают на значительный уровень различных форм насилия и пренебрежения [64, 68].

По данным (ВОЗ, 2014), распространенность в России эмоционального пренебрежения, составляет 57.9%, физического пренебрежения — 53.3%. У 17.4% населения отмечается более или равно 4 форм НДО, что повышает риск депрессии в 12 раз. Факторами риска, являются: социально-экономическая нестабильность, бедность, низкий уровень образования родителей, социальная

изоляция, культурные нормы (допускающие насилие), стигматизация обращения за помощью, дисфункциональные семейные системы (отсутствие близости, ригидность ролей, конфликтность, закрытость, отрицание проблем) [70, 72].

Психотравма, случившаяся в результате НДО вызывает каскад изменений в нейробиологических механизмах:

Структурные: уменьшение объема гиппокампа, мозолистого тела; изменения в развитии префронтальной коры и миндалины [74].

Функциональные: гиперактивация лимбической системы (особенно миндалины), снижение активности префронтальной коры и мозжечка [5].

Нейроэндокринные: дисрегуляция гипotalамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси), хронически повышенный уровень кортизола и норадреналина, снижение серотонина [6].

Эпигенетические: модификации экспрессии генов, связанных со стрессреакцией, передающиеся следующим поколениям [7].

Различают острую реакцию и долгосрочные последствия НДО. Рассмотрим клиническую динамику и симптоматику в том и другом случае.

Тяжелая психологическая травма вследствие НДО, способна провоцировать развитие пограничных психических расстройств, среди которых наиболее релевантными травматическому генезу являются острая реакция на стресс (ОРС) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Данные состояния представляют собой различные временные и феноменологические аспекты декомпенсации психической деятельности в ответ на экстремальное воздействие. ОРС формируется в результате непосредственного воздействия психотравмирующей ситуации и манифестирует в интервале от первых минут до нескольких часов после события. Длительность данного состояния варьирует от нескольких часов до трех суток, что соответствует критериям МКБ-10 и МКБ-11.

Клиническая картина характеризуется триадой основных симптомокомплексов:

1. Психовегетативные нарушения:

- Кардиоваскулярные проявления (тахикардия, лабильность артериального давления).
- Респираторные нарушения (гипервентиляционный синдром).
- Гастроинтестинальные расстройства (тошнота, диспепсические явления).
- Нарушения циркадных ритмов (инсомния, прерывистый сон).

2. Когнитивно-перцептивные расстройства:

- Сужение объема сознания с нарушением селективного внимания.
- Дереализация и деперсонализация как проявления диссоциативной симптоматики.

3. Аффективная дестабилизация:

- Пароксизмы тревоги и страха.
- Аффективная лабильность с эпизодами отчаяния и гнева.
- Чувство беспомощности и утраты контроля.
- Эмоциональная гиперестезия.

Патогенетической основой ОРС является каскадный выброс катехоламинов и кортизола, приводящий к гиперфункции симпато-адреналовой системы и временной дисфункции гиппокампально-амигдалярного комплекса. Данное состояние представляет собой универсальный психофизиологический ответ на экстремальный стрессор, который при своевременной психологической помощи обладает способностью к спонтанному обратному развитию. Однако при отсутствии адекватной поддержки может происходить трансформация ОРС в хронические формы посттравматической патологии [61].

В долгосрочной перспективе, последствия НДО носят комплексный взаимосвязанный характер, подтверждая концепцию НДО как фундаментального детерминанта здоровья и благополучия на протяжении жизни.

В сфере психического здоровья, отмечается повышенный риск ПТСР, депрессии, тревожных расстройств, пограничного расстройства личности (ПРЛ). Наблюдается прямая связь балла НДО с риском суициального поведения, расстройств пищевого поведения [82, 8]. Эмоциональное насилие и пренебрежение, являются ключевыми предикторами ПРЛ [8, 9].

В сфере соматического здоровья, отмечается повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, диабета 2 типа, ожирения, аутоиммунных расстройств, хронических болевых синдромов, онкологических заболеваний [11].

НДО оказывает весьма значительное влияние на формирование аддиктивного поведения. У людей с НДО, отмечается значительное повышение риска злоупотребления алкоголем, табаком, наркотиками, игровой зависимости. Риск наркозависимости у лиц с НДО ≥ 1 в 4 раза выше, с НДО ≥ 5 – в 9 раз выше по сравнению с лицами без НДО [12].

НДО влияет на способность к социальной адаптации. Отмечаются трудности в установлении и поддержании доверительных отношений, социальная изоляция, низкий уровень социальной поддержки. Проблемы в профессиональной сфере (низкий уровень образования, безработица, нестабильность занятости, низкий доход) [13].

Под влиянием НДО, происходит формирование негативных когнитивных схем («мир опасен», «людям нельзя доверять»). У взрослых с НДО наблюдаются нарушения когнитивного развития. Задержки речевого и моторного развития, трудности в обучении, снижение академической успеваемости, нарушения памяти, внимания, исполнительных функций.[14]

Следствием нейробиологических изменений и дефицита стимуляции в детстве, является повышенный риск криминального поведения, которое, в свою очередь, связано с повышенной агрессивностью, импульсивностью и аддиктивным поведением.

Учитывая тяжесть и комплексный характер последствий травмы у взрослых, поиск эффективных методов психологической помощи является критически важным. Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), рекомендованный ВОЗ для лечения психотравмы, представляет собой перспективный подход, механизмы действия и доказательная база которого будут рассмотрены в разделе 1.3.

1.3. Теоретическая модель и базовые принципы ДПДГ. Возможности применения метода ДПДГ в индивидуальном консультировании клиентов с НДО

Как уже было сказано выше, современное психотерапевтическое поле характеризуется высокой распространённостью психологической травмы, сформированной под влиянием неблагоприятного детского опыта (НДО). Как свидетельствуют масштабные эпидемиологические исследования (Felitti et al., 1998), существует прямо пропорциональная зависимость между числом и тяжестью травматических факторов в детстве и риском возникновения широкого спектра патологических психических и соматических состояний во взрослом возрасте.

Данные нейронауки указывают на устойчивые структурно-функциональные изменения мозга, связанные с НДО — в частности, в областях, ответственных за эмоциональную регуляцию, память и адаптацию к стрессу (гиппокамп, миндалевидное тело, префронтальная кора, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось). Эти мозговые изменения коррелируют с

рядом психосоматических и поведенческих симптомов, включая диссоциации и нарушение межличностных связей.

В условиях таких сложных проявлений, ключевым становится индивидуальный подход к психологическому консультированию, поскольку именно в рамках индивидуального взаимодействия создаются максимально безопасные условия, необходимые для проработки травматического опыта. В отличие от групповых или семейных форм терапии, индивидуальный подход обеспечивает глубокое, персонализированное внимание, которое критично для успешного восстановления после травмы. Перечислим и подробнее обсудим основные преимущества и специфику индивидуальных консультаций в этом контексте.

1. Персонализированное внимание и адаптация темпа. Индивидуальное консультирование позволяет психологу полностью сосредоточиться на уникальных переживаниях и потребностях каждого клиента. Это особенно важно при травме вследствие НДО, где травматический опыт носит сложный, многокомпонентный характер, и скорость раскрытия болезненных тем существенно варьируется у разных людей. Такое внимание снижает риск перенапряжения и ретравматизации, позволяя работать в комфортном для клиента темпе.

2. Установление глубокого терапевтического альянса. Доверительные отношения между клиентом и терапевтом выступают краеугольным камнем терапии. В индивидуальной работе создается атмосфера безопасности и эмпатии, что стимулирует клиента к раскрытию сложных эмоциональных переживаний, воспоминаний и телесных ощущений. Этот фактор существенно повышает мотивацию к терапии и способствует формированию аутентичности в процессе выздоровления.

3. Интенсивный мониторинг психоэмоционального состояния. Индивидуальные сессии позволяют психологу незамедлительно и точно

отслеживать реакции клиента, гибко корректировать интервенции и адаптировать технику в зависимости от состояния психики и телесных сигналов. Это способствует предотвращению переактивации травматического стресса и поддерживает психологический комфорт клиента.

4. Развитие навыков рефлексии и ментализации. Индивидуальные консультации создают благоприятные условия для развития у клиента способности осознавать и разграничивать различные чувства, мысли и реакции. Клиент учится лучше понимать собственные внутренние процессы и их связь с травматическим опытом, что является фундаментом для формирования устойчивых навыков эмоциональной регуляции и построения здоровых отношений.

5. Гибкость выбора методов. В рамках индивидуального консультирования, легче интегрируются разнообразные психотерапевтические техники и подходы, что особенно полезно при комплексной картине психотравмы вследствие НДО, требующей, зачастую, мультидисциплинарного вмешательства. В практике могут использоваться когнитивно-поведенческие, психодинамические, телесно-ориентированные методы, а также специализированные техники, в том числе метод ДПДГ.

Таким образом, индивидуальное психологическое консультирование предоставляет оптимальную платформу для комплексной и деликатной работы с последствиями неблагоприятного детского опыта. Оно обеспечивает условия для безопасного раскрытия и переработки травматического материала, укрепляет внутренние ресурсы пациента и способствует значимым личностным изменениям. Эта форма психологической помощи становится не только инструментом симптоматической поддержки, но и путём к трансформации травмы в осознанный ресурс для роста и развития, что подтверждается как клиническим опытом, так и современными эмпирическими исследованиями.

Рассмотрим современные психотерапевтические методы при работе с

психотравмой, которые используются для работы с психотравмой:

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее широко применяемых и научно обоснованных методов в работе с психотравмой, включая последствия неблагоприятного детского опыта. КПТ фокусируется на выявлении и изменении дезадаптивных мыслительных установок и поведенческих реакций, которые поддерживают нарушение эмоционального благополучия и усугубляют симптомы травмы. КПТ при травме, ориентирована на уменьшение симптомов ПТСР, таких как флэшбэки,очные кошмары, избегание и гипервозбуждение. Терапия обычно проводится курсом от 12 до 20 сессий, с частотой минимум один раз в неделю, что обеспечивает систематичность и непрерывность прогресса. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования и мета-анализы подтверждают эффективность КПТ в снижении симптомов травмы и улучшении функциональности пациентов, однако при комплексных и хронических формах травмы, сопровождающихся выраженной диссоциацией и избеганием, КПТ может требовать дополнительной поддержки или комбинации с другими методами, такими как ДПДГ или телесно-ориентированные практики. Таким образом, эффективность КПТ в комплексной травме ограничена из-за возможной эмоциональной перегрузки и выраженного избегания обсуждения травмирующего материала у пациентов (Najmi et al., 2018).

Терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) концентрируется на принятии негативных мыслей и эмоций, учит жить в настоящем моменте, не пытаясь подавить или изменить нежелательные внутренние переживания. Такой подход повышает психологическую гибкость, помогает справляться с тревогой и стрессом, что важно при работе с травмой, когда избегание и сопротивление переживаниям бывают сильными (Hayes et al., 2013). ACT усиливает принятие и

психологическую гибкость, позволяя пациентам сосуществовать с болезненными эмоциями без избегания, и тем самым расширяет границы возможного эмоционального выражения.

Диалектическая поведенческая терапия (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*) разработана для пациентов с высокой эмоциональной нестабильностью, например при пограничном расстройстве личности. DBT совмещает навыки осознанности, эмоциональной регуляции и когнитивно-поведенческие техники. Она эффективна для снижения суициального поведения и самоповреждений, а также помогает формировать устойчивые навыки самоуспокоения и межличностного взаимодействия (Linehan, 2015). DBT внедряет конкретные навыки эмоциональной регуляции и межличностного взаимодействия, что может оказаться критичным для пациентов с эмоциональной нестабильностью и хронической травмой.

Схема-терапия. В основе метода лежит концепция «ранних дезадаптивных схем» — устойчивых психологических структур, которые формируются в детстве под воздействием негативных переживаний и продолжают влиять на личность во взрослом возрасте. Работает с глубинными структурами личности, разрушая устоявшиеся негативные схемы и создавая условия для формирования новых, адаптивных моделей. В отличие от классической когнитивно-поведенческой терапии, внимание уделяется не только симptomам. В основе метода, работа с фундаментальными причинами психологических проблем и обеспечение комплексного восстановления личности. Метод особенно полезен при терапии хронических и комплексных психотравм, помогает осознать и трансформировать глубокие личностные паттерны, но требует длительной и мотивированной работы (Young et al., 2003).

Телесно-ориентированные подходы и *mindfulness* базируются на двух фундаментальных принципах: тело и психика образуют единую систему, а

телесные ощущения и реакции являются прямым отражением внутреннеогоэмоционального состояния. Тело хранит память о психотравмах, и даже если сознание не осознает подавленные эмоции, они проявляются в виде мышечных зажимов, хронического напряжения, болей и соматических симптомов. Эти методы восстанавливают связь с телесным опытом и повышают осознанность. В отличие от традиционных разговорных методов, ТОТ использует физическую активность и внимание к телу, что помогает клиентам с выраженной диссоциацией или трудностями интеграции травмы. Техники помогают работать с диссоциацией и соматическими симптомами, что является важным этапом восстановления после травмы, особенно при выраженной диссоциации, создавая интегративный опыт, однако эффективны преимущественно в качестве дополнения к терапии травмы. (Ogden et al., 2006). Mindfulness (осознанность), включает методы сознательного присутствия в настоящем моменте с наблюдением за своими ощущениями, мыслями и эмоциями. В терапии травмы, mindfulness может применяться как самостоятельный метод или в комплексе с другими, например когнитивно-поведенческой терапией или ТОТ, обеспечивая мягкий вход к травматическому материалу через развитие внимания и спокойствия.

Нarrативный подход в терапии травмы, строится на осмыслиении и реконструкции личного повествования, которое может включать искаженные, разрушительные сюжеты, сформированные под воздействием травматических событий. Нарративная терапия хорошо подходит для работы с НДО, поскольку помогает клиентам отделить себя от травматического опыта, осмыслить и трансформировать разрушительные повествования, что ведет к снижению симптоматики посттравматического стрессового расстройства, тревожности и депрессии. Исследования подтверждают, что данный подход повышает эмоциональную устойчивость, развивает самопринятие и улучшает качество межличностных отношений(White & Epston, 1990).

Системная семейная терапия (Internal Family Systems, IFS) рассматривает личность как систему частей, каждая из которых может иметь травматический опыт. Работа с разными «частями» позволяет выделить и разрешить внутренние конфликты и интегрировать травматический опыт, улучшая эмоциональную целостность. При работе с травмой IFS эффективно помогает исцелять подавленные, травматические воспоминания, не вызывая ретравматизации, благодаря уважению темпа клиента и безопасному расстоянию от болезненных эмоций. Снижается интенсивность дезадаптивных аффектов (страх, гнев, стыд) через работу с эмоционально активными частями. Повышается осознанность и самопринятие, что способствует восстановлению целостности личности. Улучшаются межличностные отношения через внутреннее разрешение конфликтов и лучшую самоидентификацию. IFS-терапия интегрирует элементы нескольких терапевтических модальностей: психодинамических, когнитивно-поведенческих, гештальт-, и телесно-ориентированных подходов, что делает метод гибким и индивидуализированным. (Schwartz, 1995).

Психodelическая терапия включает в себя использование специальных психоактивных препаратов, под контролем специалиста (например, MDMA, псилоцибин). Механизм действия составляет взаимодействие психodelиков с серотониновыми рецепторами мозга. Это приводит к феноменам расширенного восприятия, ослабления внутренних психологических барьеров и усиления эмоциональной доступности подавленных чувств. Одновременно происходит ослабление активности структур, ответственных за контролирующие и защитные функции (например, префронтальной коры), что способствует выводу на сознательный уровень ранее заблокированного травматического материала. Данный вид терапии показывает многообещающие результаты, и набирает популярность для работы с устойчивыми травмирующими состояниями. Считается, что эти методы стимулируют эмоциональную переработку и формирование новых ассоциативных связей. Таким образом,

предлагаются феноменально новые возможности для эмоционального осознания и переформатирования травматических воспоминаний в безопасной среде. (Mithoefer et al., 2019).

Виртуальная реальность (VR-терапия). В современном психологическом консультировании, данный вид терапии, представляет собой инновационный и высокоэффективный метод, который активно применяется для работы с психотравмой, включая последствия неблагоприятного детского опыта. Этот подход позволяет в безопасной и контролируемой обстановке дозировано и поэтапно воздействовать на травмирующие триггеры, способствуя снижению тревоги, страха и других симптомов. VR-терапия сочетает в себе преимущества элементов когнитивно-поведенческой терапии, экспозиционных техник и физиологического контроля, обеспечивая уникальную платформу для безопасного и эффективного вмешательства при психотравме. Применение технологии виртуальной реальности позволяет расширить возможности психологического консультирования и терапии, делая процесс не только результативным, но и менее травматичным для клиента (Maples-Keller et al., 2017) [66].

Научная основа *метода ДПДГ*, базируется на теории адаптивной переработки информации (Adaptive Information Processing), что обеспечивает:

1. Снижение эмоциональной перегрузки и риск ретравматизации. Благодаря билатеральной стимуляции, процесс переработки травматических воспоминаний происходит без необходимости детального верbalного анализа, который может привести к переактивации страха и стресса (Shapiro, 2018)[60].
2. Сокращение времени терапии. Исследования подтверждают более быстрое достижение клинически значимых изменений при помощи ДПДГ по сравнению с традиционными психологическими методами, повышая доступность и устойчивость терапии (Bradley et al., 2005; Watts et al., 2013).
3. Работа на мультиуровневом нейробиологическом уровне. ДПДГ

способствует нормализации активности мозговых структур, участвующих в обработке эмоций и памяти, что подтверждается нейровизуализационными исследованиями (Pagani et al., 2015; Lanius et al., 2010).

4. Гибкость и универсальность. Метод применим как для острых, так и для комплексных хронических травм, что особенно значимо при НДО с множественными травматическими эпизодами.

5. Совместимость с другими терапевтическими форматами. ДПДГ легко интегрируется с когнитивными, психодинамическими, телесно-ориентированными и другими подходами, позволяя строить индивидуализированный план терапии.

За годы развития, для метода ДПДГ было разработано множество разнообразных протоколов, адаптированных под различные клинические популяции и особенности психотравматического опыта. На сегодняшний день наиболее актуальными и распространёнными, кроме классического 8-фазного протокола ДПДГ, являются: Flash-техника, EMDR 2.0, процедура флешфорвард для работы с тревогой, протокол вмешательства при паническом расстройстве, протоколы вмешательства при фобиях, ОКР, депрессии, РПП и другие. Рассмотрим наиболее актуальные и современные протоколы, более подробно.

1. Классический 8-фазный стандартный протокол EMDR.

Это базовый протокол, разработанный Франсин Шапиро, включающий восемь фаз:

1. Сбор анамнеза и планирование терапии — оценка травматической истории, выбор целей.

2. Подготовка — обучение клиента навыкам саморегуляции и ресурсированию (например, техника «безопасное место»).

3. Оценка — выявление негативных убеждений, телесных ощущений и позитивных самопредставлений.

4. Десенсибилизация — применение билатеральной стимуляции для

переработки травматических воспоминаний.

5. Инсталляция — установка адаптивных позитивных убеждений.
6. Сканирование тела — обнаружение и проработка телесных симптомов явных или скрытых.
7. Закрепление результатов — проверка общей стабилизации.
8. Переоценка и завершение — оценка изменений и планирование последующих сессий.

Эта схема остаётся фундаментальной и рекомендована для терапии одиночной травмы и классического ПТСР.

2. Протокол Flash (Флеш-техника)

Разработанный Филиппом Мэнсфилдом и коллегами протокол Flash, является инновационной методикой, позволяющей работать с травматическими воспоминаниями без глубокого их осознанного проговаривания и с минимальным аффективным дистрессом. Клиент удерживает в фокусе позитивный образ, а травматическое воспоминание активируется только кратковременно с помощью серии быстрого моргания, сопровождающегося медленной билатеральной стимуляцией.

Flash-техника является эффективной при работе с интенсивной травмой, устойчивыми флешбэками, диссоциацией и может использоваться для подготовки клиента к переработке.

3. Протокол EMDR 2.0.

EMDR 2.0 — современное развитие классического протокола ДПДГ, с внедрением новых техник, разработанный для усиления эффективности и безопасности (например, вариабельная скорость БЛС, интеграция телесно-ориентированных методов, усиление когнитивных компонентов). Предполагает более гибкий и мультимодальный подход к терапии, особенно при сложной симптоматике и ограниченной способности к концентрации.

В настоящее время, ведется разработка интенсивных ДПДГ-программ для терапии комплексной травмы. Это особая форма ускоренной терапии, предусматривающая многодневные сессии с высокой частотой (например, несколько сессий в день в течение 2-3 дней). Такой подход, применяется при необходимости быстрого снижения тяжести симптомов, и при высоком уровне мотивации пациента. В свою очередь, он требует высокой подготовки терапевтов и тщательного отбора пациентов.

Таким образом, интеграция индивидуального психологического консультирования с применением доказательных методов, таких как ДПДГ и других современных методов, обеспечивает эффективный, безопасный и клиент-ориентированный подход к работе с психотравмой, вызванной неблагоприятным детским опытом. Создание доверительных отношений и адаптивное сопровождение клиента служат основой успешного психотерапевтического вмешательства, позволяя восстанавливать эмоциональную регуляцию, аутентичность и качество жизни.

Выводы по Главе 1

На основании проведенного теоретического анализа научной литературы по проблеме психологической травмы, неблагоприятного детского опыта (НДО) и методу десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), можно сформулировать следующие выводы:

1. Психологическая травма, особенно сформированная в результате НДО, представляет собой не единичный симптом, а сложное многоуровневое системное нарушение. Она затрагивает все уровни функционирования личности: нейробиологический (стойкие структурно-функциональные изменения мозга и дисрегуляция ГГН-оси), эмоциональный (дисрегуляция, тревога, депрессия), когнитивный (негативные схемы, диссоциация) и поведенческий (избегание, аддикции, социальная дезадаптация).

2. Неблагоприятный детский опыт (НДО) является мощным этиологическим фактором развития комплексной травмы развития. Установлена прямая связь между количеством категорий НДО и риском возникновения тяжелых психических расстройств (ПТСР, депрессия, пограничное расстройство личности), хронических соматических заболеваний, аддиктивного и саморазрушающего поведения во взрослом возрасте.

3. Традиционные подходы психотерапии, включая классическую КПТ, могут быть недостаточно эффективны или плохо переносимы клиентами с психотравмой вследствие НДО в силу выраженности таких особенностей, как избегание, диссоциация, эмоциональная дисрегуляция и соматизация. Это создает дефицит доступных и высокоэффективных методов помощи для данной категории клиентов.

4. Метод ДПДГ, основанный на модели адаптивной переработки информации (АПИ), представляет собой теоретически обоснованный и перспективный подход для коррекции последствий НДО. Его ключевые

преимущества в данном контексте включают:

- Прямое воздействие на дисфункционально хранящиеся травматические воспоминания, являющиеся ядром патологии.
- Структурированный протокол, минимизирующий риск ретравматизации за счет отсутствия необходимости детального вербального описания травмы.
- Способность работать с соматическими проявлениями травмы.
- Признание в качестве метода первой линии для лечения травматических расстройств авторитетными международными организациями (ВОЗ).

5. Существует очевидный пробел в эмпирических исследованиях, оценивающих эффективность ДПДГ именно для коррекции многоаспектных последствий НДО у взрослых в рамках индивидуального консультирования в России. Недостаточно изучена динамика изменений одновременно во всех четырех сферах функционирования (физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой) под влиянием ДПДГ-терапии.

Таким образом, проведенный теоретический анализ, полностью подтверждает научную и практическую актуальность данного исследования, и служит твердым основанием для его эмпирической части, направленной на экспериментальную проверку эффективности метода ДПДГ в индивидуальном консультировании взрослых с последствиями психологической травмы, обусловленной НДО.

Глава 2. Экспериментальное исследование эффективности психологической помощи взрослым с психотравмой в рамках индивидуального консультирования с применением метода ДПДГ

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

Как было установлено в ходе теоретического анализа, представленного в Главе 1, психологическая травма у взрослых, связанная с неблагоприятным детским опытом (НДО) — представляет собой комплексное нарушение, возникающее вследствие длительного или разового интенсивного воздействия негативных факторов в период развития (до 18 лет), которые превышают адаптационные ресурсы ребенка [4, 11]. К таким факторам традиционно относят физическое, эмоциональное, психологическое, сексуальное насилие, пренебрежение нуждами, а также дисфункцию семейной системы (алкоголизм/наркомания родителей, психические заболевания членов семьи, домашнее насилие, криминальное поведение, разводы, тюремное заключение) [14, 17].

Последствия НДО носят полиморфный характер и проявляются в четырех взаимосвязанных сферах функционирования индивида [18, 20]:

1. Физическая сфера. Повышенная соматизация (необъяснимые, с медицинской точки зрения, симптомы), ухудшение общего здоровья, склонность к хроническим заболеваниям (сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные расстройства, аутоиммунные заболевания), вегетативная дисрегуляция.

2. Эмоциональная сфера. Хроническая тревожность и страх, депрессивные состояния, чувство безнадежности, эмоциональная лабильность или оцепенение, интенсивное чувство вины, стыда, трудности идентификации и

регуляции эмоций (эмоциональная дисрегуляция).

3. Когнитивная сфера. Нарушения памяти (особенно автобиографической), снижение концентрации внимания, негативные и ригидные когнитивные установки о себе, мире и будущем (дисфункциональные убеждения), трудности в обучении и адаптации к новым ситуациям, повышенный риск развития психических расстройств.

4. Поведенческая сфера. Избегание травматических триггеров и социальных контактов (социальная изоляция), саморазрушительное поведение (включая суициальные мысли/попытки, самоповреждения), повышенная агрессивность и раздражительность, склонность к рискованному и аддиктивному поведению (злоупотребление ПАВ, игромания и др.), трудности в установлении и поддержании доверительных отношений, компульсивное стремление к контролю и перфекционизму как защитные стратегии.

На основе анализа современной научной литературы по проблеме преодоления последствий психологической травмы, а также учитывая доказанную эффективность метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и родственных состояний [21, 22, 25], была сформулирована основная гипотеза исследования: индивидуальное психологическое консультирование взрослых с последствиями психологической травмы детства, интегрирующее метод ДПДГ, является эффективным средством снижения интенсивности негативных проявлений травмы во всех четырех сферах функционирования (физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой).

Для проверки выдвинутой гипотезы было разработано трехэтапное экспериментальное исследование:

1. Констатирующий эксперимент:

Цель: Диагностика и отбор участников исследования; оценка исходного

уровня выраженности последствий психологической травмы во всех четырех сферах; формирование экспериментальной группы.

Задачи:

1. Выявление лиц с наличием НДО и актуальными последствиями психотравмы.
2. Оценка уровня травматизации (тяжести НДО).
3. Комплексная диагностика проявлений последствий травмы в физической, эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

Методы: Комплекс психодиагностических методик (см. Таблицу 3 и описание ниже).

2. Формирующий эксперимент:

Цель: Разработка, адаптация и апробация программы индивидуального психологического консультирования с интеграцией метода ДПДГ, направленной на коррекцию последствий психологической травмы у взрослых с психотравмой, полученной вследствие НДО.

Задачи:

1. Разработка структуры и содержания программы консультирования на основе протокола ДПДГ для работы с последствиями НДО.
2. Определение мишеней терапевтического воздействия — конкретные травматические воспоминания, текущие триггеры, будущие шаблоны реагирования.
3. Проведение курса индивидуальных консультаций с применением ДПДГ для участников экспериментальной группы.

Методы: стандартизованный протокол ДПДГ [22], адаптированный для работы со сложной травмой развития; методы клинико-психологического интервью; ведение терапевтических сессий.

3. Контрольный эксперимент:

Цель: Оценка эффективности проведенной программы психологического

консультирования с применением ДПДГ.

Задачи:

1. Повторная диагностика уровня выраженности последствий психотравмы у участников экспериментальной группы по тем же методикам, что и на констатирующем этапе.
2. Сравнительный анализ результатов первичной и повторной диагностики.
3. Качественный анализ изменений в состоянии участников.
4. Статистическая проверка значимости различий.
5. Формулировка выводов об эффективности примененного метода.

Методы: Комплекс психодиагностических методик (повторно); методы математической статистики (Т-критерий Вилкоксона); качественный анализ данных.

Организационная база исследования: в исследовании приняли участие 46 человек, в том числе 3 мужчин, переживших психотравму, связанную с НДО. Все участники дали добровольное согласие принять участие в исследовании, откликнувшись на мой призыв в социальных сетях.

Целью диагностического этапа являлось выявление взрослых лиц с наличием НДО и комплексная оценка уровней проявлений последствий психотравмы в физической, эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, а также изучение взаимосвязей между тяжестью НДО и выраженностю данных проявлений.

Для достижения этой цели был сформирован диагностический комплекс, включающий валидные и надежные методики, соответствующие выделенным критериям оценки последствий травмы (Таблица 3). Выбор конкретных методик был обусловлен их соответствием исследуемым сферам, наличием валидных русскоязычных адаптаций, широким признанием в научном сообществе и применимостью для оценки динамики в процессе терапии.

Таблица 3 – Критерии и уровни проявления последствий психологической травмы

Признаки травматизации	Содержательные характеристики	Уровни проявления			Методики
		низкий	средний	высокий	
Соматическая сфера	Хронические боли, нарушения деятельности ЖКТ, дисфункции ССС	Редкие/слабые соматические симптомы, вегетативная норма	Умеренные соматические жалобы, эпизодическая вегетативная неустойчивость	Ярко выраженные множественные соматические симптомы, вегетативная дисфункция	1. Опросник психосоматических симптомов (PHQ-15) 2. Шкала вегетативных нарушений А.М. Вейна (AMPB)
Эмоциональная сфера	Алекситимия, лабильность аффекта, ангедония, травматическая вина.	Эпизодическая тревога/подавленность, незначительные трудности регуляции эмоций	Субклиническая тревога/депрессия, умеренные трудности регуляции эмоций	Клинически значимые тревога/депрессия, выраженная эмоциональная дисрегуляция	1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) 2. Опросник трудностей регуляции эмоций (DERS) 3. Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева)
Когнитивная сфера	Дисфункциональные убеждения, диссоциация, дефициты	Незначительные ригидные установки, редкие когнитивные трудности	Умеренные дисфункциональные установки, эпизодические когнитивные трудности	Выраженные дисфункциональные установки, значительные когнитивные искажения, заметные трудности внимания/памяти	1. Шкала дисфункциональных установок (DAS)
Поведенческая сфера	Избегающее поведение, рискованное поведение, импульсивные паттерны, парадоксальное поведение.	Редкое избегание, осторожность в доверии, незначительная импульсивность	Эпизодическое избегание, трудности в отношениях, умеренная импульсивность, рискованное поведение	Систематическое избегание, саморазрушение, выраженная агрессия/рискованность, аддикции, глубокая изоляция	1. Шкала влияния травматического события - пересмотренная (IES-R), подшкала избегания 2. Опросник "Индикатор копинг-стратегий" шкалы: конфронтация, бегство-избегание

Уровни проявления (высокий, средний, низкий) определяются на основе нормативных данных и интерпретационных ключей для каждой конкретной методики.

Описание диагностических методик:

1. Оценка тяжести неблагоприятного детского опыта (НДО):

1. Опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences - ACE-IQ) [14] предназначен для скрининга и количественной оценки тяжести различных форм НДО.

Состоит из 31 вопроса, касающихся опыта физического, эмоционального, сексуального насилия, физического и эмоционального пренебрежения, а также семейной дисфункции (алкоголизм/наркомания родителей, психические заболевания, домашнее насилие, развод/разлучение, тюремное заключение члена семьи) до 18 лет. Ответ «Да» = 1 балл. Суммарный балл (0-10): 0-3 - низкий уровень НДО, 3-5 - средний уровень, 6-10 - высокий уровень. Высокие баллы АСЕ являются предиктором широкого спектра психических и соматических проблем во взрослом возрасте.

2. Диагностика физической сферы:

1. Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15) [30] применяется для оценки наличия и тяжести 15 распространенных соматических симптомов, часто не имеющих достаточного медицинского объяснения (соматизация).

Респондент оценивает степень беспокойства от каждого симптома за последние 4 недели (0 = «Не беспокоил», 1 = «Беспокоил иногда», 2 = «Беспокоил постоянно»). Суммарный балл (0-30): 0-4 – низкий уровень соматизации, 5-9 – умеренный, 10-30 – высокий. Чувствителен к изменениям в процессе терапии.

2. Шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну [33] позволяет оценить выраженности вегетативной дисфункции (вегетососудистой дистонии).

Содержит описание симптомов и их субъективную оценку по 10-

балльной шкале. Сумма баллов > 15 указывает на наличие клинически значимых вегетативных нарушений. Позволяет оценить динамику вегетативного статуса.

3. Диагностика эмоциональной сферы:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [57] была выбрана для скрининга симптомов тревоги (подшкала А) и депрессии (подшкала D) у лиц в соматической популяции.

Содержит 14 пунктов (7 на тревогу, 7 на депрессию), оцениваемых от 0 до 3. Сумма по подшкале: 0-7 – норма, 8-10 – субклинический уровень, 11-21 – клинически значимый уровень. Чувствительна, специфична, исключает соматические пункты.

2. Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS) [38] позволил дать комплексную оценку нарушений в способности осознавать, понимать, принимать и модулировать интенсивность и длительность эмоциональных реакций.

Состоит из 36 пунктов, оцениваемых по 5-балльной шкале (1-5). Измеряет 6 аспектов: Непринятие эмоций, трудности целенаправленного поведения, трудности контроля импульсов, недостаток осознанности эмоций, ограниченный доступ к стратегиям регуляции, отсутствие ясности эмоций. Высокие баллы по шкалам и общий балл указывают на выраженную эмоциональную дисрегуляцию. Критически важен для оценки мишеней терапии при травме.

3. Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева) [44] предназначен для диагностики специфических низко адаптивных форм регуляции эмоций, характерных для последствий травмы: руминации (застревание), избегания и трудностей ментализации (понимания своих и чужих эмоций).

Состоит из 20 пунктов, оцениваемых по 5-балльной шкале. Выделяет 3 шкалы: руминация, избегание, трудности ментализации. Позволяет выявить

глубинные паттерны эмоционального реагирования, связанные с травматическим опытом.

4. Диагностика когнитивной сферы:

1. Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS) [46] выбрана для выявления глубинных негативных и ригидных убеждений о себе, мире, будущем и отношениях («Я должен быть совершенным», «Если меня не любят, значит, я никчемный» и т.д.), лежащих в основе депрессии, тревоги и последствий травмы.

Содержит 40 пунктов, оцениваемых по шкале от 1 («Совершенно не согласен») до 7 («Полностью согласен»). Высокий общий балл свидетельствует о выраженности дисфункциональных когнитивных схем. Является ключевой мишенью когнитивной переработки в ДПДГ и КПТ.

5. Диагностика поведенческой сферы:

1. Шкала влияния травматического события – пересмотренная (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), подшкала избегания [51] предназначена для оценки сознательных усилий по избеганию мыслей, чувств, разговоров, ситуаций, деятельности, мест или людей, напоминающих о травме – ключевого поведенческого симптома ПТСР и последствий травмы.

Содержит 22 пункта, оцениваемых по частоте за последние 7 дней (0-4). Прямая мишень терапии ДПДГ.

2. Опросник «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire – WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавторами [57, 61] позволяет дать оценку преобладающих поведенческих и когнитивных стратегий совладания (копинга) со стрессом и трудными жизненными ситуациями. Включает рассмотрение 3 шкал: стратегия поиска социальной поддержки, стратегия избегания, стратегия решения проблем.

Ниже мы обсудим результаты исследования. Индивидуальные результаты участников исследования по всему диагностическому комплексу представлены в Приложении А.

2.1.1. Результаты методики «Опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences - ACE-IQ)»

При проведении данной методики каждому участнику был присвоен уникальный код, который позволил исключить фамилию участника в исследовании.

По результатам опросника оценки НДО (Adverse Childhood Experiences - ACE-IQ), нам удалось разбить респондентов на три группы:

- 1 группа – низкий суммарный балл НДО;
- 2 группа – средний суммарный балл НДО;
- 3 группа – высокий суммарный балл НДО.

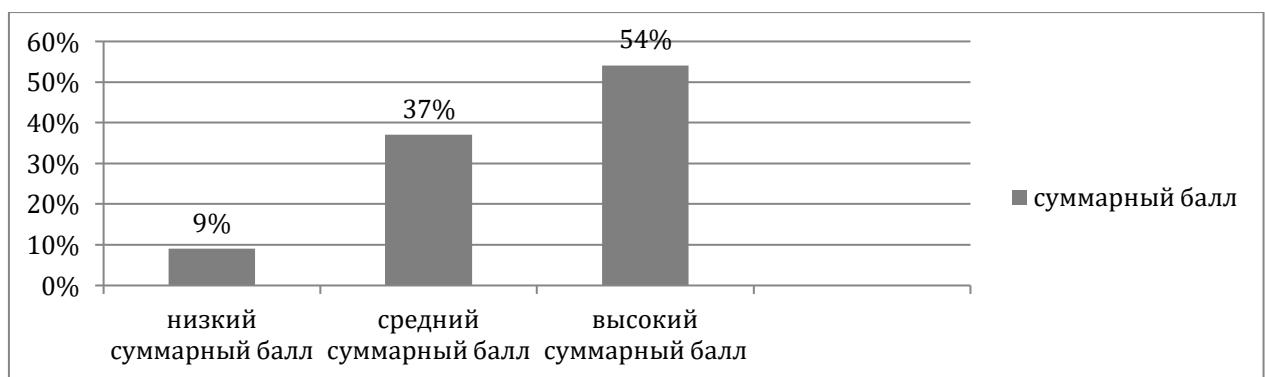


Рисунок 1. Распределение респондентов по наличию неблагоприятного детского опыта, в %

Из 46 исследуемых только 4 человека (или 9%) оказались с низким (0-2 балла) показателем НДО. Для людей с низким баллом НДО, характерно отсутствие всех видов насилия (физическое, эмоциональное, сексуальное, домашнее), отсутствие пренебрежения и внутрисемейных сложностей (развод или тюремное заключение, психические расстройства у членов семьи, злоупотребление ПАВ в семье, насилие между членами семьи), личного знакомства с такими категориями человек в детском возрасте не имел.

Группу со средним (3-5 баллов) показателем НДО составили 17 респондентов (или 37%). Люди со средним баллом НДО имеют личное

знакомство в детстве с вышеперечисленными категориями, но оно носило либо косвенный характер, либо было редким.

Двадцать пять респондентов (или 54%) составили группу с высоким (6-12 баллов) уровнем НДО, что говорит о частом столкновении с насилием, пренебрежением, семейными сложностями. Высокий балл является предиктором широкого спектра психических и соматических проблем во взрослом возрасте.

Данная методика является своего рода «пропуском» в экспериментальную группу формирующего эксперимента. Она помогает нам выявить тех участников исследования, у которых есть неблагоприятный детский опыт.

Далее рассмотрим уровни проявления последствий психологической травмы, полученной в результате пережитого неблагоприятного детского опыта, в каждой конкретной подгруппе.

2.1.2. Результаты методики «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 - PHQ-15)»

С помощью опросника мы смогли определить влияние психотравмы на соматическую сферу человека.

На рисунке 2 мы видим, что низкий уровень соматизации наблюдается у людей из группы «высокий балл НДО». У 2 человек (или 8%) наблюдаются редкие/слабые соматические симптомы, что соответствует вегетативной норме. У 1 и 2 групп низкий уровень отсутствует.

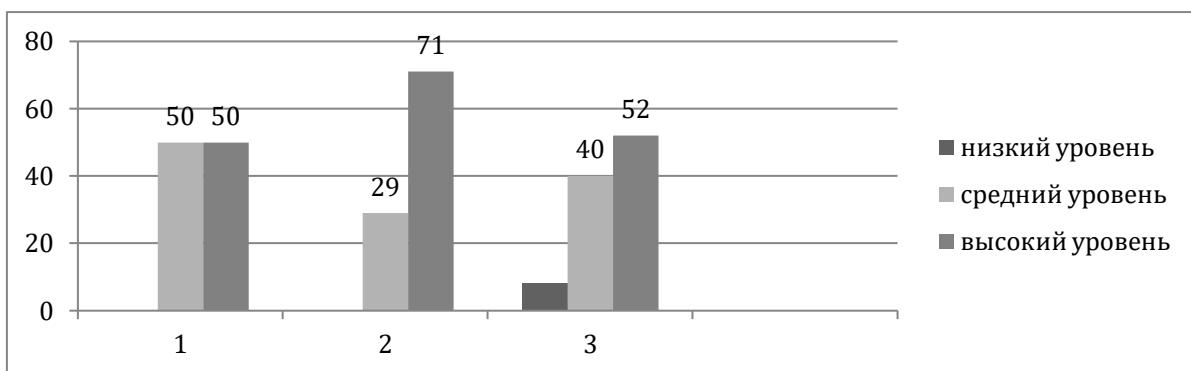


Рисунок 2. Уровни выраженности соматизации у респондентов по методике «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 - PHQ-15)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Средний уровень соматизации (по опроснику «умеренный») встречается во всех 3 группах. Данный уровень характеризуется эпизодической вегетативной неустойчивостью, умеренными соматическими жалобами. Респондентов с низким баллом НДО средний балл имеют 2 человека (или 50%). Во второй группе это 5 человек (или 29%). В 3 группе – это 10 человек (или 40%).

У группы со средним баллом НДО выделяется высокий уровень выраженности соматизации – это 12 человек (или 71 %): ярко выраженные множественные соматические симптомы, вегетативная дисфункция. Также высокое проявление данного уровня в 1 и в 3 группе – 2 человека (или 50 %) и 13 человек (или 52 %) соответственно.

Люди с высоким уровнем соматизации предъявляют следующие жалобы:

- Множественные и ярко выраженные соматические симптомы, сопровождающиеся вегетативной дисфункцией;
- Боли различной локализации: головные, мышечные, спинные, в области сердца и живота;
- Хроническую усталость и слабость;

- Нарушения работы желудочно-кишечного тракта: тошноту, вздутие, запоры или диарею;
- Нарушения дыхания: одышка, чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание;
- Вегетативные проявления: тахикардия, повышенную потливость, дрожь, трепет;
- Ощущение «кома» в горле, сухость во рту;
- Нарушения сна, тревожность, внутреннее напряжение, ощущение «взвинченности»;
- Повышенную чувствительность к шуму или свету;
- Частые головокружения, мышечные спазмы и подергивания.

Эти жалобы, часто не подтверждаемые органическими патологиями, обусловлены хроническим психологическим стрессом и нарушениями регуляции нервной системы, что характерно для посттравматических состояний при неблагоприятном детском опыте.

Таким образом, высокий уровень соматизации у нашей выборки отражает выраженное и многообразное сочетание соматических и вегетативных расстройств, которые служат физическим выражением психологического дистресса и эмоциональной дисрегуляции вследствие НДО. Эти симптомы существенно влияют на качество жизни и требуют комплексного психотерапевтического вмешательства.

2.1.3. Результаты методики «Шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну»

Данная методика выделяет низкий и высокий уровни вегетативных нарушений.

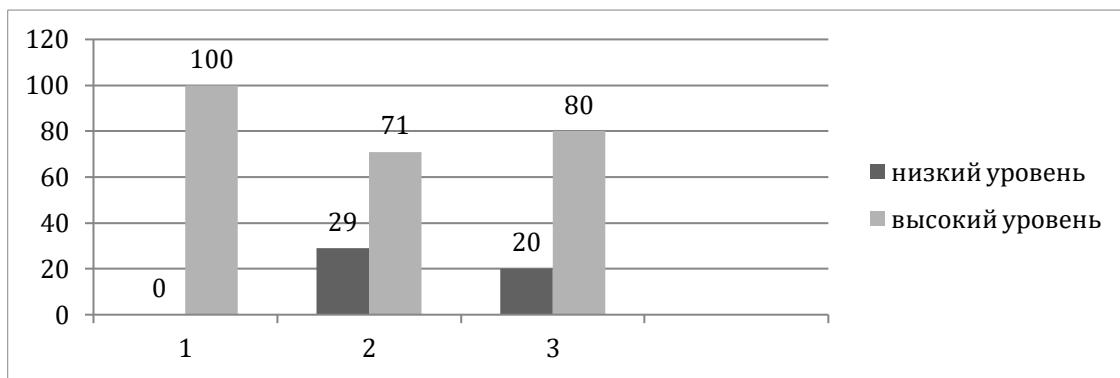


Рисунок. 3. Уровни выраженности вегетативной дисфункции у респондентов по методике «Шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Результаты методики показывают следующее: в 1 группе респондентов только высокий уровень вегетативной дисфункции, его имеют 4 человека (или 100%). Сумма баллов > 15 (высокий уровень) указывает на наличие клинически значимых вегетативных нарушений: нарушение вегетативной регуляции обмена веществ. У человека с высоким уровнем вегетативной дисфункции могут наблюдаться нарушения деятельности ЖКТ, хронические боли. Когда человек испытывает негативные чувства, стресс, страх, это имеет отражение и на физическом уровне: потливость, мокрые ладони, покраснение частей тела, частое посещение туалетной комнаты. Также высокий уровень встречается и в группах со средним суммарным баллом НДО, и в группах с высоким суммарным баллом НДО – 12 человек (или 71%) и 20 человек (или 80%) соответственно.

Низкий уровень выраженности вегетативной дисфункции встречается во 2 и 3 группах респондентов: 5 человек (или 29%) и 5 человек (и 20%) соответственно. Низкий балл указывает на благополучие по указанному признаку.

2.1.4. Результаты методики «Госпитальнаяшкалатревоги идепрессии (HospitalAnxietyandDepressionScale - HADS)»

Шкала методики направлена на рассмотрение влияния психотравмы на эмоциональную сферу человека, позволяет рассмотреть тревогу и депрессию на разных уровнях проявления.

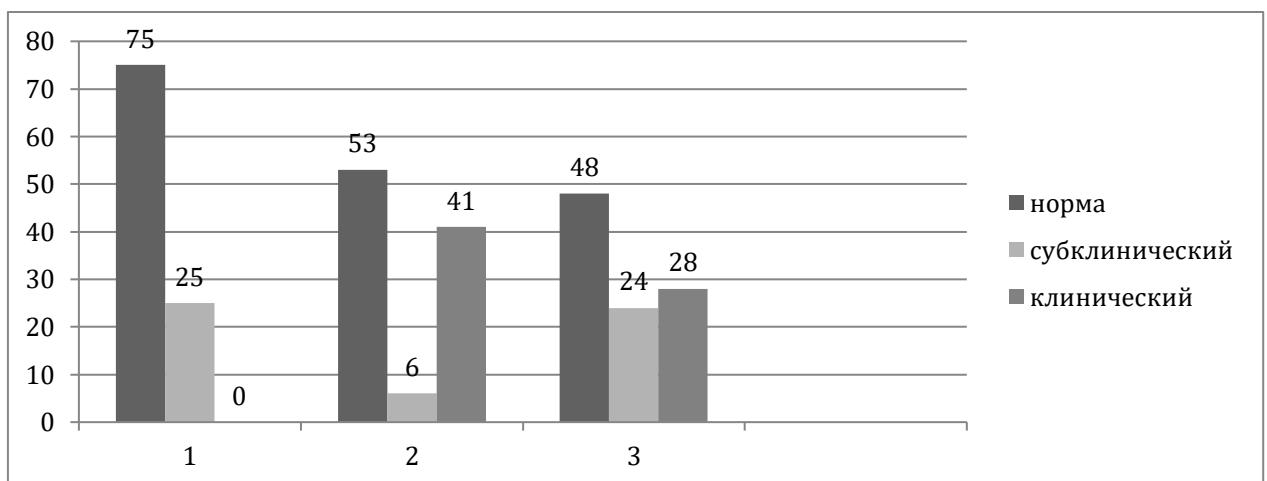


Рисунок 4. Уровни выраженности тревоги у респондентов по методике «Госпитальнаяшкала тревоги и депрессии (HospitalAnxietyandDepressionScale – HADS)», в %

Условные обозначения:
1 – низкий уровень НДО
2 – средний уровень НДО
3 – высокий уровень НДО

Рассмотрим шкалу «тревога»:

Во всех трех группах респондентов преобладает уровень нормы, а в группе с низким суммарным баллом НДО, уровень нормы выше, чем в других группах. Это значит, что у таких людей отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги. Для человека характерно полное благополучие по указанному признаку. В 1 группе – это 3 человека (или 75%), во 2 – 9 человек (или 53%), в 3 – 12 человек (или 48%).

В группе с низким уровнем НДО встречается субклинический уровень 1 человек (или 25%). Клинический уровень отсутствует вовсе. Субклинический уровень имеет место быть во 2 и в 3 группе: 1 человек (или

6%) и 6 человек (или 24%) соответственно. Субклинический уровень дает следующую характеристику: человек эпизодически находится в эмоциональном состоянии, которое характеризуется внутренним беспокойством, неопределенностью или ощущением опасности, но с минимальным влиянием на качество жизни и повседневную активность.

Клинический уровень преобладает в группе 2 и 3. 7 человек (или 41%) со средним суммарным баллом НДО и 7 человек (или 28%) с высоким суммарным баллом НДО. Характеристики клинического уровня: тревога носит постоянный характер. Она мешает повседневной жизни, нарушает общее состояние, вызывает физические и эмоциональные страдания.

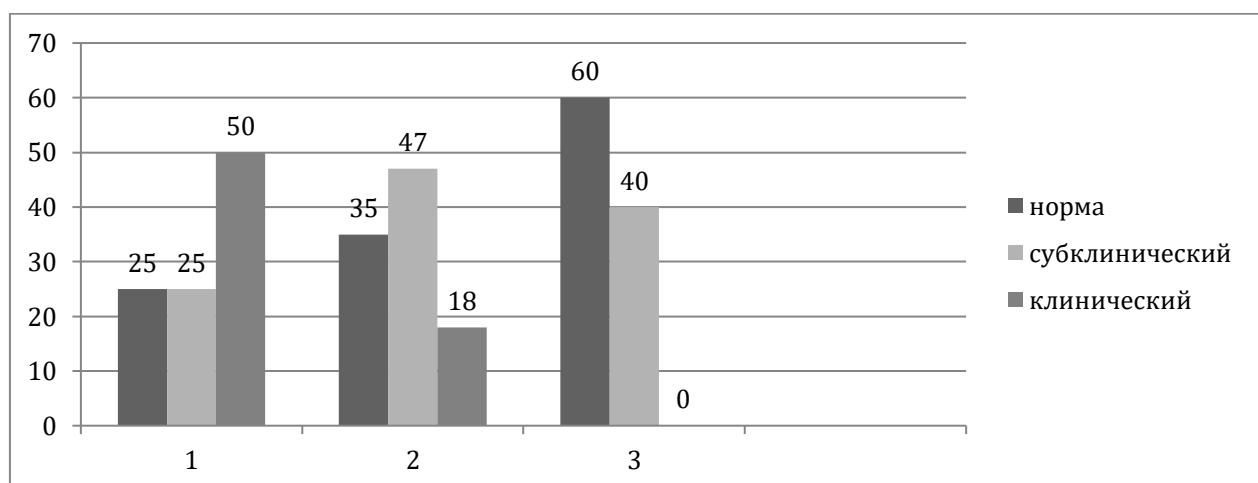


Рисунок 5. Уровни выраженности депрессии у респондентов по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Рассмотрим шкалу «депрессия»:

Наиболее высок показатель депрессии в группе 1 (группа с низким суммарным баллом НДО), 2 человека (или 50%) имеют клинический уровень выраженности. В 3 группе такой уровень отсутствует вовсе, а во 2 группе он выражен у 3 человек (или 18%). Клинический уровень характеризуется:

наблюдается выраженная эмоциональная дисрегуляция, состояние с отрицательным эмоциональным фоном, что также находит отражение и в когнитивной и поведенческой сфере человека: пассивность, нарушение мотивационной сферы и когнитивных представлений.

Уровень нормы наиболее выражен в группе 3 – это 15 человек (или 60%). В 1 и во 2 группе он также имеет место быть – это 1 человек (или 25%) и 6 человек (или 35%) соответственно. Эти люди имеют полное благополучие по признаку «Депрессия».

Субклинический уровень выражен во всех трех группах: 1 группа – 1 человек (или 25%), 2 группа – 8 человек (или 47%), 3 группа – 10 человек (или 40%). У респондентов, имеющих субклинический уровень, наблюдается умеренное проявление симптомов депрессии (нарушение сна, снижение интереса к тому, что раньше вызывало «аппетит», снижение настроения, утомляемость и т.д.), но с минимальным отражением на качестве жизни.

2.1.5. Результаты методики «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)»

Данные исследования отражены на рисунке 6.

У всех трех групп наиболее выражен средний уровень: человек может испытывать эпизодические трудности в проявлении и регулировании своих эмоций. Эпизодично могут проявляться беспричинные перепады настроения, проблемы с отвлечением внимания от эмоциональных сигналов. У 1 группы – это 2 человека (или 50%), 2 – 11 человек (или 64%), 3 – 17 человек (или 68%).

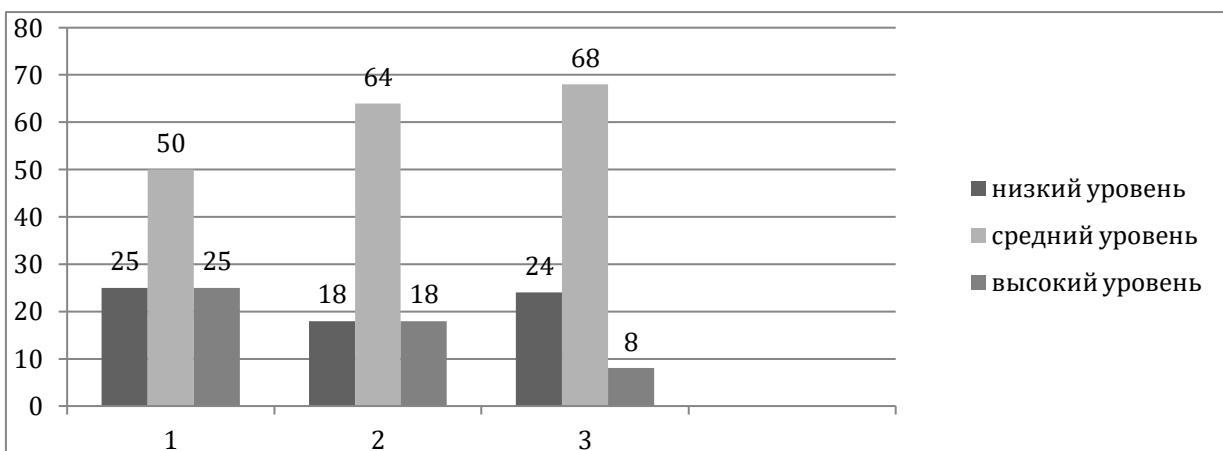


Рисунок 6. Уровни выраженности регуляции эмоций у респондентов по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Низкий уровень распространен у 3 групп примерно в одинаковых процентных соотношениях (25% - 18% -24%). Это значит, что люди склонны понимать, принимать и регулировать свои эмоции, к разным жизненным обстоятельствам подбирать соответствующее эмоциональное проявление, что соответствует низкому уровню регуляции эмоций.

Рассмотрим проявление высокого уровня трудностей регуляции эмоций:

В 1 группе с низким суммарным баллом НДО 1 человек (или 25%) имеют высокий уровень выраженности. Во 2 группе – 3 человека (или 18%), в 3 группе 2 человека (или 8%). Высокий балл указывают на выраженную эмоциональную дисрегуляцию, что приводит к неадаптивным реакциям. Идет нарушение способности адекватно регулировать интенсивность, продолжительность и выражение эмоциональных реакций. В норме эмоциональная регуляция работает как термостат: позволяет реагировать на события соразмерно их значимости, возвращаясь к эмоциональному равновесию после нормативного периода переживаний. При дисрегуляции этот механизм даёт сбой — возникает либо гиперреактивность (чрезмерная

эмоциональная реакция), либо гипореактивность (эмоциональная заторможенность). К проявлениям дисрегуляции также можно добавить резкие и беспричинные перепады настроения; вспышки неконтролируемого гнева; приступы чрезмерного плача; импульсивное поведение.

2.1.6. Результаты методики «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева)»

Данный опросник – это последняя методика, направленная на рассмотрение эмоциональной сферы. Он предназначен для диагностики низкоадаптивных форм эмоциональной регуляции, характерных для последствий травмы, таких как руминация, избегание и трудности ментализации. Интересно рассмотреть выраженность каждой вышеперечисленной характеристики в наших 3 группах, разделенных по суммарному баллу НДО.

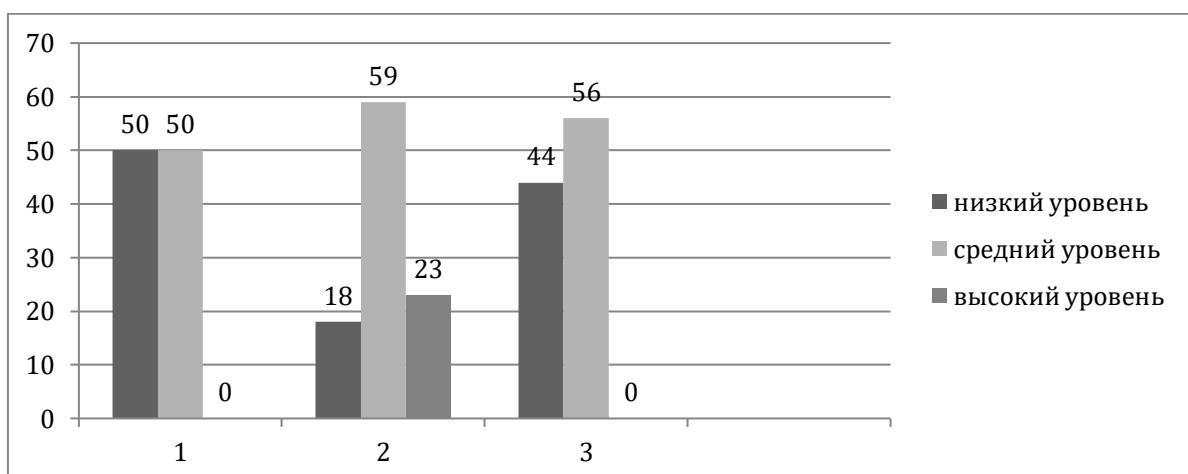


Рисунок 7. Уровни выраженности руминации у респондентов по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Рассмотрим характеристику руминации. В первой группе респондентов наблюдаем деление показателей на низкий и средний уровни, 2 человека (или 50%) по каждому уровню. Низкий уровень демонстрирует благополучность по данному признаку. Руминация — это мыслительная зацикленность на повторяющихся негативных размышлениях о неудачах, проблемах или негативных событиях. Процесс руминации не способствует решению проблемы, а напротив, ведет к усилению стресса, повышению тревожности и выгоранию. Люди с низким уровнем показателя руминации не застревают в негативном состоянии, не зацикливаются на пережитой психотравме. Для людей среднего уровня «умственная жвачка» случается эпизодично и не влияет на интенсивность негативных эмоций.

Во второй группе наблюдается появление высокого уровня руминации, в отличие от 1 и 2 групп (в 1 и 2 группе данный уровень по шкале имеет выраженность 0%). 4 человека (или 23%) имеют высокий уровень руминации. Для них характерно застревание («умственная жвачка») и стереотипное возвращение к определенным, как правило, негативным эмоциональным состояниям. Это способно приводить к нарастанию интенсивности негативных эмоций, приводящему к поведенческому срыву, цель которого — облегчить эмоциональную боль. 10 человек (или 59%) имеют средний уровень выраженности, это уровень более выделяется у второй группы, чем у первой и третьей. 3 человека (или 18%) имеют низкий уровень.

В третьей группе респондентов представлены 2 уровня — низкий и средний: 11 человек (или 44%) и 14 человек (или 56%) соответственно.

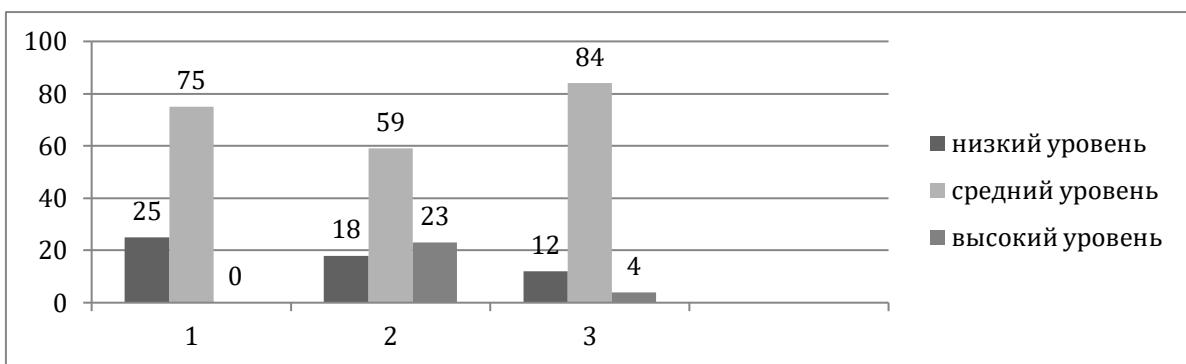


Рисунок 8. Уровни выраженности избегания у респондентов по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Шкала избегание также характеризует низкоадаптивные формы эмоциональной регуляции. В первой группе, по сравнению с остальными двумя группами, представлены большим процентов низкий и средний уровень выраженности избегания. Низкий уровень имеет 1 человек (или 25%), респонденты стараются решить трудности и проблемы, не прячутся от них, закрывая глаза на ситуацию и пуская на самотек. Средний уровень имеют 3 человека (или 75%), такие люди склонны прибегать к избеганию эпизодами, ряд проблем решают, ряд избегают.

Во 2 группе появляется высокий уровень выраженности данного признака – 4 человека (или 23%). Для них характерно: отказ от переживаний, обладающих высоким аффективным зарядом и сопровождающихся острыми негативными эмоциями. Склонна импульсивность аффективных реакций – их неконтролируемость, недоступность сознанию. Средний уровень имеют 10 человек (или 59%), 3 человека (или 18%) – низкий уровень.

В 3 группе видим наличие всех трех уровней, средний уровень представлен большим процентом респондентов – 16 человек (или 64%). Низкий уровень 3 человека (или 12%), 1 человек (или 4%) – высокий.

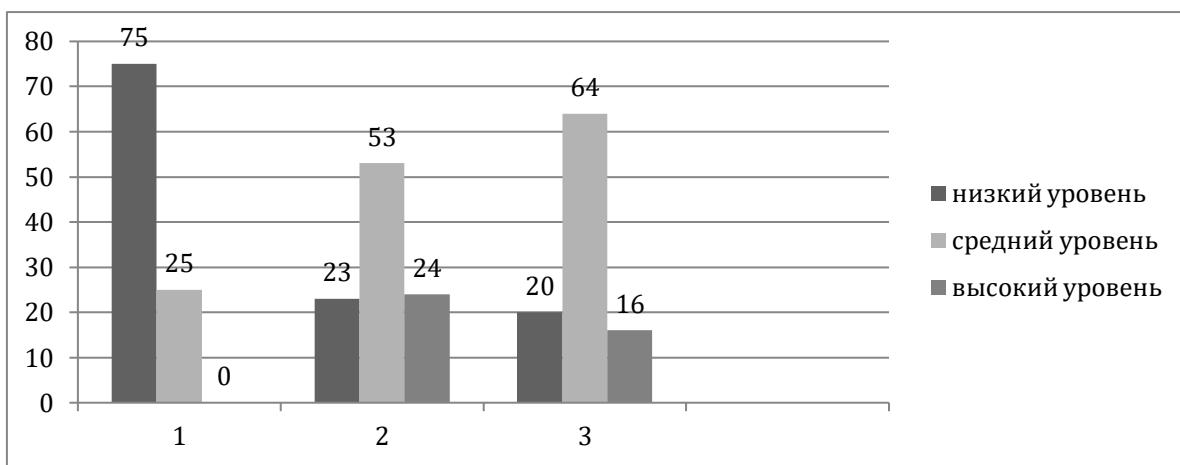


Рисунок 9. Уровни выраженности трудностей ментализации у респондентов по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)», в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

В опроснике под трудностями ментализации, подразумевается недостаточность (незрелость, дефицитарность) знания о чувствах и переживаниях, слабость навыков управления ими, их понимания, применения во взаимодействии с другими людьми и при самопознании. Первая группа имеет самый низкий уровень, по сравнению со 2 и 3 группой. Три человека (или 75%) имеют низкие трудности ментализации, люди понимают и принимают свои эмоции, в зависимости от ситуации выбирают тождественный эмоциональный отклик. 1 человек (или 25%) имеют средний уровень, они склонны не во всех житейских ситуациях понимать как свои собственные переживания и поступки, так и эмоции и поведение других людей.

Во второй группе представлены все три уровня выраженности, но лидирует средний — это 9 человек (или 53%). Низкий уровень — у 4 человек (или 23 %). Высокий уровень, имеют 4 человека (или 24%): таким респондентам сложно понимать свои и чужие эмоции, что влечет к неадаптивным способам поведения.

В 3 группе также лидирует средний уровень выраженности — 16 человек (или 64%) склонны не всегда давать отчет своим чувствам. Эпизодично испытывают трудности в проявлении негативных эмоций. 5 человек (или 20%) — средний уровень, высокий — 4 человека (или 16 %).

Для определения итогового уровня эмоциональной дисрегуляции у участников исследования мы обобщили результаты всех трех вышеперечисленных шкал.

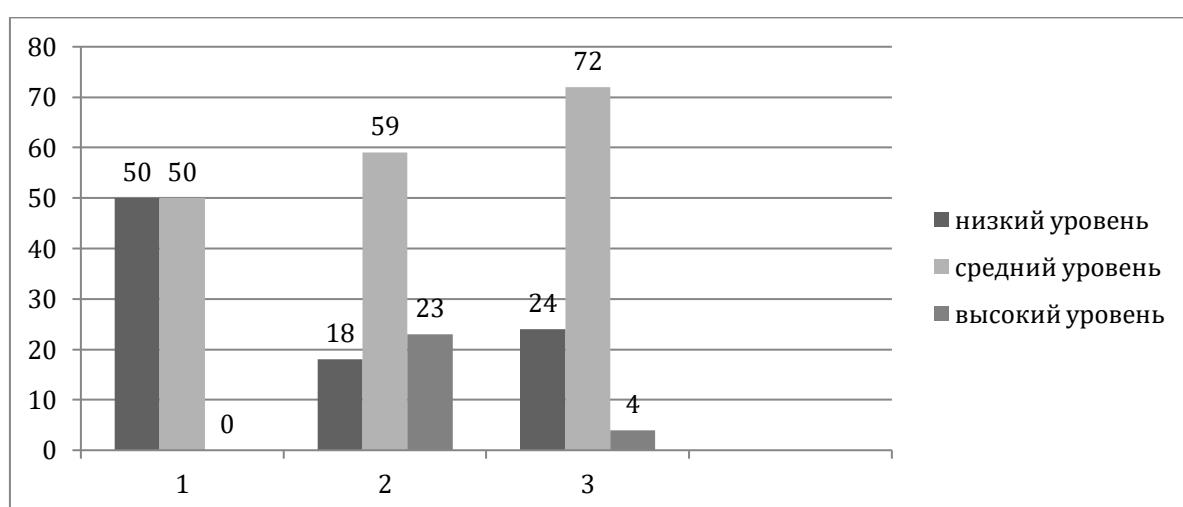


Рисунок 10. Уровни выраженности эмоциональной дисрегуляции у респондентов по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)», в %

В 1 группе респонденты делятся пополам на средний и высокий уровни — 2 человека (или 50%). Низкий уровень эмоциональной регуляции характеризуется так: человек стремится решить свою проблему, не избегает ее, старается прожить все свои негативные чувства и отпустить их, дает отчет и понимание своим чувствам.

Во второй группе встречается низкий уровень — 3 человека (или 18%), 10 человек (или 59%) со средним уровнем. Для них характерно эпизодичное застревание на негативных прошлых эмоциях, сложности в понимании эмоций у себя и у других людей, частичное избегание проблемы. И 4 человека (23 %), демонстрируют высокий уровень.

В 3 группе лидирует средний уровень — 18 человек (или 72 %), 6

человек (или 24 %) показали низкий уровень. Высокий уровень имеют 1 человек (или 4%), постоянная «умственная жвачка», избегание проживания негативных эмоций (гнев, злость, стыд), непонимание собственных чувств и чувств окружающих, сопровождают участников высокого уровня выраженности эмоциональной дисрегуляции.

2.1.7. Результаты методики «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)»

Опросник «Шкала дисфункциональных установок» позволяет рассмотреть влияние психотравмы, полученной в результате НДО, на когнитивную сферу человека.

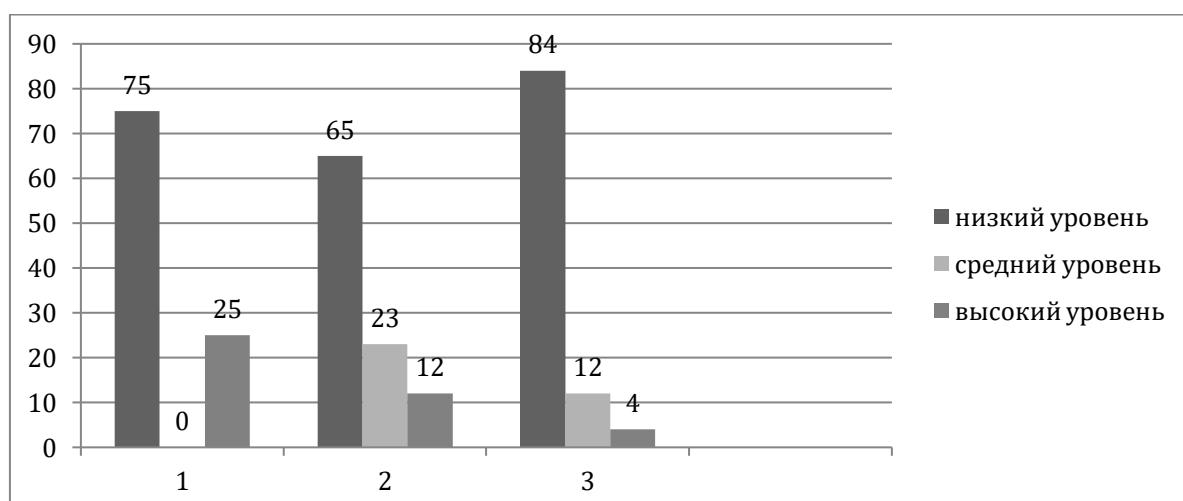


Рисунок 11. Уровни выраженности дисфункциональных установок у респондентов по методике «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)», в %

Условные обозначения:
1 – низкий уровень НДО
2 – средний уровень НДО
3 – высокий уровень НДО

По рисунку видно, что во всех трех группах лидирует низкий уровень: 1 группа 3 человека (или 75%), 2 группа – 11 человек (или 65%), 3 группа 21 человек (или 84 %). Для низкой выраженности дисфункциональных

установок характерно: установки о себе, о других людях, о мире в целом человеку не мешают адаптивно функционировать в настоящей жизни. В первой группе наряду с низким уровнем имеем выраженность высокого уровня: 1 человек (или 25%).

Во второй группе видим появление среднего уровня — 4 человека (или 23%). Умеренные дисфункциональные установки, эпизодические когнитивные трудности характерны для показателя «средний уровень». Высокий уровень выраженности данного признака составляет 2 человека (или 12%): выраженные дисфункциональные установки, значительные когнитивные искажения, что влечет за собой трудности в когнитивной сфере.

Третья группа представлена лидирующим, среди других групп, низким уровнем. Средний уровень составляет 3 человека (или 12%). Высокий уровень – 1 человек (или 4%). У человека с высоким уровнем могут быть чрезмерно высокие стандарты, которые ведут к хронической неудовлетворённости собственной деятельностью. Например, в пунктах методики есть такие утверждения: *«Если я неуспешен в работе, значит, я неуспешен как личность в целом»*, *«Я должен устанавливать для себя более высокие критерии, чем другие люди»*. Установки о себе, о других людях влияют на поведение человека, его адаптивность.

2.1.8. Результаты методики «Шкала влияния травматического события - пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R)

Предложенная методика направлена на выявление влияния НДО на поведенческую сферу человека. Опросник основан на самоотчёте, и выявляет преобладание тенденции избегания или вторжения, а также физиологическую возбудимость, в ответ на воспоминания о травматическом событии.

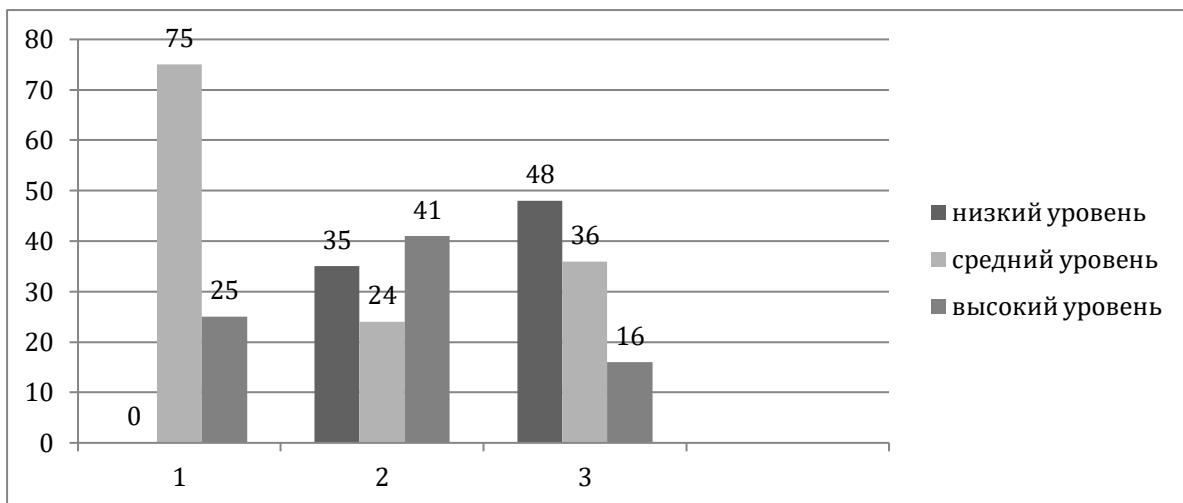


Рисунок 12. Уровни выраженности влияния травматического события у респондентов по методике «Шкала влияния травматического события – пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R), в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Рассмотрим первую группу респондентов (с низким суммарным баллом НДО). Рисунок показывает лидирование среднего уровня выраженности 3 человека (или 75%) и наличие высокого уровня — 1 человек (или 25%). Для респондентов с высоким уровнем, характерно наличие навязчивых чувств и мыслей по поводу пережитой психотравмы. Часто события настоящей жизни, напоминают и возвращают их в прошлые события.

Во второй группе доминирует высокий уровень влияния травматического события — 7 человек (или 41%). У таких людей часто может быть бессонница, кошмары, в которых человек вновь и вновь проживает психотравмирующее событие. Наряду с этим человек старается избавиться от негативных переживаний или обесценивает травмирующее событие. Четыре человека (или 24%) имеют средний уровень: вышеуперечисленные проявления влияния травматического события носят эпизодичный характер: избегание, трудности в отношениях, умеренная импульсивность, рискованное поведение. 6 человек (или 35%) с низким

уровнем, т.е. благополучны по данному признаку и имеют низкий уровень.

В третьей группе: 12 человек (или 48%) — низкий уровень, 9 человек (или 36%) — средний, 4 человека (или 16%) — высокий уровень. Преобладание низкого уровня в данной группе может свидетельствовать о мощной психологической защите.

2.1.9. Результаты методики «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт. - "ЛОБИ", Жизненные стратегии)

Каждый человек, чтобы совладать со стрессом и трудными жизненными ситуациями, использует поведенческие и когнитивные стратегии (копинги). Предложенная методика, предполагает рассмотрение 3 блоков копинг-стратегий.

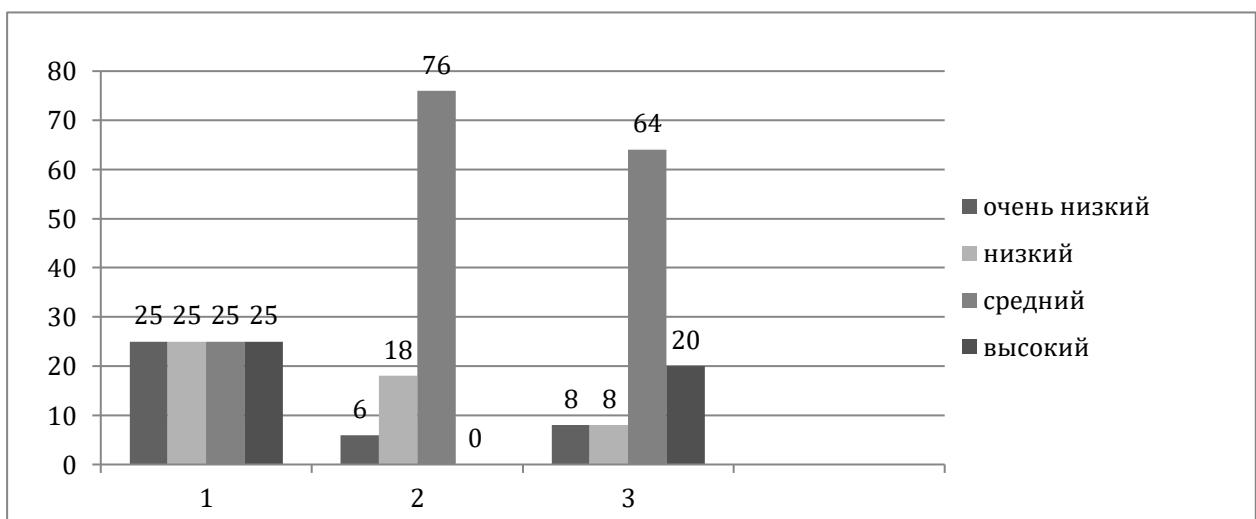


Рисунок 13. Уровни выраженности стратегии решения проблем у респондентов по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire – WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавторами, в %

Условные обозначения:
1 – низкий уровень НДО
2 – средний уровень НДО
3 – высокий уровень НДО

Первая группа представлена всеми 4 уровнями (очень низкий, низкий, средний, высокий) поровну, 1 человек (или 25%).

Вторая группа, по сравнению с первой, сильно лидирует средним уровнем 13 человек (или 76%). Такие респонденты решают свои проблемы и жизненные трудности, но выборочно. 3 человека (или 18%) имеют низкий уровень выраженности, решение проблем есть, но крайне эпизодичное. 1 человек (или 6%) каждой трудной жизненной задаче найти решение.

Третья группа наряду с очень низким уровнем — 2 человека (или 8%), низким уровнем — 2 человека (или 8%) и средним — 16 человек (или 64%), представлена также и высоким уровнем — 5 Человек (или 20%). К высокому уровню относятся те люди, которые не стремятся разрешать свои проблемы, все пускают на самотек.

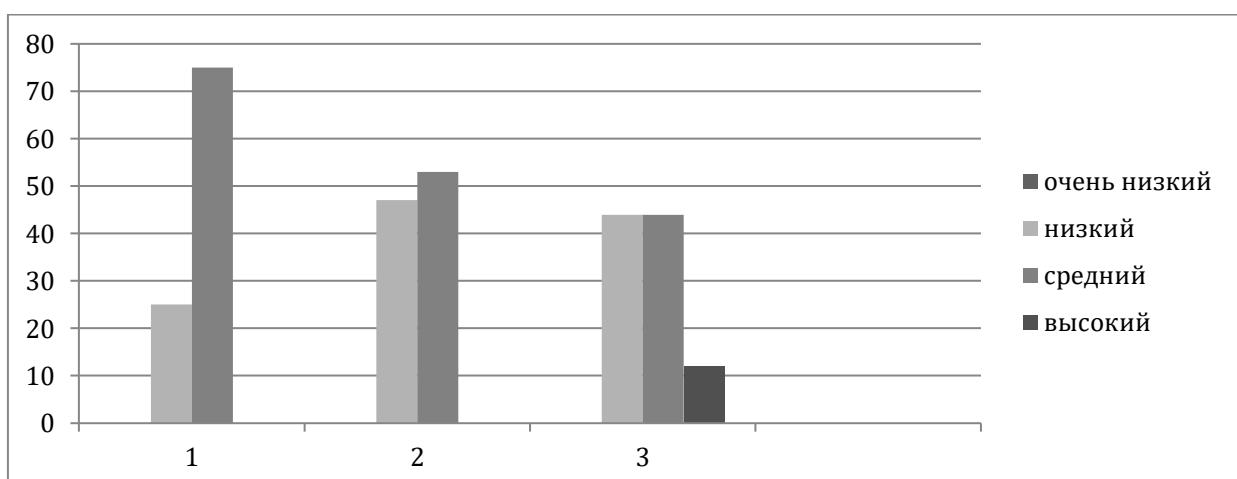


Рисунок 14. Уровни выраженности стратегии поиска социальной поддержки у респондентов по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавторами), в %

Во всех группах представлен очень низкий уровень нулевым процентом. Низкий уровень в первой группе представлен 1 человеком (или 25%). Предполагается, что этот человек, для решения своих проблем, прибегает к помощи других людей на постоянной основе. Это помогает ему в более быстро и экологично решить проблему. Три человека (или 75%), скорее всего, прибегают к социальной поддержке, эпизодично. Высокого

уровня проявления данного признака в первой группе нет.

Вторая группа демонстрирует также как и первая, наличие низкого уровня 8 человек (или 47%) и среднего — 9 человек (или 53%). В целом эта группа также стремится прибегать к помощи друзей, близких, либо специальных психологических служб. Человек — существо социальное. Для нормального качества жизни и успешного функционирования, необходима социальная поддержка близких людей или дружественной социальной группы.

Третья группа — единственная, в которой наряду с низким уровнем — 11 человек (или 44%), средним — 11 человек (или 44%) представлен высокий уровень 3 человека (или 12 %). Респонденты высокого уровня стремятся все решать в одиночку, забывая смысл старой русской пословицы: «Один в поле не воин».

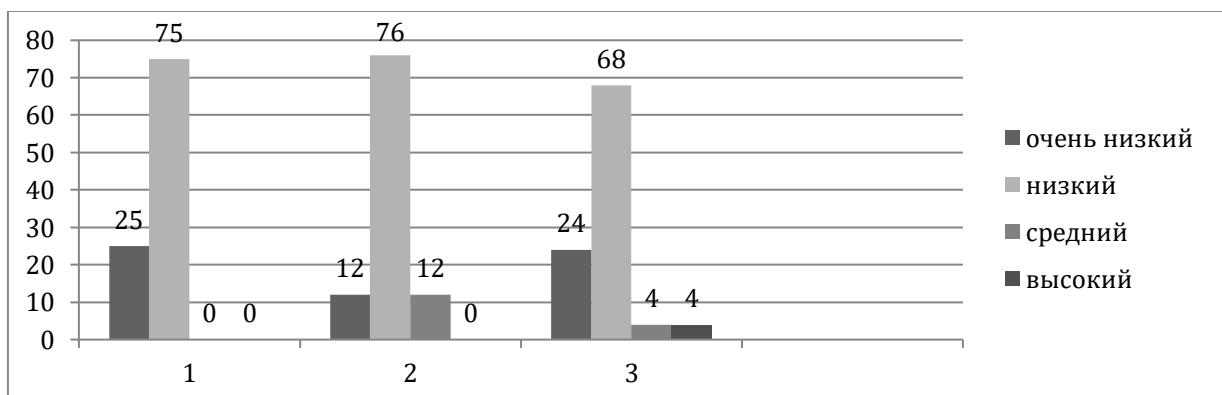


Рисунок 15. Уровни выраженности стратегии избегания, у респондентов по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт.), в %

Условные обозначения:

- 1 – низкий уровень НДО
- 2 – средний уровень НДО
- 3 – высокий уровень НДО

Первая группа имеет благополучные показатели: 1 человек (или 25%) имеет очень низкий уровень, 3 человека (или 75%) — низкий. Такие респонденты стремятся решить проблему, и не избегать ее.

Во второй группе 2 человека (или 12%) имеют очень низкий уровень,

13 человек (или 76 %) — низкий уровень. 2 человека (или 12 %) — средний уровень, имеют склонность, в некоторых жизненных обстоятельствах, замалчивать проблему, таким образом, избегая ее.

Третья группа демонстрирует выраженность всех четырех уровней, впервые появляется высокий уровень. 6 человек (или 24%) имеют очень низкий, 17 человек (или 68%) — низкий, 1 человек (или 4%) — средний уровня. 1 человек (или 4 %) имеет высокий уровень. Данная группа людей склонна к постоянному использованию стратегий избегания, человек боится сложностей, и не хочет сталкиваться со своей проблемой, решать ее.

Обобщим результаты 3 блоков стратегий.

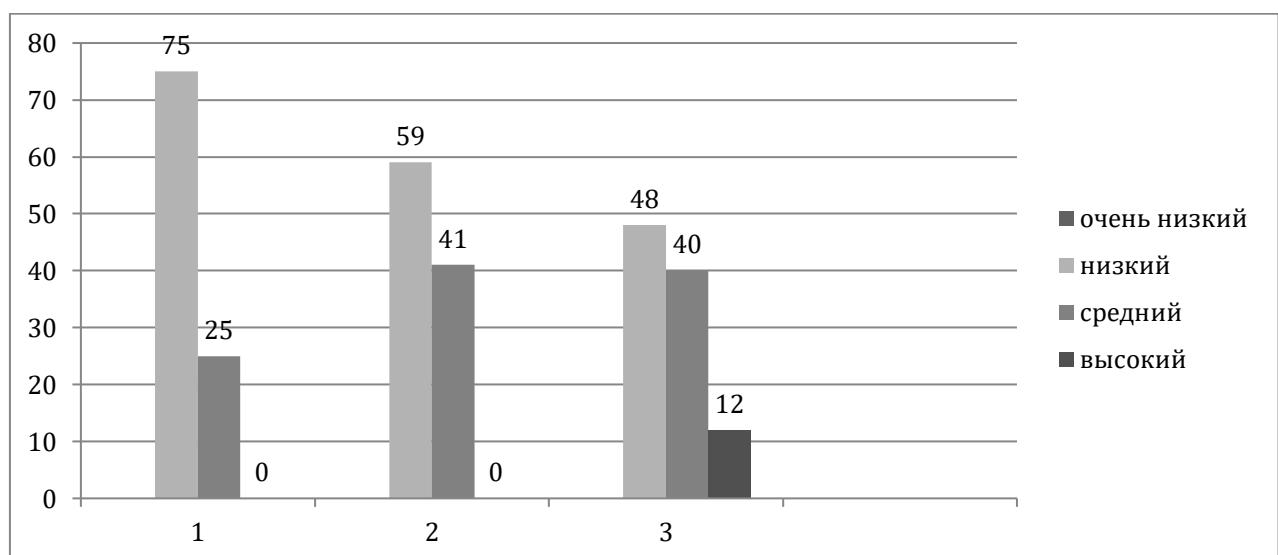


Рисунок 16. Уровни выраженности копинг-стратегий у респондентов по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт.), в %

Первая группа представлена лидирующим, по сравнению с другими группами, низким уровнем — человек прибегает к копинг-стратегиям для решения своих проблем, лишь редкие проблемы он решает, не используя копинг-стратегии. Один человек (или 25%) имеет средний уровень, это характеризует респондента, как человека, который эпизодично использует копинг-стратегии в жизни.

Вторая группа также представлена низким и средним уровнем — 10

человек (или 59%) и 7 человек (или 41%) соответственно.

В третье группе наблюдается появление высокого уровня — 3 человека (или 12%), то есть люди исключают использование копинг-стратегий. Хотя копинг-стратегия (копинг, иногда — «стратегия совладания») — это способ адаптироваться к стрессовой ситуации, выразить реакцию на стресс через мысли, чувства и действия. Средний уровень виден у 10 человек (или 40%), низкий — у 12 человек (или 48%).

Проанализировав, на каком уровне сформированности находится каждый критерий у респондентов с разными суммарными баллами неблагоприятного детского опыта (группа 1, группа 2, группа 3), следует определить итоговый уровень проявления психологической травмы.

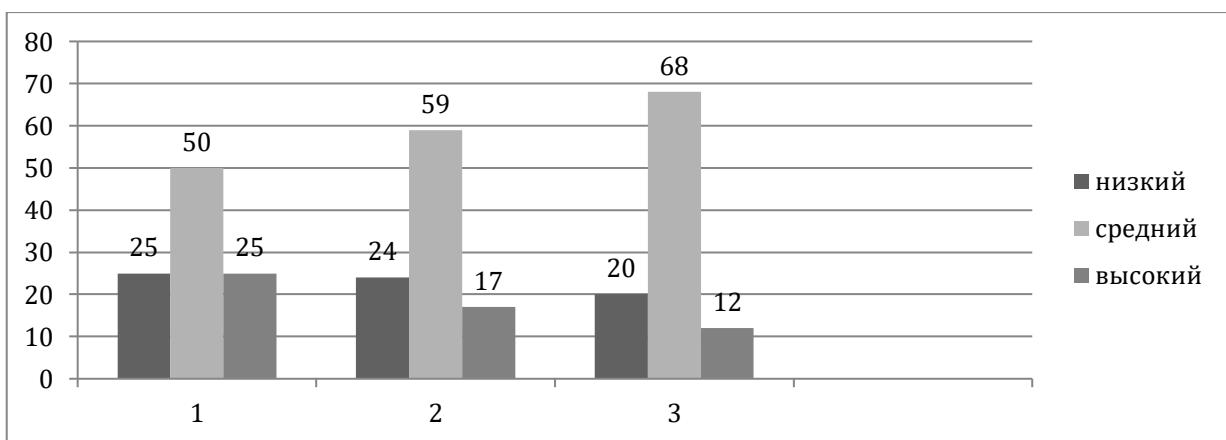


Рисунок 17. Уровни выраженности последствий психологической травмы у респондентов, разделенных по суммарному баллу неблагоприятного детского опыта, в %

Из рисунка видно, что все три группы представлены тремя уровнями выраженности последствий психологической травмы.

У всех трех групп лидирующее положение занимает средний уровень: 1 группа — 2 человека (или 50%), 2 группа — 10 человек (или 59%), 3 группа 17 человек (или 68%). Для респондентов со средним уровнем характерно эпизодичное нарушение деятельности во всех четырех сферах: соматической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой. Умеренные соматические жалобы, эпизодическая вегетативная неустойчивость, субклиническая

тревога/депрессия, умеренные трудности регуляции эмоций, умеренные дисфункциональные установки, эпизодические когнитивные трудности, эпизодическое избегание, трудности в отношениях, умеренная импульсивность, рискованное поведение.

Низкий уровень в 1 группе имеет 1 человек (или 25%), во 2 группе — 4 человека (или 24%), в 3 группе 5 человек (или 25%). Для респондентов с низким уровнем характерно следующее: редкие/слабые соматические симптомы, вегетативная норма, эпизодическая тревога/подавленность, незначительные трудности регуляции, незначительные ригидные установки, редкие когнитивные трудности, редкое избегание, осторожность в доверии, незначительная импульсивность.

Высокий уровень в 1 группе имеет 1 человек (или 25%), во 2 группе — 3 человека (или 27%), в 3 группе 3 человека (или 12%). Для него характерны частые нарушения деятельности в перечисленных выше сферах. Например, в соматической сфере, это могут быть ярко-выраженные хронические боли, нарушения деятельности ЖКТ, вегетативная дисфункция. В поведенческой: систематическое избегание, саморазрушение, выраженная агрессия/рискованность, аддикции, глубокая изоляция. В когнитивной: выраженные дисфункциональные установки, значительные когнитивные искажения, заметные трудности внимания/памяти. В эмоциональной: клинически значимые тревога/депрессия, выраженная эмоциональная дисрегуляция. Все это негативно сказывается на качестве жизни человека, его адаптивной способности в социуме и эффективности в трудовой деятельности.

По результатам проведенных методик, наибольший интерес для дальнейшего исследования представляют группы 2 и 3, так как они имеют средний и высокий суммарный балл неблагоприятного детского опыта. Важно отметить, что в первой группе, с низким суммарным баллом неблагоприятного детского опыта, в котором человек либо не имел прямого контакта с насилием и пренебрежением, либо имел крайне редкое

столкновение с ним, появление высокого уровня проявления последствий психотравмы можно объяснить тем, что человек, в настоящее время в своей жизни столкнулся с какими-то трудностями, стрессовыми ситуациями, которые наложили на него свой отпечаток и отразились на интерпретации психодиагностических методик.

Таблица 4. – Степень тяжести проявления последствий психотравмы по группам

Аспект	Низкий (0-2 балл) НДО	Средний (3-5 баллов) НДО	Высокий (6-10 баллов) НДО
Соматизация	отсутствует	умеренная	выраженная
Вегетативные нарушения	отсутствует	выраженные	выраженная
Тревога	норма	умеренная	выраженная
Депрессия	норма	умеренная	выраженная
Эмоциональная дисрегуляция	интактна	признаки	выраженая
Руминация	минимальна	умеренная	выраженная
Дисфункциональные установки	минимальны	выраженные	выраженные
Адаптивный копинг	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень
Дезадаптивный копинг	минимален	зачатки	выраженный

Полученные результаты будут учтены при планировании консультативной работы.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента с применением метода ДПДГ в процессе психологического консультирования взрослых с психотравмой

Психотравма вследствие неблагоприятного детского опыта (НДО) создает комплексный негативный след в психике человека, который

проявляется во взрослом возрасте на эмоциональном, когнитивном, поведенческом и физическом уровне, в виде симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тревоги, депрессии, соматоформных расстройств, дисфункциональных убеждений и нарушений эмоциональной регуляции. Анализ данных респондентов ($n=46$) наглядно демонстрирует прямую корреляцию между уровнем НДО и выраженностю психопатологической симптоматики.

Целью индивидуального консультирования с применением метода ДПДГ, было снижение негативного влияния последствий детской психотравмы на текущее функционирование клиентов, переработка травматических воспоминаний и формирование адаптивных копинг-стратегий.

Задачи консультирования ставились следующие:

1. Диагностическая: Оценка уровня и специфики травматизации (балл НДО), выявление ведущей симптоматики (тревога, депрессия, соматизация, дисфункциональные отношения).

2. Установочная: Создание безопасного терапевтического альянса, разъяснение клиенту модели травмы и механизмов работы ДПДГ, психообразование.

3. Стабилизационная (особенно актуальна для группы с высокой травматизацией): обучение навыкам саморегуляции и совладания с аффектом («окно толерантности»).

4. Перерабатывающая: Целенаправленная десенсибилизация и переработка ключевых травматических воспоминаний с помощью специально подобранных протоколов ДПДГ.

5. Интеграционная: Закрепление положительных когнитивных установок, завершение незавершенных процессов, планирование будущего.

Следующим этапом практической работы стало формирование экспериментальной группы. На основе анализа данных констатирующего эксперимента, респонденты из групп со средним суммарным и высоким

суммарным баллами неблагоприятного детского опыта были включены в 2 подгруппы по проявлению последствий психологической травмы, вследствие НДО:

Подгруппа 1 – средняя степень травматизации (27 человек). Характеризуется наличием четких, часто отдельных эпизодов травмы. Симптоматика присутствует, но клиенты сохраняют относительную способность к функционированию.

Подгруппа 2 – высокая степень травматизации (6 человек). Характеризуется хронической, комплексной травмой, часто в форме пренебрежения и длительного насилия. Наблюдается полисимптомная картина: высокие баллы по шкалам тревоги, депрессии, ПТСР, эмоциональной дисрегуляции и выраженные дисфункциональные убеждения.

В экспериментальную группу вошли респонденты из 2 выше перечисленных подгрупп, в составе 10 человек. Мы учитывали желание самих респондентов решать свои жизненные проблемы и пойти в психотерапию, а также понимали, что выбранный нами основной метод ДПДГ и психологическая индивидуальная консультация, как форма работы, требует длительного времени, поэтому остановились на 10 респондентах. Следует отметить, что были участники констатирующего эксперимента, которые были не готовы продолжить работу дальше, они либо напрямую заявляли об этом, либо резко находились веские причины или семейные обстоятельства, мешающие пойти в терапию. Не каждый был готов вновь столкнуться со своими травмирующими событиями детства.

Таблица 5. – Участники экспериментальной группы

№п/п	Ф.И.	Код	Возраст	Уровень последствия психотравмы
Средний суммарный балл				
1	Владлен	105	32	Средний
2	Арина	106	42	Средний
3	Полина	110	33	Средний
4	Майя	116	54	Высокий
5	Екатерина	117	44	Высокий
Высокий суммарный балл				
6	Виктория	122	45	Средний
7	Полина	128	39	Высокий
8	Ольга	131	46	Высокий
9	Алена	136	42	Средний
10	Людмила	145	37	Средний

Далее мы занялись реализацией индивидуальных консультаций с применением метода ДПДГ. Стандартный протокол Шапиро — это фундамент. В настоящее время, метод ДПДГ, обогатился множеством дополнительных отдельных протоколов для работы с тревогой, паническими расстройствами, фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами, дисморфофобиями, депрессией и расстройствами пищевого поведения, а также для психотерапии сексуальных дисфункций. В нашем исследовании, для работы с лицами со средней степенью травматизации, где часто ключевым запросом являлось не только единичное воспоминание, но и текущий стресс, триггеры и развитие устойчивости, мы выбрали технику ДПДГ Flash (Филипп Менфилд). Это более современная, мягкая и, в то же время, краткосрочная терапевтическая методика, разработанная для работы с травмами, которая фокусирует внимание пациента на любом позитивном образе, воспоминании, детали, одновременно с очень кратковременным контактом с травмирующим событием.

В рамках применения этой техники десенсибилизации, после идентификации дисфункционально закодированного «воспоминания-мишени», терапевт инициирует процедуру перенаправления когнитивно-

аффективного фокуса клиента. Вместо прямого контакта с травматическим материалом, клиенту предлагается активировать и устойчиво удерживать в поле внимания ресурсное событие или образ, ассоциированный с позитивным автобиографическим воспоминанием, визуальным образом, сенсорным представлением или состоянием психологического покоя.

Ключевым механизмом техники является поддержание непрерывной концентрации на этом адаптивном нейтрализаторе, выполняющем функцию психологической «буферизации». Параллельно с этим осуществляется процедура прерывистого, кратковременного отвлечения от ресурсного фокуса по сигналу терапевта. Важнейшей характеристикой процесса является то, что десенсибилизация и последующая адаптивная переработка травматического материала происходят на неосознаваемом уровне, без необходимости реконсолидации и вербализации исходной дисфункциональной памяти в сознательном поле клиента. Данный не конфронтационный подход минимизирует риски ретравматизации и способствует формированию новых ассоциативных связей в обход защитных механизмов психики.

Для билатеральной стимуляции используется сочетание постукивания клиентом руками по своим коленям с движениями глазами и упражнение «Бабочка». Скорость переработки, при этом, крайне высокая. Значительное снижение баллов по шкале субъективного беспокойства ШСБ (до 0) часто достигается за несколько минут на одну мишень. Клиент получает быстрое облегчение симптомов и десенсибилизация происходит через отвлечение и работу с позитивным образом.

Таким образом, протокол, разработанный Филиппом Мэнсфилдом, представляет собой инновационный метод в рамках подхода ДПДГ, предназначенный для максимально бережной и быстрой переработки травматических воспоминаний, представляется максимально подходящим для триггеров, текущего стресса, тревожных ожиданий.

Описание и ход применения современного протокола с применением

техники Flash.

Как уже было указано выше, ключевым принципом протокола, является переработка дисфункционально хранящейся памяти, происходящая без необходимости ее сознательной активации и прямого контакта с болезненными образами, эмоциями и телесными ощущениями. Это достигается за счет использования мощного позитивного отвлекающего стимула, который занимает сознательное внимание клиента, в то время как травматическая память активируется лишь периферически, на краткие мгновения.

Показания к применению протокола следующие:

1. Высокая чувствительность клиента и непереносимость дистресса.
2. Сопротивление или страх возвращения в травму при обсуждении.
3. Сложные случаи травмы, где стандартный протокол может вызвать ретравматизацию.
4. Работа с детьми.

Противопоказаниями являются:

1. Острые суицидальные тенденции.
2. Тяжелые диссоциативные расстройства.
3. Неспособность клиента сформировать достаточно устойчивый позитивный стимул.

Перейдем к описанию поэтапной процедуры протокола Flash.

После первой и второй фазы (сбор анамнеза и подготовка) стандартного протокола ДПДГ, далее терапевтом проводятся следующие шаги:

Этап 1. Подготовка и оценка:

1. Идентификация мишени. Терапевт, совместно с клиентом, выбирает конкретное травматическое воспоминание для переработки.
2. Предварительная оценка. Клиента просят кратко вспомнить

ситуацию или событие, выбранные мишенью и оценить уровень по шкале субъективного беспокойства (ШСБ) по шкале от 0 до 10. Клиента предупреждают, что глубоко погружаться в воспоминание не нужно.

3. Объяснение процедуры. Терапевт объясняет логику метода: «Мы будем работать с этим воспоминанием, но вам не нужно будет в него погружаться. Вы лишь будете держать его на периферии сознания, в то время как основное внимание уделите чему-то приятному и увлекательному».

Этап 2. Выбор и активация позитивного стимулирующего события:

1. Генерация позитивного события: Терапевт помогает клиенту найти яркий, позитивный, мультисенсорный образ или деятельность, которые захватывают внимание и вызывают приятные чувства.

Например, клиенту предлагается представить себе игру с любимым питомцем, ощущение от нахождения в каком-то приятном месте, воспоминание о моменте наибольшего достижения в его жизни.

2. Закрепление позитивного события: Терапевт просит клиента полностью погрузиться в этот позитивный образ, усиливая его детали (звуки, цвета, телесные ощущения) и убеждается, что позитивное воспоминание является по-настоящему вдохновляющим и устойчивым.

Этап 3. Процедура «Flash»:

1. Инструкция: Терапевт дает следующую инструкцию: «А сейчас я попрошу вас сделать три вещи одновременно:

1. Продолжайте удерживать фокус на своем приятном позитивном образе как можно ярче.

2. На периферии сознания, не углубляясь, просто отметьте для себя наличие того неблагоприятного события. Как будто оно находится где-то на заднем плане.

3. Следите за моими пальцами (или следите за тактильными стимулами — в зависимости от типа БЛС)».

2. Клиент фокусируется на позитивном образе. Терапевт начинает

медленную билатеральную стимуляцию (движения глаз или постукивание). По команде терапевта «flash!» клиент делает три быстрых моргания, продолжая удерживать фокус на позитивном образе. Клиента специально просят не думать о травме сознательно. Процедура повторяется 5-6 раз за один сет (интервал между морганиями — 8 секунд).

Этап 4. Завершение и проверка.

После серии БЛС терапевт спрашивает: «Если бы вы сейчас, на секунду, вернулись в то неблагоприятное событие, какой был бы балл по ШСБ?».

Шаги 2 и 3 повторяются до тех пор, пока балл по ШСБ не снизится до 2-3. Обычно это происходит за несколько циклов, иногда всего за 2-3, всего 10 или 20 минут.

Этап 5. Переход к стандартному протоколу ДПДГ.

Когда дистресс значительно снизился, терапевт переходит к обычному протоколу EMDR для завершения переработки.

Инсталляция позитивного само представления (ПСП), является не обязательной, но желательной процедурой. После десенсибилизации можно провести стандартную процедуру инсталляции ПСП, чтобы закрепить новый, адаптивный взгляд на событие.

Сканирование тела проводится для проверки отсутствия остаточного дистресса в теле. Клиента просят закрыть глаза и подумать о неблагоприятном событии, с которым работали, при этом сканируя свое тело, отмечая неприятные, болезненные ощущения. Если они возникнут.

Сессия завершается в позитивном состоянии клиента, с возвращением к позитивному воспоминанию или технике «Безопасное место».

Описание протокола на примере кейса:

Клиентка Полина (Код 110), 33 года.

Запрос: «Постоянно нервничаю и не могу уснуть, если муж задерживается с работы. В голове, все время, прокручиваю катастрофические сценарии».

Феноменология клиентки: ИДО=4 (сексуальное насилие, домашнее насилие). Повышенная тревога (11), признаки вторжения (19 по IES-R). Триггер — текущая ситуация неопределенности. При описании такой ситуации, клиентка сообщила об ощущении кома в горле, который связывает с чувством тревоги.

Цель: Снижение остроты реакции на триггер, связанный с ситуацией неопределенности, когда муж задерживается на работе и не сообщает о том, где он и когда вернется.

Протокол консультации в методе ДПДГ с применением протокола «Flash», состоит из 8 фаз, длительность консультации — 90 минут:

1. Фаза 1: Сбор анамнеза и планирование.

При сборе анамнеза, выявляется, что текущая тревога клиентки, связана с детским опытом жизни в атмосфере домашнего насилия (ожидание скандала между родителями, непредсказуемость). План — начать с работы над текущим триггером щадящими методами.

2. Фаза 2: Подготовка (расширенная).

Клиентка информируется о методе ДПДГ и его принципах. Предлагается вспомнить безопасное и ресурсное место. Далее идет объяснение техники: «Мы будем работать с неприятным воспоминанием или чувством, но вам не нужно будет в него погружаться. Вы лишь слегка коснетесь его, а основное внимание уделите приятному и яркому образу — вашему «позитивному стимулу» (например, вспомните, как вы танцуете под любимую мелодию)»

3. Фаза 3-6: Переработка по протоколу Flash.

Шаг 1: Определение мишени. Клиентка выбирает мишень — образ мужа, который не берет трубку. Изначальный балл по ШСБ = 7.

Шаг 2: Выбор позитивного стимула. Она выбирает яркий, увлекательный образ — как она танцует перед большим зеркалом в репетиционном зале на занятиях по танцам.

Шаг 3: Фиксация мишени и стимула.

Терапевт: «Сейчас я попрошу вас на 1-2 секунды просто вспомнить ту тревожную для вас мысль о муже. Не погружайтесь в нее. А теперь сразу же полностью переключите внимание на образ себя в танцевальном зале. Постарайтесь увидеть это в деталях, почувствовать движение, услышать музыку, ощутить улыбку на лице».

Шаг 4: Билатеральная стимуляция (БЛС).

Терапевт начинает серию быстрой билатеральной стимуляции (БЛС), во время которой проводятся движений рукой перед лицом клиентки. В это время как она следит глазами за движением руки, в сочетании с тактильными стимулами (клиентка делает упражнение «бабочка», похлопывая себя по плечам, скрещенными на груди руками), пока клиентка удерживает в фокусе только позитивный образ.

После каждой короткой серии БЛС (15-20 секунд) терапевт спрашивает: «Каков сейчас уровень дискомфорта (ШСБ) от той мысли, если бы вы на секунду к ней вернулись?».

Шаг 5: Продолжение процесса.

Процесс повторяется. Клиентка сообщает, что уровень дискомфорта по ШСБ падает: 7 -> 4 -> 2 -> 0.

Весь процесс занял около 10 минут. Клиентка не испытывала выраженного дистресса.

4. Фаза 7: Завершение.

Терапевт удостоверяется, что ШСБ=0. Закрепляется результат: «Теперь, когда вы думаете о том, что муж задерживается, что с вами происходит?»

Клиентка: «Мысль есть, но паники и этого кома в горле нет. Как будто это просто факт».

Сессия завершается, клиентка уходит в стабильном состоянии.

5. Фаза 8: Переоценка.

Проводится в начале каждой последующей сессии и включает в себя оценку по ШСБ ситуации, с которой работали на предыдущей.

Протокол ДПДГ для лиц с высокой степенью травматизации.

Для респондентов, которые по результатам теста НДО, вошли в группу лиц с высокой степенью травматизации, в нашем исследовании применялся протокол для работы с единичным психотравмирующим событием и ПТСР. В этом протоколе делается акцент на поэтапности, тщательной стабилизации и работе с диссоциативной симптоматикой. Данный протокол включает в себя три основные части, связанные с прошлым (воспоминание о травматическом событии, флешбэк-эпизод и ночной кошмар), с настоящим (триггеры, запускающие беспокойство) и будущим (создание желаемого позитивного образа будущего). Рассмотрим эти элементы подробно.

1. Прошлое:

После знакомства, обсуждения правил и установления контакта, терапевт предлагает клиенту рассказать о перерабатываемом психотравмирующем событии. Вначале обсуждению подлежит само событие. Клиенту предлагается подумать об этом событии и том, что с ним происходит в том событии.

Далее переходят к обсуждению образа. Предлагается рассказать о картинке, которая приходит на ум, когда клиент вспоминает об этом произшествии. Клиента просят рассказать о картинке, которая отражает наиболее травматическую часть того события.

Следующим этапом, необходимо определить негативное самопредставление. Клиент произносит слова, связанные с той картинкой, которые лучше всего подходят для того, чтобы выразить его негативное убеждение о себе.

Затем, клиент находит позитивное самопредставление. Клиента просят найти слова, которые он хотел бы думать о себе, представляя то психотравмирующее событие.

Следующий шаг, это оценка позитивного самопредставления. Клиенту предлагается назвать цифру от 1 до 7, чтобы оценить истинность

слов позитивного самопредставления, применительно к себе, когда он думает о самом событии или картинке, где 1 представляет собой оценку «полная неправда», а 7 — «полностью истинно».

Важной составляющей протокола, является обсуждение эмоций, связанных с травмирующим событием. Клиенту предлагается назвать эмоцию, которую он чувствует, когда думает о самом событии или его картинке и произносит негативное самопредставление про себя. В это время терапевт озвучивает негативное самопредставление.

Теперь, необходимо оценить, по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), уровень беспокойства, который испытывает клиент, когда вспоминает негативную ситуацию. Клиента просят оценить, насколько сильно выражено беспокойство по шкале от 0 до 10, когда он вспоминает обсуждаемое негативное событие, где 0 означает полное отсутствие беспокойства, а 10 — его наибольший уровень.

Следующим шагом, определяют локализацию ощущений в теле. Необходимо понять, где именно в теле у клиента ощущается дискомфорт от переживаний при обсуждении травматичной ситуации.

2. Десенсибилизация:

На этой стадии проводится десенсибилизация психотравмирующего события и анализ, возникающих в процессе переработки эмоций, беспокойства и телесных ощущений. Клиента просят удерживать в сознании картинку перерабатываемого события, возникающие при этом ощущения в теле и негативное самопредставление, с одновременным отслеживанием и движением глазами за движениями рукой терапевта.

Совершается ряд движений рукой перед лицом клиента (сетов билатеральной стимуляции), до тех пор, пока травматическое воспоминание не будет переработано. После каждого сета, клиенту предлагается рассказать о происходящих с ним изменениях (смена образов и ощущений и др.)

Стадия десенсибилизации заканчивается при совпадении трех

критерииев при воспоминании клиентом перерабатываемой ситуации: отсутствуют негативные эмоции; неприятные переживания, по ШСБ=0; в теле нет неприятных ощущений.

3. Инсталляция:

На этой стадии происходит установка позитивного самопредставления. Клиенту предлагаю подумать о психотравмирующем событии и произнести про себя фразу позитивного самопредставления. Терапевт просит оценить: насколько она кажется подходящей к этой ситуации по шкале от 1 до 7 баллов, где 1 означает полное несоответствие, а 7 — полное правдоподобие.

Далее, если есть понимание, что фраза может быть установлена, терапевт переходит к инсталляции. Клиенту предлагается подумать о событии и проговаривать про себя позитивное самопредставление, которое терапевт озвучивает, а затем проводит серию сетов БЛС, достаточное для того, чтобы уровень доверия выбранного позитивного самопредставления достиг 7 баллов по ШСП.

4. Сканирование тела:

На этом этапе осуществляется проверка качества переработки психотравмы. Клиенту предлагается закрыть глаза и, удерживая в сознании психотравмирующее событие и позитивное самопредставление, перемещать фокус своего внимания на различные части своего тела от головы до кончиков пальцев ног, отмечая, если возникнут неприятные ощущения. Если ощущения возникают, терапевт просит клиента сосредоточится на них и проводит серию сетов БЛС, до полного устранения неприятных ощущений.

5. Завершение:

Клиента предупреждают, что между сессиями могут возникать новые воспоминания, которые потребуют последующей переработки. Предлагается кратко записать сюжет и основные детали воспоминания и принести их на следующую сессию для переработки.

Кейсы индивидуального консультирования с применением метода ДПДГ представлены в Приложении В.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

В данном параграфе представлены результаты исследования, проведённого после формирующего эксперимента. В рамках второго среза, респондентам из экспериментальной группы вновь были предложены следующие методики: опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15), шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS), опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS), опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Развалеева), шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale – DAS), шкала влияния травматического события – пересмотренная (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), Подшкала Избегания, опросник «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire – WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавторами).

Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы представлены в Приложении В.

2.3.1. Результаты методики «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 - PHQ-15)»

Все полученные в ходе проведения методики данные были обработаны в соответствии с тестовой процедурой.

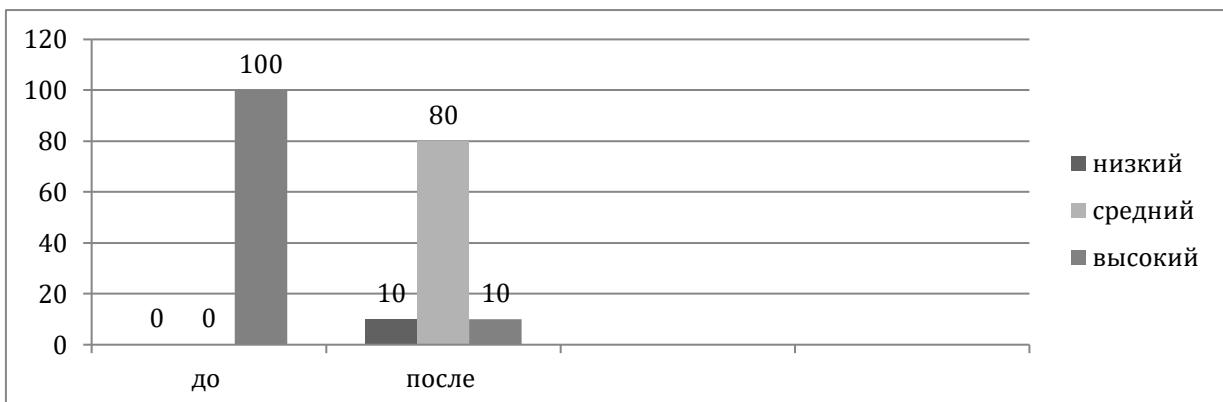


Рисунок 18. Уровни выраженности соматизации по методике «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Изначально все 10 человек (или 100%) в экспериментальной группе, демонстрировали высокий уровень соматизации, что указывало на ярко выраженные, устойчивые соматические симптомы и постоянные жалобы, связанные с нарушением вегетативной функции. Это свидетельствовало о высокой внутренней напряженности организма и психики. В данном случае, соматизация — не просто случайность, а хронологически закрепленный феномен, сопровождающий состояние постоянного стресса, тревоги и эмоциональной нестабильности. Эти эпизоды были почти непрерывной значимой составляющей их психологического и физического состояния, что существенно снижало качество жизни и делало их уязвимыми к развитию психосоматических расстройств.

После прохождения формирующего эксперимента, наблюдается принципиально новая динамика: число участников с высоким уровнем соматизации, снизилось со 100% до 10%, что уже, само по себе, является мощным свидетельством эффективности вмешательства. Это не просто статистический показатель. Для респондентов, этот переход от ярко выраженной вегетативной дисфункции к умеренной психосоматической симптоматике, означает переход к возможности более адекватно воспринимать и управлять своими телесными ощущениями и реакциями. Вместо беспокойства и страха из-за телесных ощущений, они обретают

способность распознавать, что эти симптомы имеют эпизодический характер, а не постоянный. Таким образом, тревожность уменьшается, предоставляя пространство для восстановления внутреннего баланса и гармонии.

Особое значение имеет тот факт, что у одного участника эксперимента уровень соматизации снизился до состояния психологического благополучия. Это свидетельствует не просто о снижении симптомов, но и о возможном перезапуске механизма саморегуляции организма и психики, что является качественным сдвигом на пути к устойчивому здоровью.

В целом, данные изменения, можно интерпретировать как переход от состояния хронического внутреннего стресса и дезадаптации, к более функциональному уровню реагирования, где соматические проявления, теряют прежнюю силу и качества.

2.3.2. Результаты методики «Шкала вегетативных нарушений (АМРВ) по А.М. Вейну»

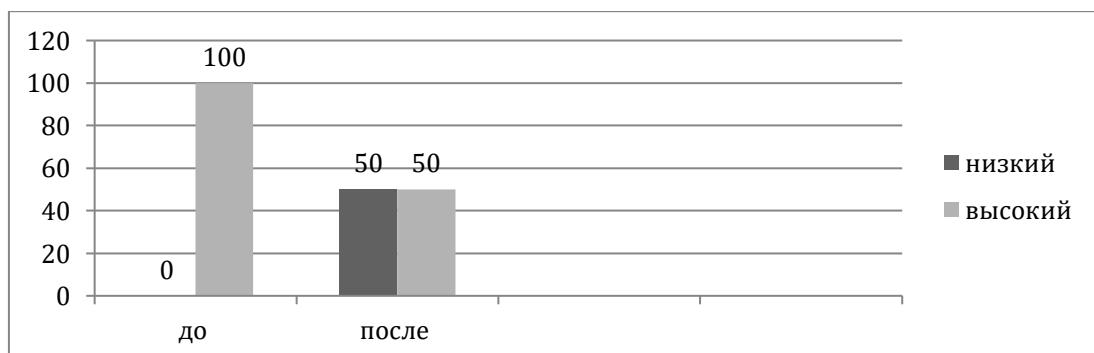


Рисунок. 19. Уровни выраженности вегетативных нарушений по методике «Шкала вегетативных нарушений (АМРВ) по А.М. Вейну» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Следует отметить, что данная методика, исключает наличие среднего уровня. До проведения индивидуальных консультативных сессий, у всех 10 человек (100%), наблюдался высокий уровень выраженности вегетативных нарушений, что отражало устойчивое состояние клинической значимости и

включало вегетативную дисфункцию с выраженной симптоматикой. Респонденты сталкивались с такими симптомами, как: тахикардия, головокружение, нарушения дыхания и другими проявлениями, существенно снижающими качество жизни и способствующими внутреннему напряжению и чувству дискомфорта.

После проведения психологических консультаций, у половины участников (5 человек или 50%) наблюдалось значительное снижение уровня выраженности признаков до вегетативной нормы. Мы расцениваем это как свидетельство того, что психика и тело смогли восстановить баланс и перейти к более адаптивным формам регуляции вегетативных функций. Данный сдвиг, для респондентов, означает существенное улучшение общего состояния, чувство большего контроля над собственным телом и психологическим состоянием, что существенно повышает качество жизни.

У остальных 5 человек (50%) наблюдается положительная тенденция к постепенному улучшению и уменьшению симптоматического напряжения. Их уровень, все еще остается в пределах высокого выражения вегетативных нарушений, что свидетельствует о необходимости продолжать терапевтическое воздействие и поддержку для дальнейшей стабилизации и снижения уровня хронического напряжения.

2.3.3. Результаты методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)»

Рассмотрим шкалу «тревога» (рис. 20, с. 106): до проведения формирующего эксперимента, в экспериментальной группе наблюдалось следующее распределение уровней выраженности: 2 человека (или 20%), демонстрировали уровень нормы, что указывает на минимальные проявления внутреннего беспокойства и относительную психофизиологическую устойчивость к стрессовым факторам.

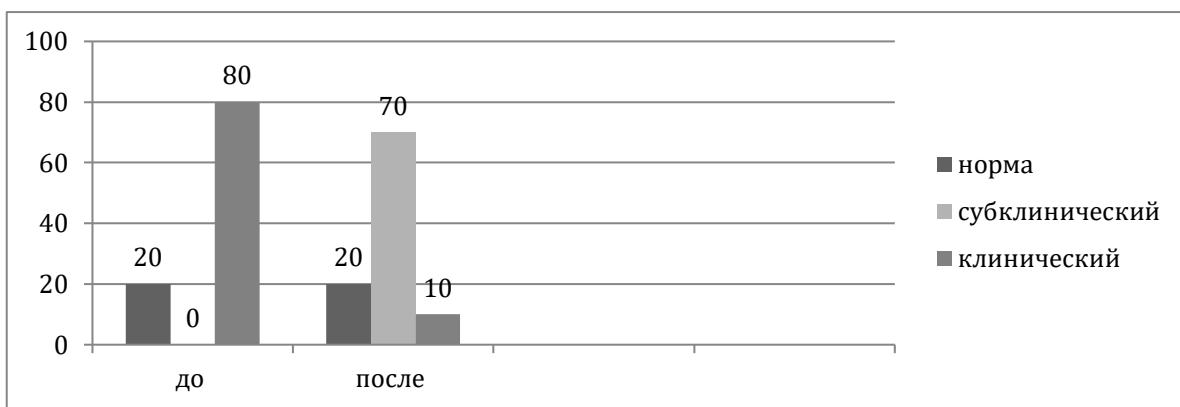


Рисунок 20. Уровни выраженности вегетативных нарушений по методике «Шкала вегетативных нарушений (АМРВ) по А.М. Вейну» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

В то же время, у подавляющего числа участников эксперимента — 8 человек (80%), наблюдался клинический уровень тревоги, свидетельствующий о стойкой, значительной напряженности, нарушающей качество жизни и функциональную активность человека.

После формирующего эксперимента, произошла заметная трансформация психоэмоционального состояния респондентов. Появление у 7 человек (70%) субклинического уровня тревоги, отражает переход от постоянной и навязчивой тревожности к более сдержаным эпизодам внутреннего беспокойства. Субклинический уровень, характеризуется тем, что тревога, уже не занимает центральное место в повседневном опыте человека, становится редкой и не оказывает деструктивного влияния на психическое состояние и качество жизни.

Два человека (20%), сохранили уровень нормы, что подчеркивает сохранение или даже возможное укрепление психологической устойчивости, в результате вмешательства. Значительное снижение количества респондентов с высоким уровнем тревоги до 1 человека (10%), свидетельствует об уменьшении тяжести и частоты тревожных симптомов. Ярко выраженное беспокойство с физическими и когнитивными нарушениями, стало исключением, а не правилом.

В психологическом контексте, достигнутые сдвиги можно трактовать как успешное восстановление способности к эмоциональной регуляции. Участники легче справляются с эмоциональным напряжением, избегая патологической фиксации на негативных переживаниях. Тревога теряет свое влияние на ежедневное функционирование. Такой результат означает, что даже у тех, кто по-прежнему испытывает тревогу, она стала менее поработающей, позволяя сохранять активность, поддерживать социальные связи и ощущение спокойствия и уверенности.

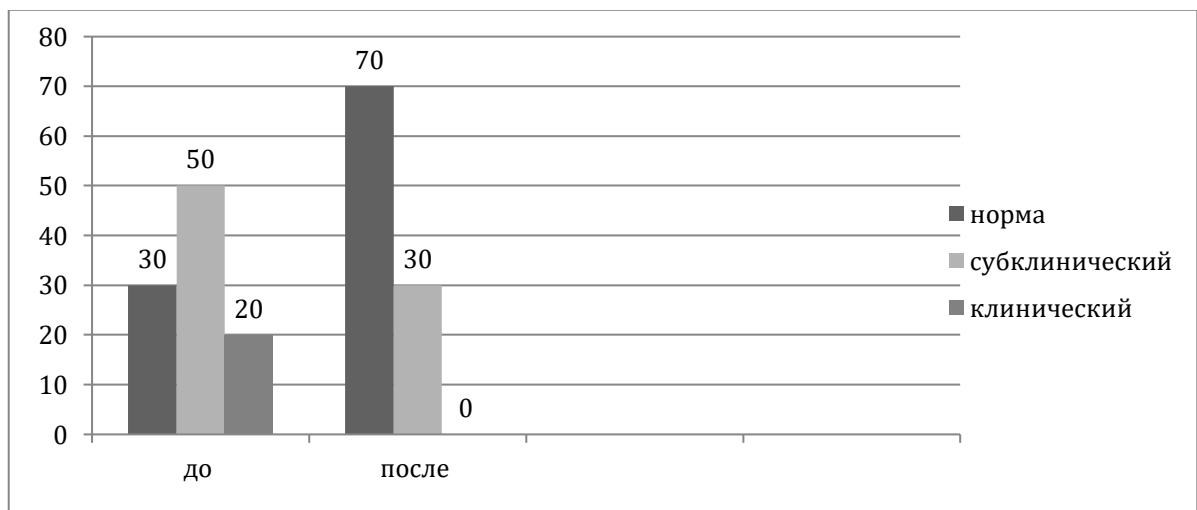


Рисунок 21. Уровни выраженности депрессии по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Рассмотрим шкалу «депрессия». Распределение выраженности уровней, до проведения эксперимента, выглядело следующим образом: Три человека (30%), демонстрировали уровень нормы, что свидетельствует об относительно устойчивом эмоциональном состоянии, без значительных признаков подавленности. Пятеро участников (50%), показали субклинический уровень, что отражалось наличием умеренных симптомов депрессии, таких как: нарушение сна, снижение интереса к ранее значимым занятиям, снижение настроения и быстрая утомляемость. Эти проявления, влияли на повседневную жизнь без выраженных признаков деструктивности.

Два человека (20%), характеризовались клиническим уровнем депрессии, указывая на устойчивую выраженную симптоматику, зачастую связанную со значительным снижением жизненного тонуса и активности.

После проведения формирующего эксперимента, произошли кардинальные изменения. Количество участников с признаками нормы, увеличилось до 7 человек (70%), что дает основание говорить об улучшении их эмоционального состояния и возврате к более адаптивному уровню функционирования. В то же время, три человека (30%), сохраняют субклинический уровень, демонстрируя умеренную симптоматику без перехода в тяжелую депрессию. Самое значимое достижение в этой части — полное обнуление клинического уровня, что означает устранение выраженных симптомов депрессии у всех респондентов, ранее находившихся в группе риска.

Данные изменения, отражают переход от состояния хронической подавленности к более сбалансированному состоянию, где влияние симптомов депрессии снижается, что, ожидаемо, ведет к восстановлению социальной и профессиональной адаптации. Увеличение показателя нормы на 40%, говорит о том, что участники смогла переработать и интегрировать эмоциональные переживания, перейти к более ресурсному и здоровому эмоциональному состоянию.

2.3.4. Результаты методики «Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)»

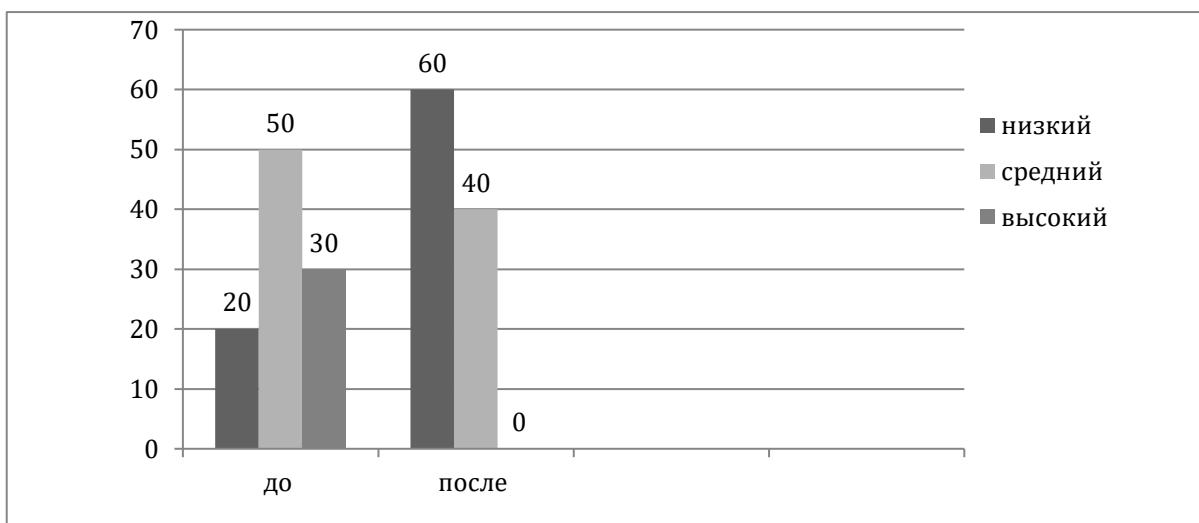


Рисунок 22. Уровни выраженности трудностей регуляции эмоций по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, (в%)

Далее рассмотрим уровни выраженности регуляции эмоций. До проведения консультативных сессий, мы видим следующую картину: средний уровень трудностей регуляции эмоций, преобладает у 5 человек (50%), что указывает на выраженные, но еще контролируемые сложности с эмоциональным состоянием. Внутреннее напряжение и тревожность замечаются человеком, но еще не сильно влияют на качество жизни и отношения. Высокий уровень дисрегуляции, отмечается у 3 человек (30%), что проявляется в значительных затруднениях в контроле над эмоциями, повышенной раздражительности, частых и интенсивных перепадах настроения, а также сложностях с концентрацией внимания на важном. Низкий уровень регуляции, отмечен у двух человек (20%).

Ситуация существенно меняется после проведения консультационных сессий. Количество участников с низким уровнем растет на 40%, достигая 6 человек (60%). Мы расцениваем это как свидетельство значительного снижения эмоциональной лабильности, восстановления способности к эмоциональной саморегуляции и снижения влияния тревоги и депрессии на повседневную жизнь. Средний уровень показывают 4 человека (40%), что

указывает на устойчивую, но уже менее выраженную дисрегуляцию. Отдельных участников с высоким уровнем, уже нет, что говорит о качественном снижении интенсивности эмоциональной дисрегуляции. Можно сделать вывод о переходе от постоянных к эпизодическим или редким проявлениям симптоматики.

Такой результат демонстрирует, что нам удалось сбалансировать внутреннюю эмоциональную динамику участников.

2.3.5. Результаты методики «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Развалеева)»

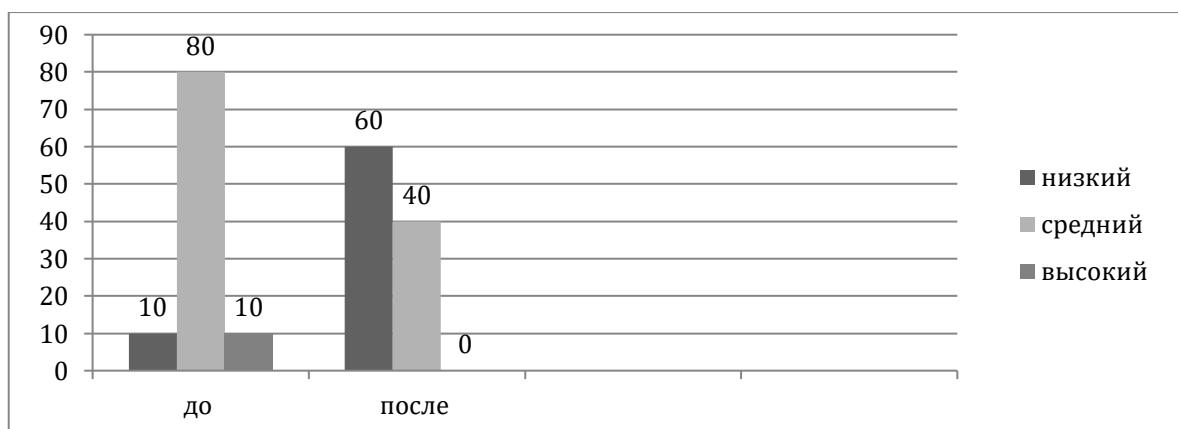


Рисунок 23. Уровни выраженности руминации по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Развалеева)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Рассмотрим характеристику «руминация – застревание». В группе «до» наблюдается ведущая позиция среднего уровня у 8 человек (80%). Такой уровень говорит о том, что большинство респондентов находятся в состоянии постоянного «прокручивания» в сознании одних и тех же мыслей и воспоминаний о психотравмирующих ситуациях. Этот процесс приводит к беспокойному состоянию и затрудняет принятие конструктивных решений или отпусканию тревожащих эмоций. При этом, низкий и высокий уровень выраженности руминации, распределяются поровну — по одному человеку (10%), что демонстрирует индивидуальную разницу — одни почти не

сталкиваются с этим феноменом, а у других он находит полное, интенсивное и постоянное выражение.

В группе «после» заметны качественные изменения. Высокий уровень руминации, исчезает, что говорит о значительном снижении интенсивности навязчивого мышления и «застревания» в травмирующих воспоминаниях. Увеличение доли людей с низким уровнем, до 6 человек (60%), демонстрирует появление способности воспринимать травматический опыт без постоянной фиксации на нем, что можно расценивать как признак восстановления психологической гибкости и адаптивной эмоциональной регуляции. Часто повторяющиеся негативные мысли уходят и человек учится переключаться на актуальные задачи и конструктивные реакции.

Тем не менее, сохраняются 4 человека (или 40%) со средним уровнем, у которых «застрение» на проблеме осталось, но оно не постоянное. Это дает основание предположить, что процесс эмоционального освобождения запущен, но еще не закончен, а сохранившиеся эпизоды возвращения к травматическому опыту, не имеют стойкой тенденции и не обладают прежней блокирующей силой.

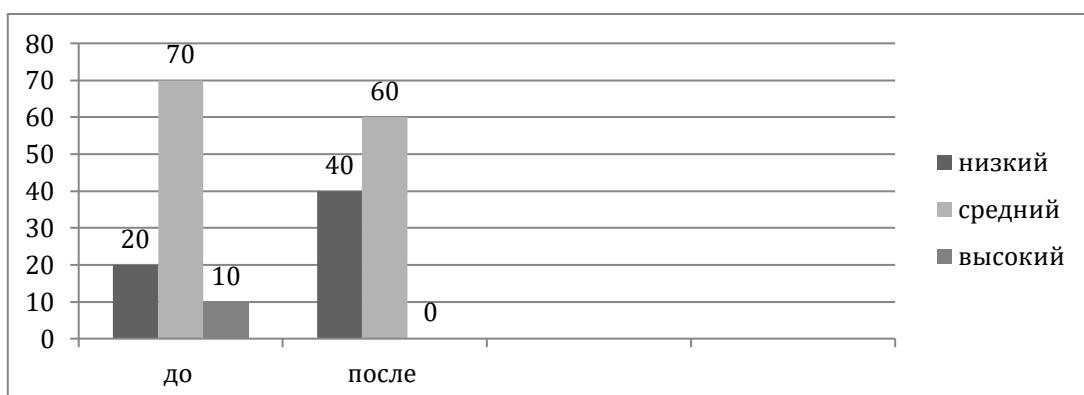


Рисунок 24. Уровни выраженности избегания по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Развалеева)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Характеристика избегания, как низкоадаптивной формы эмоциональной регуляции в экспериментальной группе до проведения

формирующего эксперимента, демонстрирует наличие всех трех уровней степени выраженности: низкий уровень — отмечен у 2 респондентов (20%), средний уровень, занимает большинство — 7 человек (70%), и высокий уровень зафиксирован у одного участника (10%). Такое распределение, свидетельствует о том, что большинство участников, испытывая трудности с эмоциональной регуляцией, часто прибегали к избеганию, как к способу справиться с неприятными переживаниями.

После прохождения формирующего эксперимента, высокоинтенсивный уровень избегания полностью исчез, что указывает на существенное уменьшение стойкости и частоты использования этой дезадаптивной стратегии. Это говорит о том, что у участников снизилась потребность систематически уходить от решения эмоциональных проблем, что является важным маркером повышения психологической гибкости. Средний уровень остался у 6 человек (60%), что отражает склонность к эпизодическому избеганию. Эти участники при столкновении с определенными проблемами уже способны разрешать определенную часть сложностей без ухода в защиту. Низкого уровня достигли четверо (40%). Они демонстрируют адекватную эмоциональную регуляцию и реже склонны проявлять избегание.

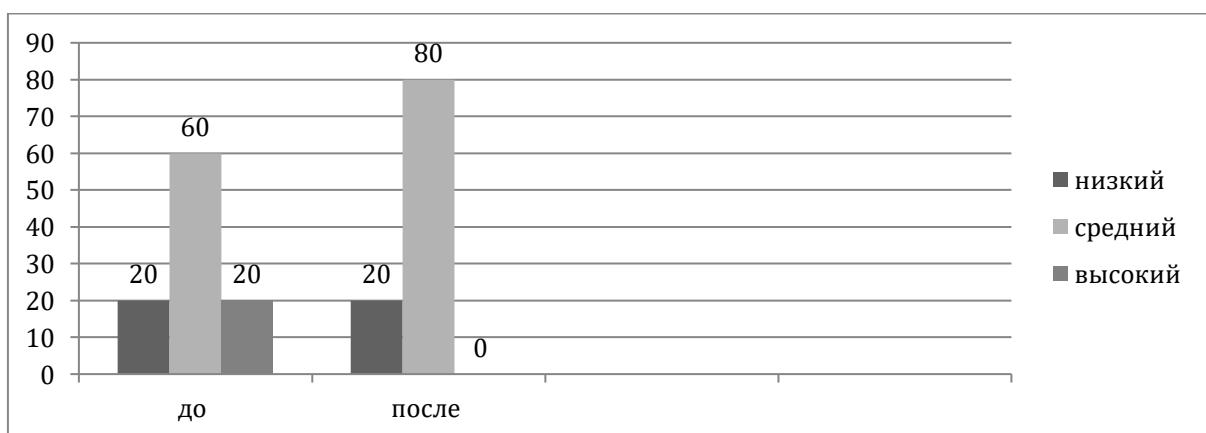


Рисунок 25. Уровни выраженности трудностей ментализации по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Развалеева)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

В экспериментальной группе по уровню выраженности трудностей ментализации до проведения формирующего эксперимента наблюдается следующее: средний уровень преобладает у 60%, при этом низкий и высокий представлены поровну, по 20%. Средний уровень говорит о том, что большая часть респондентов находится в процессе формирования способности к ментализации. Они учатся осознавать свои эмоции, переживать их адекватно. Но эта способность пока еще не является устойчивой и не проявляется в полной мере во всех жизненных ситуациях.

После консультаций в рамках формирующего эксперимента наблюдается сдвиг в сторону повышения эффективности ментализации. Низкий уровень демонстрируют 2 человека (20%), а большинство — 8 человек (80%) — расположено к среднему уровню, демонстрируя прогресс в понимании и интерпретации собственных эмоциональных состояний. Такой профиль указывает на постепенное формирование у респондентов способности распознавать и выражать внутренние состояния несколько лучше.

Обобщая результаты по ключевым компонентам — руминации, стратегии избегания и трудностям ментализации — можно выделить общий уровень эмоциональной дисрегуляции в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента.

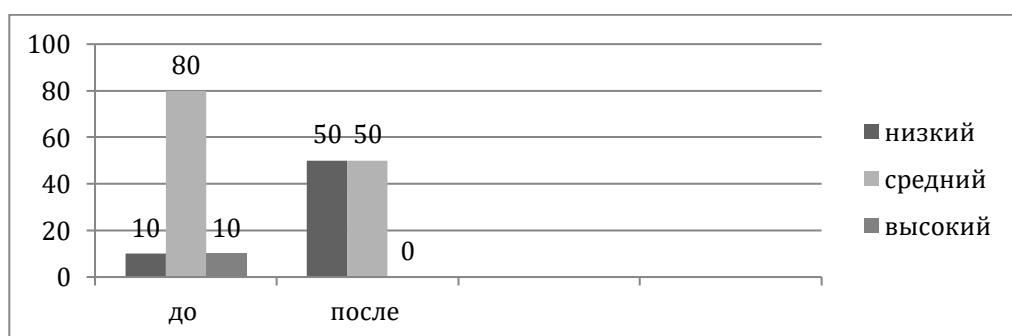


Рисунок 26. Уровни выраженности эмоциональной дисрегуляции по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

До эксперимента, распределение выглядело следующим образом: низкий и высокий уровень выраженности эмоциональной дисрегуляции, имели по одному человеку (10%), в то время как большинство — 8 человек (80%) — продемонстрировали средний уровень. Это отражает преимущественное наличие устойчивой, но не в крайней степени, эмоциональной дисрегуляции, при которой респонденты испытывают регулярные трудности в управлении своими эмоциями, склонны к «застреванию» на негативных переживаниях и частично избегают проблем.

После эксперимента, наблюдается положительная динамика: низкий и средний уровни равномерно распределены по 5 человек (50%). Клиенты с низким уровнем дисрегуляции демонстрируют более зрелое, в эмоциональном плане, поведение. Они стремятся активно решать свои проблемы, не пользуются стратегиями избегания, способны проживать негативные чувства и вовремя отпускать их, с пониманием относиться к своим внутренним эмоциональным процессам. Для участников со средним уровнем остаются характерными частичное избегание проблем и эпизодическое застревание, а также сложности в понимании своих и чужих эмоций, что указывает на продолжающийся, с прогрессированием, процесс улучшения эмоциональной регуляции.

Полученные результаты подтверждают валидность и клиническую значимость опросника эмоциональной дисрегуляции Н.А. Польской и А. Ю. Развалевой, а также демонстрируют возможность системных психологических вмешательств при работе с выраженной эмоциональной дисрегуляцией.

2.3.6. Результаты методики «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)»

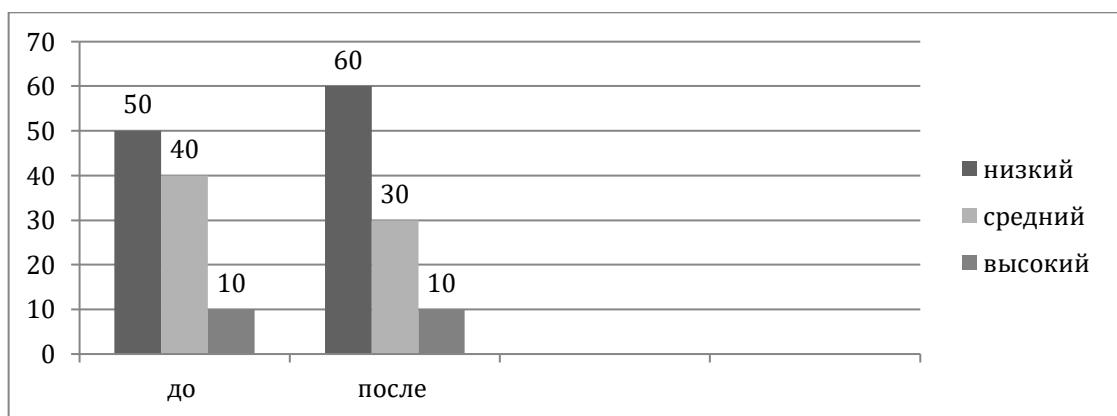


Рисунок 27. Уровни выраженности дисфункциональных установок по методике «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

До проведения формирующего эксперимента в экспериментальной группе, наблюдалась следующая картина уровней выраженности дисфункциональных установок по методике «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)». Ведущая позиция низкого уровня была у 5 человек (50%), средний уровень выраженности характерен для 4 человек (40%), и высокий уровень у 1 человека (10%).

Низкий уровень выраженности дисфункциональных установок, означает, что у человека сформированы относительно адаптивные установки и убеждения о себе, о других, и о мире, которые не препятствуют жизненным целям и социальной адаптации. Такие люди эффективно воспринимают реальность и не зацикливаются на ошибочных негативных схемах мышления. С увеличением этого показателя на 10% после эксперимента мы видим положительный сдвиг в сторону улучшения когнитивной регуляции и психологического благополучия.

Средний уровень говорит о наличии умеренных дисфункциональных установок — искаженных представлений, способствующих эмоциональному

напряжению, но без критической деструктивности. Люди с таким уровнем пребывают в процессе осознания и корректировки этих установок.

Высокий уровень, включает в себя выраженное наличие дисфункциональных убеждений и когнитивных искажений, сохраняется у одного участника (10%), однако балльный анализ, показывает тенденцию к уменьшению интенсивности этих установок. Это демонстрирует процесс постепенного снижения значимости негативных автоматических мыслей.

2.3.7. Результаты методики «Шкала влияния травматического события - пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R)»

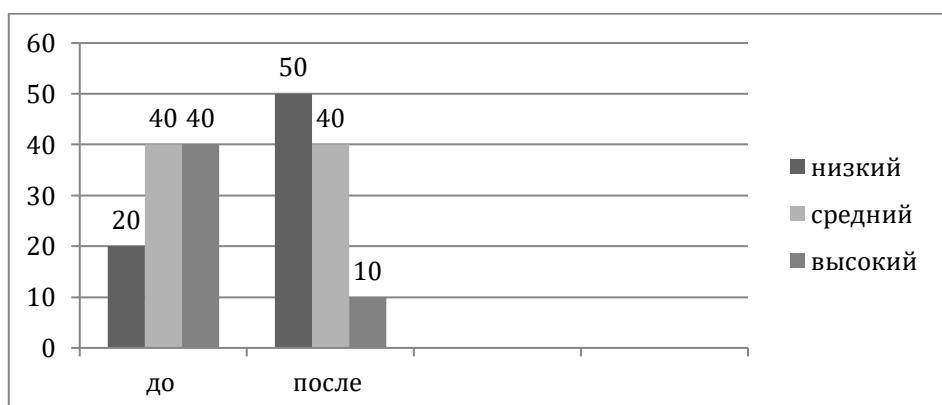


Рисунок 28. Уровни выраженности влияния травматического события по методике «Шкала влияния травматического события – пересмотренная (Impact of Event Scale – Revised, IES-R)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Распределение уровней выраженности влияния травматического события по методике «Шкала влияния травматического события – пересмотренная (Impact of Event Scale – Revised, IES-R)» в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, выявляет существенные положительные изменения.

До эксперимента у 2 человек (20%) зафиксирован низкий уровень воздействия, что свидетельствует об относительно легком уровне симптоматики и незначительном влиянии травматического опыта на их

эмоциональное состояние. Средний уровень наблюдается у 4 человек (40%), отображая умеренное проявление симптомов — избегание определенных ситуаций, эмоциональные трудности в отношениях, умеренную импульсивность. Высокий уровень, зафиксирован также у 4 человек (40%), что указывает на наличие ярко выраженных и острых симптомов, таких как навязчивые мысли, повторяющиесяочные кошмары, в которых человек переживает психотравмирующее событие вновь и вновь, что представляет собой серьезное функциональное нарушение.

После проведенного эксперимента наблюдается значительное снижение числа респондентов с высоким уровнем влияния травмы до одного человека (10%) и увеличение низкого уровня до 5 человек (50%), что свидетельствует о снижении интенсивности и частоты навязчивых симптомов. Средний уровень сохраняется у 4 человек (40%), демонстрируя сохранение умеренного, но управляемого уровня симптоматики. Достигнутые результаты означают снижение остроты реакции на травматическое событие, от постоянного переживания и повторного проживания травмы, к эпизодическим проявлениям, которые не имеют разрушительного, для психики, характера и не влияют на качество жизни.

2.3.8. Результаты методики «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт. - «ЛОБИ», Жизненные стратегии)

Рассмотрим 3 блока копинг-стратегий, предложенных данной методикой.

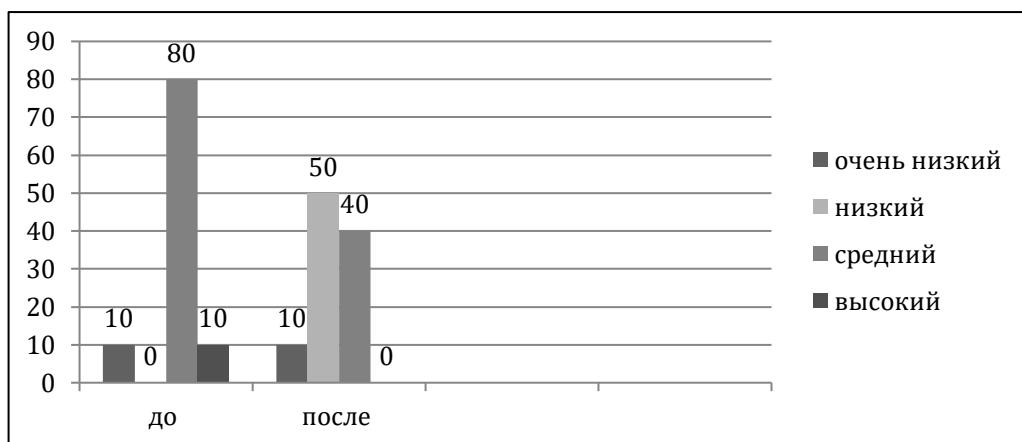


Рисунок 29. Уровни выраженности стратегии решения проблем по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт. - «ЛОБИ», Жизненные стратегии) в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

До проведения формирующего эксперимента результаты методики «Индикатор копинг-стратегий» показывают, что в группе респондентов, распределение по уровням было следующим: очень низкий и высокий уровни имели по 1 человеку (10%), а большинство — 8 человек (80%) находились на среднем уровне. Это указывает, что большая часть участников эксперимента используют активные способы совлададания с проблемами, но иногда испытывают трудности в реализации этих способов. Высокий уровень, характеризуется склонностью избегать активного участия в решении проблем и жизненных трудностей.

После проведения эксперимента распределение изменилось. Не стало клиентов с высоким уровнем, что означает устранение склонности к пассивному или бездействующему типу поведения. В группе появились представители с низким уровнем (5 человек или 50%), что свидетельствует о сдвиге к более адаптивному и эффективному использованию копинг-стратегий. Очень низкий уровень сохранился у 1 человека (10%), а средний уровень представлен 4 участниками (40%). Это дает основание предполагать, что большинство участников теперь способны более эффективно разрешать свои проблемы, вовлечены в активное совладание и

реже переходят к беспокойству или избеганию. Такой сдвиг, по нашему мнению, является индикатором роста личностной зрелости и адаптивности.

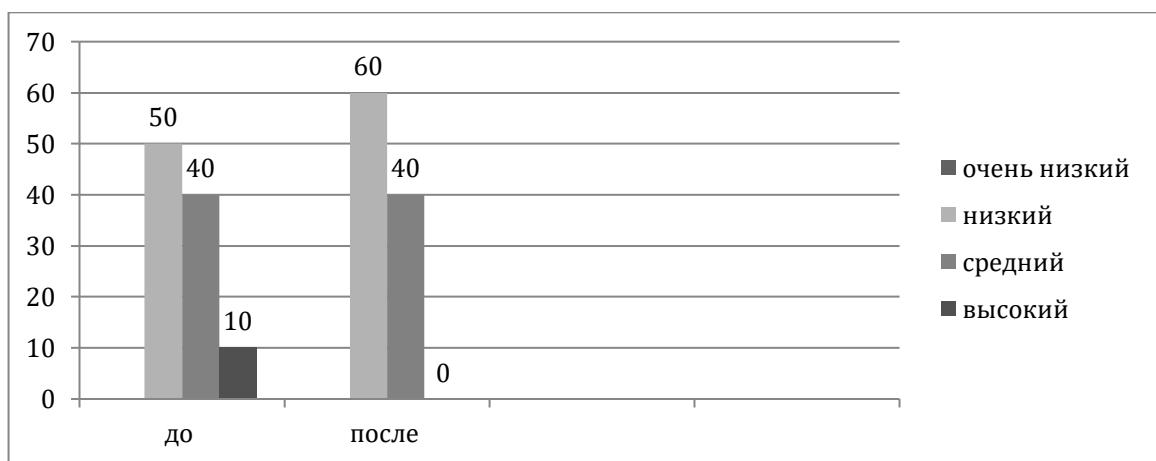


Рисунок 30. Уровни выраженности стратегии поиска социальной поддержки по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт.) в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

До и после проведения формирующего эксперимента мы видим отсутствие респондентов с очень низким уровнем. Группа «до» характерна наличием низкого уровня – 5 человек (или 50 %), среднего – 4 человека (или 40%), высокого – 1 человек (или 10 %).

После формирующего эксперимента мы наблюдаем только 2 уровня: низкий – 6 человек (или 60%) и средний – 4 человека (или 40%). Люди с низким уровнем прибегают для решения психологических проблем к поддержке близкого круга людей, а со средним уровнем — делают это эпизодично.

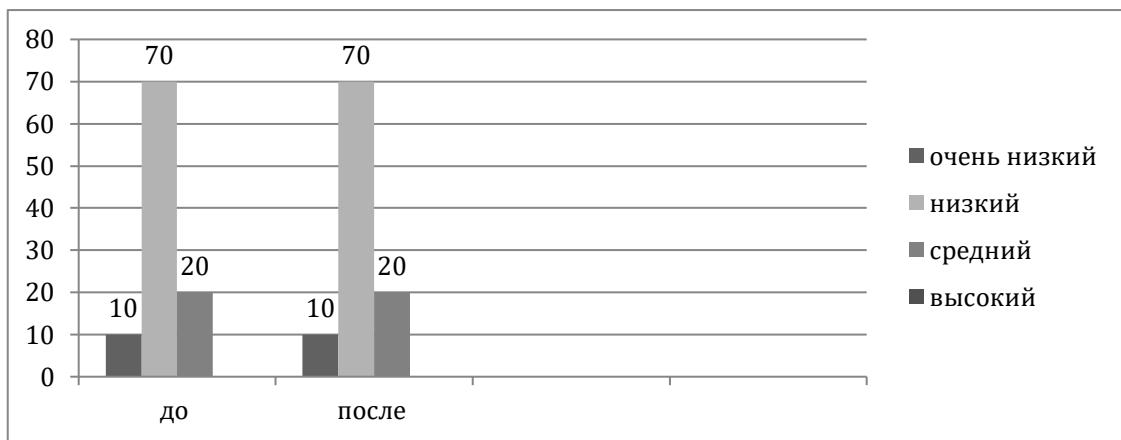


Рисунок 31. Уровни выраженности стратегии избегания по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт.) в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Описывая данную стратегию, видим, что диаграммы «до» и диаграммы «после» одинаковы: очень низкий уровень зафиксирован у 1 человека (или 10%), низкий – 7 человек (или 70%), средний – 2 человека (или 20 %).

Однако сам факт сохранения лидирующей позиции низкого уровня в обеих группах, свидетельствует о том, что большинство респондентов, способно справляться с жизненными трудностями, прибегая к конструктивным способам совладания.

Психологическая интерпретация таких результатов предполагает наличие у участников прочной базы адаптивных механизмов, позволяющей им, в большинстве случаев, успешно регулировать эмоциональные и поведенческие реакции на стрессовые ситуации, опираясь на внутренние ресурсы и поддержку социальных связей. Принимая во внимание тенденцию к снижению количественного балла по интерпретации методики, можно говорить о постепенном улучшении эмоционального саморегулирования.

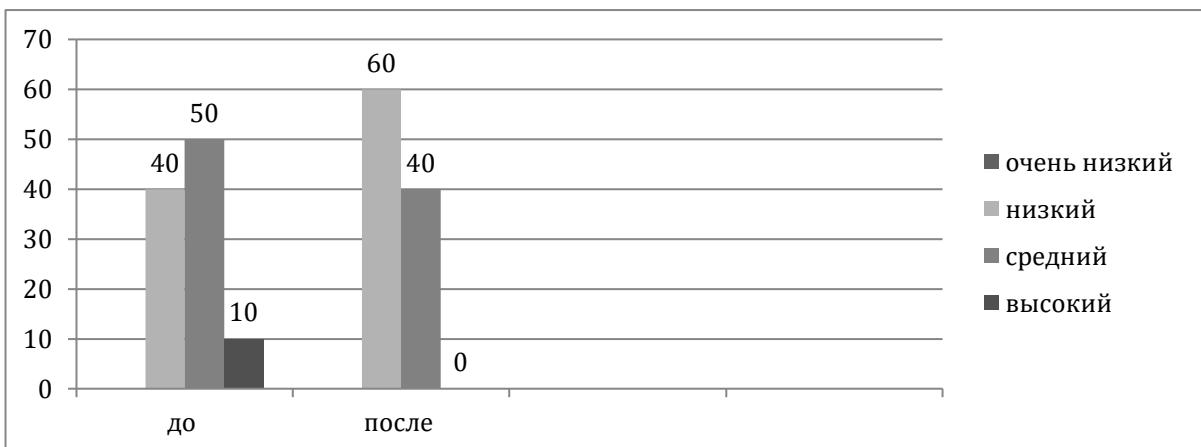


Рисунок 32. Уровни выраженности копинг-стратегий по методике «Индикатор копинг-стратегий» (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт) в экспериментальной группе респондентов до и после проведения формирующего эксперимента, в %

Обобщая результаты 3 блоков стратегий, получаем такой результат: в группе респондентов, до формирующего эксперимента преобладали средний (50%) и низкий (40%) уровни копинг-стратегий с единичными проявлениями — (10%) высокого уровня, что свидетельствует о смешанной картине адаптивных и дезадаптивных способов совладания. После эксперимента, наблюдается увеличение доли респондентов с низким уровнем (60%) и уменьшение среднего уровня (40%) при этом, высокий уровень, полностью исчез. Это отражает тенденцию к улучшению эмоциональной регуляции и адаптивного поведения.

Полученные изменения, подтверждают значимость формирующего эксперимента для выработки устойчивых и здоровых копинг-стратегий, что способствует стрессоустойчивости, эмоциональному благополучию, и жизненной удовлетворенности респондентов. Подробнее с проявлениями каждой стратегии можно ознакомиться в разделе 2.1.9.

Проанализировав все вышеперечисленные результаты диагностики, можно определить итоговый уровень проявления психологической травмы у респондентов до и после проведения формирующего эксперимента.

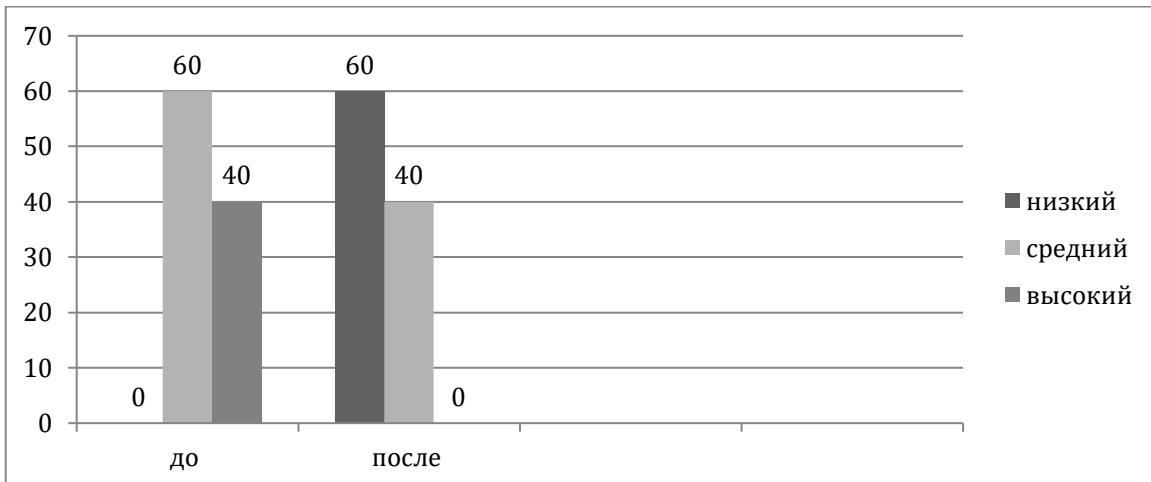


Рисунок 33. Уровни выраженности последствий психологической травмы у респондентов в экспериментальной группе до и после проведения формирующего эксперимента, в %

До формирующего эксперимента у экспериментальной группы респондентов мы видим наличие среднего уровня — 6 человек (или 60%) и высокого — 4 человека (или 40 %). После проведения эксперимента наблюдается обнуление высокого уровня, средний уровень представлен 4 участниками (или 40 %), а низкий — 6 человек (или 60%).

Можно говорить о результативности программы формирующего эксперимента: появление респондентов с низким уровнем выраженности последствий психотравмы и отсутствие респондентов с высоким уровнем.

Респонденты со средним уровнем характеризуются эпизодическими нарушениями во всех 4 сферах: соматической, когнитивной, эмоциональной, поведенческой. С высоким уровнем: постоянными нарушениями, которые отражаются на качестве жизни и адаптивности. Низкий уровень демонстрирует благополучие по всем сферам, но встречаются слабо выраженные симптомы.

Для проверки статистической значимости различий между уровнями выраженности последствий психологической травмы у участников экспериментальной группы до и после проведения психологического вмешательства был применён Т-критерий Вилкоксона.

Использование Т-критерия Вилкооксона обосновано следующими факторами:

- малый размер выборки ($n=10$), что затрудняет использование параметрических методов;
- несоответствие данных нормальному распределению;
- измерение одной и той же группы в две временные точки (зависимые выборки).
- порядковая шкала измерений в большинстве методик.

Рассмотрим ключевые результаты динамики более подробно.

По методике PHQ-15 (психосоматические симптомы):

- до вмешательства: 100% участников ($n=10$) демонстрировали высокий уровень соматизации;
- после вмешательства: высокий уровень — 10% ($n=1$); средний уровень — 80% ($n=8$); норма — 10% ($n=1$);
- улучшение: 90% участников перешли на адаптивные уровни функционирования.

По методике вегетативных нарушений:

- до вмешательства: 100% участников ($n=10$) с высоким уровнем вегетативных нарушений;
- после вмешательства: норма — 50% ($n=5$); высокий уровень с положительной тенденцией — 50% ($n=5$);
- улучшение: 50% достигли полной нормализации вегетативных функций.

По методике HADS (тревога и депрессия):

- тревога: клинический уровень снизился с 80% ($n=8$) до 10% ($n=1$); субклинический уровень появился у 70% ($n=7$);
- депрессия: норма увеличилась с 30% ($n=3$) до 70% ($n=7$); клинический уровень полностью устраниён (0%);
- улучшение: 70% участников достигли нормального уровня по депрессии; 70% показали субклиническую тревогу.

По методике DERS (эмоциональная регуляция):

- до вмешательства: низкий уровень — 20% (n=2); средний — 50% (n=5); высокий — 30% (n=3);
- после вмешательства: низкий уровень — 60% (n=6); средний — 40% (n=4); высокий — 0%;
- улучшение: 40% увеличение доли участников с адаптивной эмоциональной регуляцией.

По опроснику Польской-Разваляевой (компоненты эмоциональной дисрегуляции):

- руминация: низкий уровень возрос с 10% (n=1) до 60% (n=6); высокий уровень исчез ($10\% \rightarrow 0\%$);
- избегание: высокий уровень полностью устранился ($10\% \rightarrow 0\%$); низкий уровень увеличился ($20\% \rightarrow 40\%$);
- ментализация: высокий уровень трудностей исчез ($20\% \rightarrow 0\%$); средний уровень увеличился ($60\% \rightarrow 80\%$).

По методике DAS (дисфункциональные установки):

- до вмешательства: низкий уровень — 50% (n=5); средний — 40% (n=4); высокий — 10% (n=1);
- после вмешательства: низкий уровень — 60% (n=6); средний — 40% (n=4); высокий — 0%;
- улучшение: полное устранение высокого уровня; 10% прироста адаптивных установок.

По методике IES-R (посттравматические симптомы):

- до вмешательства: низкий уровень — 20% (n=2); средний — 40% (n=4); высокий — 40% (n=4);
- после вмешательства: низкий уровень — 50% (n=5); средний — 40% (n=4); высокий — 10% (n=1);
- улучшение: высокий уровень снизился на 30%; низкий уровень увеличился на 30%.

По методике WCQ (копинг-стратегии):

- стратегия решения проблем: низкий уровень увеличился с 40% (n=4) до 60% (n=6); высокий уровень исчез (10% → 0%);
- социальная поддержка: низкий уровень возрос с 50% (n=5) до 60% (n=6); высокий уровень исчез (10% → 0%);
- избегание: лидирующая позиция низкого уровня сохранилась (70%) с тенденцией к улучшению.

Итоговый уровень проявления последствий психотравмы:

- до вмешательства: средний уровень — 60% (n=6); высокий уровень — 40% (n=4); низкий — 0%;
- после вмешательства: низкий уровень — 60% (n=6); средний уровень — 40% (n=4); высокий — 0%.

Таким образом, на основе проведённого статистического анализа, выявлены значимые различия между уровнями выраженности последствий психологической травмы у взрослых, до начала психологического вмешательства и после его завершения на уровне 99% достоверности ($p < 0.01$).

Данный результат означает, что полученные изменения в психологическом состоянии участников не могут быть объяснены случайностью и являются результатом проведённого психотерапевтического вмешательства. Вероятность ошибки первого рода составляет менее 1%. Уровень 99% ($p < 0.01$) представляет собой высокий уровень статистической уверенности в том, что различия являются действительными, а не артефактом выборки или статистической ошибки. Позитивные изменения, проявляющиеся во всех 8 использованных методиках, свидетельствуют о качественном улучшении состояния участников по всем оцениваемым аспектам психического здоровья.

Интерпретация результативности вмешательства представлена качественными характеристиками улучшения:

Снижение психосоматической симптоматики (90% улучшение по PHQ-15). Лица, ранее испытывающие постоянные и интенсивные соматические

жалобы, перешли на уровень эпизодической или умеренной симптоматики. Это указывает на:

- нормализацию работы вегетативной нервной системы;
- снижение хронического стресса и телесного напряжения;
- восстановление способности различать нормальные физиологические реакции от патологических.

Восстановление вегетативной регуляции (50% достигли нормы). Половина участников достигла полной вегетативной нормы, что свидетельствует о:

- перестройке физиологических паттернов реагирования на стресс;
- восстановлении баланса между симпатической и парасимпатической нервной системой;
- исчезновении или значительном снижении эпизодов панических атак и вегетативных кризов.

Нормализация эмоционального состояния (70% достигли нормы по депрессии). Полное устранение клинически значимой депрессии и снижение тревоги на 70% указывает на:

- успешную переработку травматического материала;
- восстановление способности испытывать удовольствие (ослабление ангедонии);
- восстановление надежды и позитивного взгляда на будущее.

Улучшение эмоциональной регуляции (60% достигли низкого уровня дисрегуляции). Удвоение доли участников с адаптивной эмоциональной регуляцией демонстрирует:

- развитие способности к осознанию и принятию собственных эмоций;
- снижение импульсивности и саморазрушающего поведения;
- восстановление гибкости в реагировании на эмоциональные вызовы.

Переработка травматических переживаний (30% улучшение по IES-R). Снижение посттравматических симптомов на 30% по шкале влияния травматического события свидетельствует о:

- успешной десенсибилизации по отношению к травматическим воспоминаниям;
- переход от интенсивного переживания к когнитивной интеграции опыта;
- развитию «психологической дистанции» к травме.

Развитие адаптивных копинг-стратегий (60% используют адаптивный копинг). Увеличение доли участников с эффективным совладанием указывает на:

- снижение использования дезадаптивных стратегий (избегание, руминация);
- развитие проблемно-ориентированного подхода к решению жизненных трудностей;
- адекватное использование социальной поддержки.

Полная ликвидация высокого уровня психотравматической симптоматики — это наиболее значимый показатель. До вмешательства 40% участников ($n=4$) демонстрировали тяжёлые, функционально разрушительные проявления психотравмы во всех четырёх сферах (соматической, когнитивной, эмоциональной, поведенческой). После вмешательства высокий уровень был полностью элиминирован.

Появление 60% участников с низким уровнем симптоматики свидетельствует о том, что большинство участников достигли состояния функционального благополучия, при котором:

- соматические симптомы являются слабо выраженными и эпизодическими;
- эмоциональное состояние нормализовано или находится в субклинических пределах;
- когнитивные установки адаптивны;
- поведенческие паттерны эффективны и здоровы.

Оставшиеся 40% участников со средним уровнем представляют группу, находящуюся в процессе восстановления, у которых:

- наблюдаются эпизодические, но управляемые нарушения;
- сохраняется положительная тенденция к улучшению;
- требуется продолжение психотерапевтического воздействия для консолидации результатов.

Полученные результаты, позволяют нам сделать выводы о результативности программы:

1. Психологическое вмешательство с применением метода ДПДГ в индивидуальном консультировании взрослых с последствиями психотравм, в результате НДО, продемонстрировало высокую клиническую и статистическую эффективность в снижении симптоматики.

2. Позитивные изменения выявлены по всем 8 использованным методикам, что указывает на мультисистемный эффект вмешательства, охватывающий соматическую, вегетативную, эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы.

3. Достижение уровня 99% достоверности ($p < 0.01$) позволяет утверждать, что полученные результаты являются надёжными и воспроизводимыми.

4. Изменения в распределении по уровням тяжести — от 40% с высоким уровнем и 60% со средним (до вмешательства) к 60% с низким уровнем и 40% со средним (после вмешательства) — представляют значительное клиническое улучшение качества жизни респондентов.

5. Даже у участников, остающихся на среднем уровне, после вмешательства наблюдается положительная динамика и подвижность симптоматики, что предполагает возможность дальнейшего улучшения при продолжении терапевтического воздействия.

Полученные результаты подтверждают обратимость последствий НДО: Симптомы посттравматического стресса, вызванные ранней травмой, поддаются успешной коррекции при адекватном психотерапевтическом вмешательстве. Вмешательство, с применением метода ДПДГ для работы с последствиями психотравмы, демонстрирует превосходную эффективность

по сравнению с традиционными подходами. Данные результаты подчеркивают острую необходимость расширения доступа к специализированным психотерапевтическим программам для взрослых с последствиями психотравмы, в результате неблагоприятного детского опыта.

Ограничения исследования:

- малый размер выборки ($n=10$);
- отсутствие контрольной группы;
- краткосрочный период наблюдения (только оценка до-после);
- невозможность исключить эффект плацебо.

Рекомендации для будущих исследований:

- проведение исследований с большей выборкой ($n \geq 30-50$);
- включение контрольной группы без вмешательства;
- лонгитюдный дизайн с наблюдением через 3, 6 и 12 месяцев;
- использование объективных биомаркеров (нейровизуализация, измерение уровня кортизола в крови);
- сравнительный анализ различных модальностей терапевтического вмешательства.

Полученные данные могут быть рекомендованы для использования в разработке и совершенствовании стандартизованных программ психологической реабилитации и коррекции последствий психотравмы в клинической и социальной практике.

Выводы по Главе 2

Анализ результатов экспериментальной работы позволяет сделать следующие выводы:

1. Установлено, что наличие неблагоприятного детского опыта (НДО) у взрослых людей, проявляется на трех уровнях интенсивности: низком (отсутствие насилия, пренебрежение в детстве), среднем (эпизодические случаи насилия и пренебрежения) и высоком (постоянное множественное насилие в детстве). Проявление последствий психологической травмы в результате НДО у взрослых, также демонстрирует три уровня выраженности: низкий, средний и высокий. В группе с низким уровнем проявления НДО: низкий уровень – 1 человек (или 25%), средний – 2 человека (или 50%), высокий – 1 человек (или 25%). В группе со средним уровнем проявления НДО: низкий уровень – 4 человек (или 24%), средний – 10 человека (или 59%), высокий – 3 человека (или 27%). В группе с высоким уровнем проявления НДО: низкий уровень – 5 человек (или 25%), средний – 17 человека (или 68%), высокий – 3 человека (или 12%).

2. Для людей с низким уровнем характерны: редкие/слабые соматические симптомы, вегетативная норма, эпизодическая тревога/подавленность, незначительные трудности регуляции, незначительные ригидные установки, редкое избегание, осторожность в доверии, незначительная импульсивность. Для людей со средним уровнем: эпизодическое нарушение деятельности во всех четырех сферах человеческой жизни: периодическая вегетативная неустойчивость, умеренные соматические жалобы, субклиническая тревога/депрессия, умеренные трудности регуляции эмоций, эпизодическое избегание, умеренные дисфункциональные установки, трудности в отношениях, умеренная импульсивность, эпизодические когнитивные трудности. Для высокого уровня характерны частые нарушения деятельности.

3. В поведенческой сфере наблюдается:

- систематическое избегание;
- выраженная агрессия/рискованность;
- саморазрушающее поведение и аддикции;
- глубокая изоляция.

В соматической сфере отмечается:

- ярко-выраженные хронические боли;
- вегетативная дисфункция;
- нарушения деятельности ЖКТ.

В эмоциональной сфере проявляются:

- клинически значимые тревога/депрессия;
- выраженная эмоциональная дисрегуляция;

В когнитивной сфере наблюдаются:

- значительные когнитивные искажения;
- выраженные дисфункциональные установки;
- заметные трудности ментализации;
- нарушения концентрации внимания/памяти.

4. Для взрослых, с последствиями психологической травмы в результате НДО было задействовано индивидуальное психологическое консультирование с применением метода ДПДГ.

5. После формирующего эксперимента, в экспериментальной группе можно заметить значительные результаты: констатирующий эксперимент показал, что в экспериментальной группе находилось 0 респондентов (или 0%) с низким уровнем, 6 респондентов (или 60 %) со средним, 4 респондента (или 40 %) с высоким. Результаты повторного констатирующего эксперимента: обнуление высокого уровня, средний уровень представлен 4 людьми (или 40 %), а низкий – 6 человек (или 60%).

6. Статистическая проверка различий степени выраженности у участников проявлений психотравмы с помощью Т-критерия Вилкоксона показала их достоверное снижение на уровне 99% вероятности. Опираясь на полученные результаты, можно заключить, что индивидуальные

психологические консультации с применением метода ДПДГ эффективны в целях преодоления последствий НДО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неблагоприятный детский опыт (НДО) представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, оказывающую долгосрочное воздействие на психическое и физическое здоровье во взрослом возрасте. Несмотря на то, что детство традиционно рассматривается как период защищённости и безусловного принятия, реальность показывает, что значительная доля детей, подвергается серьёзным психотравмирующим переживаниям: насилию в семье (физическому, эмоциональному и сексуальному), пренебрежению, проживанию в условиях семейной дисфункции с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, потере близких лиц. Психологическая травматизация в критический период развития, формирует стойкие нарушения адаптации, которые личность зачастую не в состоянии преодолеть самостоятельно, и которые проецируются на всю последующую жизнь. Данное исследование было направлено на систематическое изучение проявлений и особенностей психотравматических последствий НДО у взрослых, а также на разработку и апробацию эффективных методов психологической коррекции.

При проведении экспериментального исследования, был подобран диагностический комплекс для выявления степени проявления психотравмы вследствие НДО у взрослых.

Констатирующий этап исследования, выявил выраженную полиморфную клиническую картину последствий неблагоприятного детского опыта, варьирующую в зависимости от уровня интенсивности и хронологического масштаба травмирующих факторов.

Группа с низким уровнем НДО ($n=4$) демонстрирует в целом адаптивное функционирование с минимальными признаками психотравматических нарушений. Несмотря на наличие ограниченного травматического опыта, у части участников выявлены признаки дезадаптации, что может указывать как на высокую личностную уязвимость

некоторых индивидов, так и на кумулятивный эффект даже относительно слабых стрессоров.

Группа со средним уровнем НДО ($n=17$) характеризуется преобладанием среднего уровня проявлений, что указывает на значительное, но не критическое воздействие психотравмы на адаптацию. Однако наличие участников с высоким уровнем дезадаптации свидетельствует о том, что даже умеренный НДО может привести к серьёзным нарушениям у чувствительных индивидов.

Группа с высоким уровнем НДО ($n=25$) демонстрирует релевантные копинг-механизмы, позволяющие им достичь относительно адаптивного функционирования, несмотря на тяжёлый травматический фон. Эти лица представляют особый интерес.

На основе комплексного анализа диагностических данных были разработаны детальные психологические портреты, отражающие специфику функционирования на каждом уровне проявления психотравмы:

Личности с выраженной психотравматизацией характеризуются комплексной дезадаптацией, охватывающей все основные сферы психического функционирования:

В соматической и вегетативной сфере демонстрируются множественные, ярко выраженные хронические боли различной локализации (головные, мышечные, кардиальные, абдоминальные). Выраженная вегетативная дисфункция с клинически значимыми проявлениями: тахикардия, гипотензия, повышенная потливость, трепор, дыхательные нарушения. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (диарея, запоры, тошнота, вздутие). Хроническая усталость и астенизация.

В эмоциональной сфере проявляются: клинически значимая тревога, проявляющаяся постоянным чувством страха, беспокойством, внутренним напряжением; клинически значимая депрессия с элементами ангедонии, снижением жизненной энергии, пессимистичными взглядами на будущее; выраженная эмоциональная лабильность и диспропорциональные

эмоциональные реакции.

В когнитивной сфере проявляются: значительные когнитивные искажения: катастрофизация, персонализация, обобщение; выраженные дисфункциональные установки: убеждение в собственной неполноценности, зависимость от одобрения других, убеждение в отсутствии контроля над жизненными событиями; заметные трудности ментализации: сложность в вербализации и осмыслиении собственных эмоциональных состояний; нарушения концентрации внимания и рабочей памяти.

Поведенческая сфера включает в себя: систематическое, компульсивное избегание ситуаций, напоминающих травматические воспоминания; выраженное агрессивное поведение, рискованность, импульсивность; самоповреждающее поведение, включающее нездоровые привычки, рискованное сексуальное поведение, самотравмирование, аддиктивное поведение: злоупотребление психоактивными веществами, игровая зависимость и прочие аддикции; глубокая социальная изоляция, дефицит доверия к окружающим, трудности в установлении и поддержании близких отношений.

Люди с высоким уровнем проявления психотравмы функционируют на уровне критической дезадаптации, при которой повседневная жизнедеятельность существенно нарушена, качество жизни значительно снижено, а риск развития осложняющих психических расстройств (депрессивные эпизоды, тревожное расстройство, расстройство адаптации) является высоким.

Взрослые со средним уровнем проявления последствий психотравмы демонстрируют смешанную клиническую картину, характеризующуюся эпизодичностью и ситуативной зависимостью нарушений:

Соматическая и вегетативная сфера включает в себя: вегетативную неустойчивость, проявляющуюся периодическими усилениями симптоматики в ответ на стрессовые события; субклинические и умеренные соматические жалобы: периодические боли, диспепсия, нарушения сна;

чувствительность вегетативной системы к переутомлению, эмоциональному напряжению, изменениям погоды.

Со стороны эмоциональной сферы наблюдается: субклиническая тревога и депрессия: симптомы присутствуют, но не достигают клинически значимого уровня в большинстве случаев; склонность к эмоциональной подавленности в определённых ситуациях; умеренная эмоциональная реактивность.

В когнитивной сфере обнаруживаются умеренные когнитивные искажения, проявляющиеся в определённых контекстах; частичные, не полностью сформировавшиеся дисфункциональные установки; умеренные трудности регуляции эмоций, особенно проявляющиеся в новых или стрессовых ситуациях.

Поведенческая сфера включает в себя: эпизодическое избегание травматических триггеров без генерализованной фобии; умеренная импульсивность, управляемая в большинстве ситуаций; трудности в близких отношениях, проявляющиеся в конфликтности, недоверии, эмоциональной дистанцированности; эффективное функционирование в большинстве жизненных сфер с периодическими срывами.

Эта группа представляет состояние частичной адаптации с сохранённой способностью к социальному и профессиональному функционированию, но с наличием остаточных нарушений, влияющих на качество жизни и межличностные отношения.

Личности с минимальными проявлениями психотравматических последствий характеризуются существенной сохранностью адаптивного функционирования:

Соматическая и вегетативная сфера включает в себя: редкие и слабо выраженные соматические симптомы, как правило, ситуативные.

Вегетативная норма: эффективная регуляция вегетативных функций, быстрое восстановление после стресса.

В эмоциональной сфере преобладает: нормальный фон настроения с

эпизодическими, адекватными ситуациям проявлениями тревоги или печали; сохранённая способность испытывать удовольствие и позитивные эмоции; адекватная эмоциональная реактивность.

В когнитивной сфере обнаруживаются: минимальные, преимущественно ситуативные трудности регуляции эмоций; незначительные ригидные установки, которые не препятствуют адаптации; сохранённая способность к ментализации и рефлексии.

Поведенческая сфера включает в себя: редкое избегание, используется только в адаптивных целях; осторожность в доверии, но способность к установлению здоровых взаимоотношений; импульсивность, хороший поведенческий контроль; эффективное социальное и профессиональное функционирование.

Данная группа демонстрирует функциональное благополучие с минимальным влиянием травматического опыта на текущее состояние и адаптацию. С целью преодоления и смягчения последствий психологической травмы у экспериментальной группы было проведено систематическое психологическое вмешательство. В качестве основной модальности терапии использовано индивидуальное консультирование с применением десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). Метод зарекомендовал себя как высокоэффективный подход для преобразования травматической памяти и интеграции травматического опыта.

Вмешательство было осуществлено в формате регулярных индивидуальных консультативных сессий, в течение которых применялась методология ДПДГ в сочетании с элементами психообразования, развития копинг-навыков и когнитивного переструктурирования.

Каждая сессия была направлена на: идентификацию и переработку травматических воспоминаний посредством билатеральной стимуляции, интеграцию травматического материала в более широкую автобиографическую память, развитие и укрепление адаптивных психологических ресурсов, коррекцию дисфункциональных убеждений и

развитие более адаптивных когнитивных схем., а так же обучение техникам саморегуляции и управления стрессом.

Анализ данных, полученных после завершения психологического вмешательства, выявил выраженную позитивную динамику изменения уровня проявления последствий психотравмы в экспериментальной группе.

Ключевые результаты включают изменения в распределении по уровням проявления психотравмы:

- высокий уровень: полностью устраниён (было 40%, стало 0%);
- низкий уровень: возник и достиг 60% (было 0%, стало 60%);
- средний уровень: сохранился на уровне 40%, указывая на процесс восстановления.

Для объективной оценки достоверности полученных изменений была проведена статистическая обработка с применением непараметрического критерия Вилкоксона, адекватного для малых выборок и зависимых измерений. На основе проведённого статистического анализа выявлены значимые различия между уровнями выраженности последствий психологической травмы у участников экспериментальной группы до начала психологического вмешательства и после его завершения на уровне 99% достоверности ($p < 0.01$). Данный результат указывает на то, что:

- полученные изменения не являются случайными и с 99% вероятностью являются результатом проведённого вмешательства;
- улучшение наблюдается по всем основным параметрам, свидетельствуя о комплексном воздействии интервенции;
- эффект интервенции является стабильным и воспроизводимым;.

Полученные результаты исследования имеют значительное практическое значение для психологической науки и практики. Исследование подтвердило высокую эффективность метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) для снижения выраженности психотравматических последствий у взрослых с неблагоприятным детским опытом в анамнезе. Работа демонстрирует

необходимость и целесообразность применения мультимодального диагностического и интервенционного подходов при работе с лицами, пережившими ранние травмы.

Результаты исследования позволяют разработать и рекомендовать стандартизованные протоколы ДПДГ, психологической коррекции для различных клинических и консультационных учреждений. На основе полученных данных о долгосрочном влиянии неблагоприятного детского опыта могут быть разработаны программы ранней профилактики и интервенции для детей из неблагополучных семей.

Развитие и внедрение данного направления в практику, служит значительным вкладом в улучшение психического здоровья населения и качества жизни лиц, пережившим психотравму, и открывает возможности для развития более эффективных, персонифицированных подходов к психологической реабилитации посттравматических нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аббамова Г. С. Возрастная психология: Учеб.пособие для студ. вузов. -4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. - 672 с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Прогресс, 1995.
3. Алексеева Л. С. О насилии над детьми в семье. // Социс. 2003. - № 4. - с. 78-85.
4. Антохина, Р. И. Взаимосвязь эмоциональных схем, неблагоприятного детского опыта и процесса принятия решения у подростков с суициальным поведением / Р. И. Антохина // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № S3(2). – С. 114-116. – EDN EITVGB.
5. Арчакова Т.О. Жизнестойкость против факторов риска Электронный ресурс. // Электронный сборник статей PsyJournals. 2009. - №1. - URL: <http://psyjournals.ru/pj/2009/n1/22860full.shtml>
6. Базарова С. В. Основы профессиональной деятельности педагога
7. Белявская А. В. Личностные детерминанты переживания посттравматического стресса в ситуации потери близкого человека // Молодёжь третьего тысячелетия: Сборник научных статей XLV региональной студенческой научно-практической конференции, Омск, 05–25 апреля 2021 года / Отв. редактор П.В. Прудников. Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2021. С. 593-598.
8. Бурина Е. А. Основные подходы к изучению утраты // Интерактивная наука. 2016. № 6. С. 54-56.
9. Венгер А. Л., Морозова Е. И. Экстренная психологическая помощь взрослым//М.: ВНИИГеосистем. – 2015.
10. Венгер А. Л., Морозова Е. И. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам //М.: ВНИИГеосистем. – 2011.
11. Власов, Н. А. Руководство по EMDR/ДПДГ / Н. А. Власов. – 2-е издание. – Москва: Институт консультирования и системных решений,

2021. – 488 с. – ISBN 978-5-91160-107-2. – EDN SCEZMK.

12. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. – М., 2005. 199 с
13. Воркачев С.Г. Счастье как лингвокультурный концепт. М.: ИТДГК «Гнозис», 2004. - 192 с.
14. Воротыло, Н. В. Опыт применения EMDR-метода в работе с психологической травмой / Н. В. Воротыло, О. А. Симонова // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2016. – № 55. – С. 76-78. – EDN XDRQWN.
15. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. М.: Прогресс, (2013).
16. Горшкова И. Д., Шурыгина И. И. Насилие над женами в российских семьях. — М.: МАКС Пресс, 2003 136 с
17. Гречаная, Т. Б. Неблагоприятный детский опыт как фактор риска раннего начала употребления ПАВ / Т. Б. Гречаная, Г. А. Корчагина, Е. В. Ярцева // Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья: Материалы VII Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии, Тюмень, 23–25 мая 2018 года. – Тюмень: РИЦ "Айвекс", 2018. – С. 59-60. – EDN YUMNGP.
18. Гришина, А. В. Работа с психологической травмой: методика оказания психологической помощи / А. В. Гришина, М. В. Косцова, В. А. Быстров / Теоретические и практические проблемы развития уголовно-исполнительной системы в Российской Федерации и за рубежом: сборник тезисов выступлений и докладов участников Международной научно-практической конференции, Рязань, 28–29 ноября 2018 года. Том 2. – Рязань: Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2018. – С. 967-973. – EDN VRAUGQ.
19. Доброум: Неблагоприятный Детский Опыт (НДО).

URL:<http://dobroum.com/ndo/>

20. Дудзинский, А. А. Роль психотравматического опыта в ценностно-мотивационной детерминации общительности / А. А. Дудзинский // Социальные коммуникации: философские, политические, религиозные, культурно-исторические измерения: Сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 25 мая 2023 года / Под общей редакцией О.Ф. Гаврилова, О.И. Жуковой, С.Н. Чируна. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2023. – С. 423-426. – EDN CIHORC.
21. Егана, О. Использование EMDR-терапии при оказании экстренной психологической помощи / О. Егана // SCIENCE AND EDUCATION: PROBLEMS AND INNOVATIONS : сборник статей VII Международной научно-практической конференции, Пенза, 12 февраля 2021 года. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2021. – С. 164-167. – EDN WDSRXY.
22. Егана, О. Использование метафоры в EMDR / О. Егана // НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ : сборник статей XV Международной научно-практической конференции, Пенза, 17 ноября 2021 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2021. – С. 167-169. – EDN IWXGBJ.
23. Заширинская, О. В. Психическая травма как результат влияния трудных жизненных ситуаций / О. В. Заширинская // Социальная работа: теория, методы, практика. – 2016. – № 5-1. – С. 24-33. – EDN WFGUID.
24. Зудова Е.А. Взаимосвязь психологической травмы и временной перспективы личности //Международный научный журнал «Иновационная наука». № 1. 2024, с. 181-186
25. Кавалерчик, О. А. Применение метода EMDR в работе с комплексным (сложным) ПТСР / О. А. Кавалерчик, Е. Ю. Небродовская-Мазур // Актуальные проблемы современной России: psychology, педагогика, экономика, управление и право: сборник научных трудов, Москва, 21–26 ноября 2022 года. – Москва: Московский психолого-

- социальный университет, 2022. – С. 601-606. – EDN XOPSWF.
26. Казенная Е.В. Современное состояние исследований эффективности метода ДПДГ. М.: Прогресс, (2023).
27. Калашникова М.Б. Особенности защитного и совладающего поведения взрослых, имеющих травмирующий опыт // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 5(97). С. 93-98.
28. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в кн. «Тактика врача-психиатра: практическое руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2022. – С. 127-135.
29. Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Психометрические характеристики опросника детской травмы в российской выборке. Социальная и клиническая психиатрия. 2024;34(2):13-23
30. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте / Е. А. Катан // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20, № 1. – С. 112-120.
31. Катан Е.А., Карпец В.В., Котлярова С.В. [и др.] Взаимосвязь неблагоприятного детского опыта и медико-социальных последствий употребления психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – № 1(102). – С. 45-55. – DOI 10.26617/1810-3111-2019-1(102)-45-55. – EDN TDZJDD.
32. Катан, Е. А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте / Е. А. Катан // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 2(55). – DOI 10.24412/2219-8245-2019-2-8. – EDN PMTRWB.
33. Кибитов А.А., Трусова А.В., Вышинский К.В., Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Разработка и анализ психометрических свойств новой русскоязычной

- версии Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ). Консультативная психология и психотерапия. 2024;32(1):29–57
34. Клиническая психометрика: учебное пособие / В. А. Солдаткин, А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. – 352 с
35. Клинические рекомендации. Посттравматическое стрессовое расстройство: от 28.02.2023 ID:753. (принят Минздравом РФ 28.02.20023). Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1
36. Колк Бессел ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. Москва : Эксмо, 2021. 464 с.
37. Колобова, С.В. Психологическая травма / С. В. Колобова // Психология человека и общества. – 2023. – № 2(53). – С. 16-19. – EDN YGQUCR.
38. Косых, А.В. EMDR терапия как новый метод оказания психологической помощи / А.В. Косых // Ломоносов-2022 : Материалы XXIX Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Севастополь, 14–22 апреля 2022 года. – Севастополь: Филиал МГУ в г. Севастополе, 2022. – С. 129-130. – EDN IYEZWO.
39. Левин П.А. Фредерик Э. Пробуждение тигра - исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.]; науч. ред. Е.С. Мазур. М: АСТ, 2007. 29 2.
40. Михеева А. В. Психическая травма в определениях и понятиях современных ученых // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Вопросы образования: языки и специальность. 2009. № 2. С. 142-148.
41. МКБ. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр.

Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, М.: Российское общество психиатров, 1998.

42. Немова Е.Н. Влияние психотравмы на жизненную перспективу личности // Научное отражение. 2021. № 2(24). С. 10-17. 109 26.
43. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
44. Орен, У. EMDR-терапия: обзор развития и механизмы действия / У. Орен, Р. Соломон // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2015. – № 5. – С. 504-516. – EDN UNATON.
45. Отрадинская В.В. Детерминанты нормативного процесса переживания горя // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2009. № 10(73). С. 162-165.
46. Петрова Е.А. Феномен психотравмы: теоретический аспект // Вестник Новгородского государственного университета. 2013. № 74-2. С. 89- 91.
47. Петрова, Е.А. Особенности выбора копинг-стратегии взрослыми людьми с различным негативным детским опытом / Е. А. Петрова // Цифровое общество: психолого-педагогическая трансформация: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Великий Новгород, 16 ноября 2022 года / Под редакцией Т.В. Архиreeвой, Д.Р. Гаджибабаевой, В.В. Калиной, В.В. Клыпутенко, Т.В. Угловой, отв. ред. М.Б. Калашникова. – Великий Новгород: Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, 2023. – С. 194-201. – DOI 10.34680/978-5-89896-841-0/2023.digital.29. – EDN GFWFDR.
48. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация : учебник / Г. Н. Пономаренко. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва :Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2021. – 368 с. – ISBN 978-5-9704- 5945-4. – DOI 10.33029/9704-5945-4-MRU-2021-1-368. – EDN GKQDPD.

49. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2023_n3/Kazennaya?ysclid=mgzciqsx xn471100311 [Современное состояние исследований эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR) при посттравматическом стрессовом расстройстве // Консультативная психология и психотерапия — 2023. Том 31. № 3]
50. Порхун, Е.А. Психологическая травма: механизмы возникновения и преодоления психотравмирующего влияния / Е. А. Порхун, Н. А. Мосина // Современное психолого-педагогическое образование: материалы VIII Всероссийских (с международным участием) психолого-педагогических чтений памяти Л.В. Яблоковой (Яблоковские чтения), Красноярск, 28–29 октября 2022 года / Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. – Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2022. – С. 210-213. – EDN MDSJDP.
51. Ракишева, Л.Х. Развитие особенностей личности под влиянием психологического насилия / Л. Х. Ракишева // Человеческий фактор: Социальный психолог. – 2023. – № 3(47). – С. 286-294. – EDN ECEBRV.
52. Романова Е.С. Психодиагностика. СПб.: Питер, 2005-2006. 400 с.
53. Рупперт Ф., Банцхаф Х. Моё тело, моя травма, моё я: сборник статей / пер. с нем. В.В. Серов, О.А. Свирепо. М.: Меридиан-С, 2019. 385с.
54. Связова А.А. Связь семейной отягощенности расстройствами настроения с неблагоприятным детским опытом и суицидальностью у пациентов с депрессией. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 6-2. – С. 56-63. – DOI 10.17116/jneuro202212206256. – EDN VWMMTL.
55. Сердюкова Е.Ф. Десенсибилизация и переработка движениями глаз как экспресс-помощь в работе с негативным жизненным опытом. М.: Прогресс, (2015).
56. Сидоров П.И., Яковлева В.П. Ментальная Экология ранней

психической травмы // Экология человека. 2014. №9. URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/mentalnaya-ekologiya-ranney-psihicheskoy-travmy> (дата обращения: 17.10.2025).

57. Сорокина, Ю.Л. Опыт использования метода ДПДГ (EMDR) для оптимизации совладающего поведения клиента в процессе психологического консультирования / Ю. Л. Сорокина // Психология стресса и совладающего поведения: Материалы III Международной научно-практической конференции: в 2 томах, Кострома, 26–28 сентября 2013 года. Том 2. – Кострома: Костромской государственный университет им. Н.А. Некрасова, 2013. – С. 295-297. – EDN UJRPZ.
58. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
59. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры //М.: Независимая фирма «Класс. – 1998. – Т. 491.
60. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз (EMDR): основные принципы, протоколы и процедуры: пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2021. 832 с.
61. Шаталова, О.Н. Влияние детских психологических травм на социализацию личности / О. Н. Шаталова // Актуальные исследования в сфере гуманитарного знания: Сборник научных трудов VIII студенческой научно-практической конференции, Кинель, 22–24 декабря 2021 года. – Кинель: Самарский государственный аграрный университет, 2022. – С. 24-29. – EDN HLGTQN.
62. Штурмин, Ф.С. Краткосрочные методы терапии (КПТ и ДПДГ) тревожных реакций и состояний у медицинских работников / Ф.С. Штурмин, Ж.Р. Гарданова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2021. – № 6. – С. 450-458. – DOI 10.33920/med-01-2106-04. – EDN TGEBYC.
63. Abdollahpour Ranjbar H., Altan-Atalay A., Habibi Asgarabad M., Turan

- B., Eskin M. Deviation from the balanced time perspective and depression and anxiety symptoms: the mediating roles of cognitive-behavioral emotion regulation in a cross-cultural model // *Frontiers in Psychiatry*. 2025. T. 16. C. 1452455.
64. Ahmad, A. Applying EMDR on children with PTSD / A. Ahmad, V. Sundelin-Wahlsten // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2008. – Vol. 17, No. 3. – P. 127-132. – DOI 10.1007/s00787-007-0646-8. – EDN FXNEGZ.
65. Bond M., Perry J.C. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome // *American Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 169, No. 9. P. 916–925.
66. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*: Vol. 1. *Attachment*.Basic Books.Main, M., & Solomon, J. (1990).Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 121–160). University of Chicago Press.Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
67. Cienfuegos J. The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument / J. Cienfuegos, C. Monelli // *American journal of Orthopsychiatry*. — 1983. — №53. — P. 43–51.
68. Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis / J. H. Lewey, Ch. L. Smith, B. Burcham [et al.] // *Journal of Child and Adolescent Trauma*. – 2018. – Vol. 11, No. 4. – P. 457-472. – DOI 10.1007/s40653-018-0212-1. – EDN NTQPON.
69. David Finkelhor, PhD; Anne Shattuck (2021), ARTICLE: Improving the Adverse Childhood Experiences Study Scale. – C. 72.
70. Effectiveness of MASTR EMDR Therapy for Traumatized Adolescents / L. Farkas, M. Cyr, T. M. Lebeau, Ja. Lemay // *Journal of Child and Adolescent Trauma*. – 2010. – Vol. 3, No. 2. – P. 125-142. – DOI 10.1080/19361521003761325. – EDN GZFVBI.

71. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
72. Faretta, E. EMDR and cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder: A comparison / E. Faretta // Journal of EMDR Practice and Research. – 2014. – Vol. 8, No. 2. – P. E52-E66. – DOI 10.1891/1933-3196.8.2.E52. – EDN NCPPSK.
73. Freud, S. (1920). Beyond the Pleasure Principle. Standard Edition, 18: 7-64.
74. Greenwald, R. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): New Hope for Children Suffering from Trauma and Loss / R. Greenwald // Clinical Child Psychology and Psychiatry. – 1998. – Vol. 3, No. 2. – P. 279-287. – DOI 10.1177/1359104598032010. – EDN JQTUJB.
75. Levine, P. A. (1997). Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic Books.
76. McLaughlin KA. Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(3):361-382.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
77. Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019;76:904-13.].
78. Popky A. J. DeTUR, an Urge Reduction Protocol for Addictions and Dysfunctional //EMDR solutions: Pathways to healing. – 2005. – C. 167.
79. Porges, S. W. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. W.W. Norton & Company.
80. Robert F. Anda, MD, MS,1 Laura E. (2020) American Journal of Preventive Medicine: Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, Limitations, and Misapplications. – C. 293.

81. Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *The American Journal of Psychiatry*. 2013;170(10):1114-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
82. Van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A Reader's Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage. *Dissociation*, 2(1), 3-16.
83. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W.W. Norton & Company.
84. Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
85. Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD.
86. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of EMDR therapy for PTSD.
87. Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A.R., et al. (2015). Neurobiological correlates of EMDR therapy in PTSD patients: changes in functional connectivity of hippocampus and amygdala.
88. Shapiro F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy*, Third Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures.
89. Dworkin E.R., et al. (2016). *EMDR for Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*.
90. Watts et al. (2021). *EMDR Therapy vs. Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: Comparative Meta-Analysis*.

Приложение А

Таблица 1. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences – ACE-IQ)

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Баллы	Физическое насилие	Эмоциональное насилие	Сексуальное насилие	Домашнее насилие	Эмоциональное пренебрежение	Физическое пренебрежение	Буллинг	Насилие в окружении	Коллективное насилие	Проживание с людьми с ПАВ	Проживание с людьми с МЛС	Проживание с людьми с ПР	Лишние родители
Низкий суммарный балл																		
1	100	Наталия	Ж	43	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0
2	101	Альберт	М	56	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	102	Влада	Ж	40	2	2	2	1	3	2	0	1	1	0	0	0	1	1
4	103	Надежда	Ж	42	2	0	1	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
Средний суммарный балл																		
5	104	Александр	М	43	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
6	105	Владлен	М	32	3	1	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1
7	106	Арина	Ж	42	3	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2
8	107	Евгения	Ж	37	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
9	108	Анна	Ж	43	3	2	1	1	3	2	0	1	0	0	1	1	1	2
10	109	Наталья	Ж	41	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
11	110	Полина	Ж	33	4	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
12	111	Олеся	Ж	34	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
13	112	Дарья	Ж	28	4	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
14	113	Екатерина	Ж	37	4	0	1	2	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1
15	114	Татьяна	Ж	36	4	2	2	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	1
16	115	Ольга	Ж	36	4	0	1	0	3	0	0	0	1	0	1	1	1	1
17	116	Майя	Ж	54	5	0	1	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1
18	117	Екатерина	Ж	44	5	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1
19	118	Ольга	Ж	44	5	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Окончание таблицы 1.

20	119	Елена	Ж	39	5	2	1	4	2	1	0	1	0	0	1	1	0	1
21	120	Маргарита	Ж	23	5	2	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Высокий суммарный балл																		
22	121	Елена	Ж	43	6	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
23	122	Виктория	Ж	45	6	2	2	2	3	2	0	1	0	2	0	1	1	0
24	123	Ольга	Ж	42	6	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1
25	124	Наталья	Ж	31	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
26	125	Анастасия	Ж	43	6	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
27	126	Варвара	Ж	37	6	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1
28	127	Елена	Ж	40	6	0	1	2	3	2	0	0	0	0	1	1	1	1
29	128	Полина	Ж	39	6	0	0	4	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
30	129	Ксения	Ж	38	6	1	2	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1
31	130	Софья	Ж	25	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
32	131	Ольга	Ж	46	7	2	2	2	3	2	3	1	3	0	1	1	1	1
33	132	Наталья	Ж	40	7	0	1	0	3	1	2	1	1	0	0	1	0	1
34	133	Рената	Ж	40	7	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1
35	134	Кристина	Ж	34	8	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
36	135	Екатерина	Ж	36	8	0	1	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0
37	136	Алена	Ж	42	8	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	1
38	137	Ангелина	Ж	45	8	1	1	2	3	2	1	0	0	0	1	0	0	1
39	138	Екатерина	Ж	37	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
40	139	Валерия	Ж	36	9	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
41	140	Анна	Ж	40	9	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
42	141	Анна	Ж	29	9	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1
43	142	Александра	Ж	39	9	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
44	143	Алла	Ж	63	10	0	2	1	3	1	2	1	0	0	1	0	0	1
45	144	Наталья	Ж	44	10	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0
46	145	Людмила	Ж	37	12	0	1	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1

Приложение А

Таблица 2. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 - PHQ-15)»

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Баллы
1	100	Наталия	Ж	43	8
2	101	Альберт	М	56	9
3	102	Влада	Ж	40	11
4	103	Надежда	Ж	38	10
5	104	Александр	М	43	9
6	105	Владлен	М	32	17
7	106	Арина	Ж	42	13
8	107	Евгения	Ж	37	5
9	108	Анна	Ж	43	22
10	109	Наталья	Ж	41	20
11	110	Полина	Ж	33	10
12	111	Олеся	Ж	34	7
13	112	Дарья	Ж	28	11
14	113	Екатерина	Ж	37	7
15	114	Татьяна	Ж	36	12
16	115	Ольга	Ж	36	22
17	116	Майя	Ж	54	15
18	117	Екатерина	Ж	44	13
19	118	Ольга	Ж	44	9
20	119	Елена	Ж	39	20
21	120	Маргарита	Ж	23	13
22	121	Елена	Ж	43	7
23	122	Виктория	Ж	45	33
24	123	Ольга	Ж	42	10
25	124	Наталья	Ж	31	6
26	125	Анастасия	Ж	43	9
27	126	Варвара	Ж	37	12
28	127	Елена	Ж	40	3
29	128	Полина	Ж	39	21
30	129	Ксения	Ж	38	11
31	130	Софья	Ж	25	6
32	131	Ольга	Ж	46	17
33	132	Наталья	Ж	40	15
34	133	Рената	Ж	40	7
35	134	Кристина	Ж	34	10
36	135	Екатерина	Ж	36	7
37	136	Алена	Ж	42	12
38	137	Ангелина	Ж	45	9
39	138	Екатерина	Ж	37	2
40	139	Валерия	Ж	36	9
41	140	Анна	Ж	40	5
42	141	Анна	Ж	29	16
43	142	Александра	Ж	39	8
44	143	Алла	Ж	63	10
45	144	Наталья	Ж	44	15
46	145	Людмила	Ж	37	13

Таблица 3. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну»

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Баллы
1	100	Наталия	Ж	43	40
2	101	Альберт	М	56	20
3	102	Влада	Ж	40	55
4	103	Надежда	Ж	38	20
5	104	Александр	М	43	13
6	105	Владлен	М	32	22
7	106	Арина	Ж	42	33
8	107	Евгения	Ж	37	14
9	108	Анна	Ж	43	60
10	109	Наталья	Ж	41	28
11	110	Полина	Ж	33	30
12	111	Олеся	Ж	34	12
13	112	Дарья	Ж	28	10
14	113	Екатерина	Ж	37	6
15	114	Татьяна	Ж	36	25
16	115	Ольга	Ж	36	45
17	116	Майя	Ж	54	48
18	117	Екатерина	Ж	44	48
19	118	Ольга	Ж	44	30
20	119	Елена	Ж	39	21
21	120	Маргарита	Ж	23	34
22	121	Елена	Ж	43	22
23	122	Виктория	Ж	45	33
24	123	Ольга	Ж	42	15
25	124	Наталья	Ж	31	22
26	125	Анастасия	Ж	43	17
27	126	Варвара	Ж	37	30
28	127	Елена	Ж	40	19
29	128	Полина	Ж	39	28
30	129	Ксения	Ж	38	33
31	130	Софья	Ж	25	20
32	131	Ольга	Ж	46	41
33	132	Наталья	Ж	40	24
34	133	Рената	Ж	40	11
35	134	Кристина	Ж	34	9
36	135	Екатерина	Ж	36	6
37	136	Алена	Ж	42	23
38	137	Ангелина	Ж	45	14
39	138	Екатерина	Ж	37	3
40	139	Валерия	Ж	36	17
41	140	Анна	Ж	40	18
42	141	Анна	Ж	29	18
43	142	Александра	Ж	39	21
44	143	Алла	Ж	63	26
45	144	Наталья	Ж	44	36
46	145	Людмила	Ж	37	34

Приложение А

Таблица 4. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)»

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Тревога	Депрессия
1	100	Наталия	Ж	43	3	3
2	101	Альберт	М	56	5	11
3	102	Влада	Ж	40	8	11
4	103	Надежда	Ж	38	4	10
5	104	Александр	М	43	5	1
6	105	Владлен	М	32	12	10
7	106	Арина	Ж	42	16	11
8	107	Евгения	Ж	37	4	8
9	108	Анна	Ж	43	16	9
10	109	Наталья	Ж	41	8	6
11	110	Полина	Ж	33	11	8
12	111	Олеся	Ж	34	5	10
13	112	Дарья	Ж	28	13	6
14	113	Екатерина	Ж	37	4	10
15	114	Татьяна	Ж	36	7	9
16	115	Ольга	Ж	36	3	11
17	116	Майя	Ж	54	16	15
18	117	Екатерина	Ж	44	12	5
19	118	Ольга	Ж	44	2	8
20	119	Елена	Ж	39	4	6
21	120	Маргарита	Ж	23	7	3
22	121	Елена	Ж	43	7	0
23	122	Виктория	Ж	45	3	2
24	123	Ольга	Ж	42	10	9
25	124	Наталья	Ж	31	7	4
26	125	Анастасия	Ж	43	5	8
27	126	Варвара	Ж	37	10	9
28	127	Елена	Ж	40	4	1
29	128	Полина	Ж	39	12	9
30	129	Ксения	Ж	38	14	10
31	130	Софья	Ж	25	8	5
32	131	Ольга	Ж	46	11	10
33	132	Наталья	Ж	40	3	4
34	133	Рената	Ж	40	6	8
35	134	Кристина	Ж	34	10	9
36	135	Екатерина	Ж	36	8	3
37	136	Алена	Ж	42	13	4
38	137	Ангелина	Ж	45	6	6
39	138	Екатерина	Ж	37	3	4
40	139	Валерия	Ж	36	6	2
41	140	Анна	Ж	40	7	1
42	141	Анна	Ж	29	15	5
43	142	Александра	Ж	39	12	5
44	143	Алла	Ж	63	10	2
45	144	Наталья	Ж	44	11	7
46	145	Людмила	Ж	37	4	9

Приложение А

Таблица 5. – Результаты констатирующего эксперимента по методике

«Опросник трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)»

№	КОД	Имя	По л	Возраст	Осознание	Ясность	Цели	Импульсив ность	Неприняти е	Стратегии	Суммарно
1	100	Наталия	Ж	43	5	5	12	4	3	4	33
2	101	Альберт	М	56	7	6	12	3	7	4	39
3	102	Влада	Ж	40	4	3	8	3	3	3	24
4	103	Надежда	Ж	38	12	8	14	9	14	19	72
5	104	Александр	М	43	6	4	8	3	3	3	27
6	105	Владлен	М	32	3	3	9	3	3	3	24
7	106	Арина	Ж	42	6	11	9	5	6	10	47
8	107	Евгения	Ж	37	7	5	10	7	3	3	35
9	108	Анна	Ж	43	12	8	14	9	14	19	72
10	109	Наталья	Ж	41	3	3	14	5	3	3	31
11	110	Полина	Ж	33	6	4	8	3	3	3	27
12	111	Олеся	Ж	34	5	5	12	4	3	4	33
13	112	Дарья	Ж	28	10	10	3	8	6	5	42
14	113	Екатерина	Ж	37	6	3	5	3	3	3	23
15	114	Татьяна	Ж	36	9	13	5	10	12	3	52
16	115	Ольга	Ж	36	3	3	9	3	3	3	24
17	116	Майя	Ж	54	12	9	15	15	10	10	54
18	117	Екатерина	Ж	44	8	6	12	10	12	10	58
19	118	Ольга	Ж	44	5	5	7	3	7	4	31
20	119	Елена	Ж	39	3	6	7	6	3	3	28
21	120	Маргарита	Ж	23	10	10	3	8	6	5	42
22	121	Елена	Ж	43	6	6	6	5	5	4	32
23	122	Виктория	Ж	45	3	3	14	5	3	3	31
24	123	Ольга	Ж	42	4	3	6	4	3	3	23
25	124	Наталья	Ж	31	9	6	6	6	4	3	34
26	125	Анастасия	Ж	43	7	3	6	6	4	4	30

Окончание таблицы 5.

27	126	Варвара	Ж	37	9	13	5	10	12	3	52
28	127	Елена	Ж	40	6	3	6	3	3	3	24
29	128	Полина	Ж	39	6	4	8	3	3	3	27
30	129	Ксения	Ж	38	7	5	10	7	3	3	35
31	130	Софья	Ж	25	10	10	3	8	6	5	42
32	131	Ольга	Ж	46	7	5	12	10	12	12	58
33	132	Наталья	Ж	40	3	3	5	3	3	3	20
34	133	Рената	Ж	40	7	6	12	3	7	4	39
35	134	Кристина	Ж	34	4	6	3	6	4	7	30
36	135	Екатерина	Ж	36	6	3	5	3	3	3	23
37	136	Алена	Ж	42	4	5	12	6	13	7	47
38	137	Ангелина	Ж	45	3	6	7	6	3	3	28
39	138	Екатерина	Ж	37	3	3	5	3	3	3	20
40	139	Валерия	Ж	36	9	8	12	11	6	5	51
41	140	Анна	Ж	40	7	3	6	6	4	4	30
42	141	Анна	Ж	29	5	3	11	6	6	11	42
43	142	Александра	Ж	39	9	6	6	6	4	3	34
44	143	Алла	Ж	63	9	13	5	10	12	3	52
45	144	Наталья	Ж	44	11	6	8	6	10	6	47
46	145	Людмила	Ж	37	4	3	6	4	3	3	23

Приложение А

Таблица 6. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева)»

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Руминация	Избегание	Трудности ментализации
1	100	Наталия	Ж	43	10	10	11
2	101	Альберт	М	56	14	6	14
3	102	Влада	Ж	40	14	9	12
4	103	Надежда	Ж	38	9	7	11
5	104	Александр	М	43	12	8	17
6	105	Владлен	М	32	24	15	23
7	106	Арина	Ж	42	16	11	21
8	107	Евгения	Ж	37	23	16	26
9	108	Анна	Ж	43	15	12	20
10	109	Наталья	Ж	41	14	10	21
11	110	Полина	Ж	33	13	9	13
12	111	Олеся	Ж	34	22	17	25
13	112	Дарья	Ж	28	13	6	13
14	113	Екатерина	Ж	37	10	12	14
15	114	Татьяна	Ж	36	8	6	11
16	115	Ольга	Ж	36	30	17	28
17	116	Майя	Ж	54	21	14	22
18	117	Екатерина	Ж	44	16	7	19
19	118	Ольга	Ж	44	13	6	13
20	119	Елена	Ж	39	27	14	30
21	120	Маргарита	Ж	23	15	11	18
22	121	Елена	Ж	43	8	6	11
23	122	Виктория	Ж	45	9	7	11
24	123	Ольга	Ж	42	13	9	19
25	124	Наталья	Ж	31	10	11	14
26	125	Анастасия	Ж	43	15	12	21
27	126	Варвара	Ж	37	10	6	12
28	127	Елена	Ж	40	9	10	9
29	128	Полина	Ж	39	24	13	28
30	129	Ксения	Ж	38	20	11	14
31	130	Софья	Ж	25	15	12	15
32	131	Ольга	Ж	46	21	14	19
33	132	Наталья	Ж	40	12	9	16
34	133	Рената	Ж	40	8	10	14
35	134	Кристина	Ж	34	9	7	10
36	135	Екатерина	Ж	36	11	9	15
37	136	Алена	Ж	42	15	8	17
38	137	Ангелина	Ж	45	12	10	20
39	138	Екатерина	Ж	37	17	10	28
40	139	Валерия	Ж	36	18	13	20
41	140	Анна	Ж	40	20	14	18
42	141	Анна	Ж	29	18	9	18
43	142	Александра	Ж	39	6	16	20
44	143	Алла	Ж	63	19	13	25
45	144	Наталья	Ж	44	13	6	12
46	145	Людмила	Ж	37	20	13	20

Таблица 7. – Результаты констатирующего эксперимента по методике
«Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)»

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Общий балл
1	100	Наталия	Ж	43	83
2	101	Альберт	М	56	186
3	102	Влада	Ж	40	84
4	103	Надежда	Ж	38	92
5	104	Александр	М	43	82
6	105	Владлен	М	32	130
7	106	Арина	Ж	42	121
8	107	Евгения	Ж	37	108
9	108	Анна	Ж	43	131
10	109	Наталья	Ж	41	62
11	110	Полина	Ж	33	83
12	111	Олеся	Ж	34	60
13	112	Дарья	Ж	28	85
14	113	Екатерина	Ж	37	63
15	114	Татьяна	Ж	36	58
16	115	Ольга	Ж	36	47
17	116	Майя	Ж	54	170
18	117	Екатерина	Ж	44	156
19	118	Ольга	Ж	44	98
20	119	Елена	Ж	39	59
21	120	Маргарита	Ж	23	182
22	121	Елена	Ж	43	96
23	122	Виктория	Ж	45	59
24	123	Ольга	Ж	42	63
25	124	Наталья	Ж	31	101
26	125	Анастасия	Ж	43	99
27	126	Варвара	Ж	37	78
28	127	Елена	Ж	40	59
29	128	Полина	Ж	39	86
30	129	Ксения	Ж	38	62
31	130	Софья	Ж	25	120
32	131	Ольга	Ж	46	129
33	132	Наталья	Ж	40	105
34	133	Рената	Ж	40	112
35	134	Кристина	Ж	34	77
36	135	Екатерина	Ж	36	63
37	136	Алена	Ж	42	58
38	137	Ангелина	Ж	45	74
39	138	Екатерина	Ж	37	57
40	139	Валерия	Ж	36	106
41	140	Анна	Ж	40	104
42	141	Анна	Ж	29	176
43	142	Александра	Ж	39	118
44	143	Алла	Ж	63	86
45	144	Наталья	Ж	44	81
46	145	Людмила	Ж	37	70

Приложение А

Таблица 8. – Результаты констатирующего эксперимента по методике «Шкала влияния травматического события - пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R)

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Вторжение	Избегание	Возбудимость	Общий бал
1	100	Наталия	Ж	43	13	14	7	34
2	101	Альберт	М	56	27	16	15	58
3	102	Влада	Ж	40	15	7	17	39
4	103	Надежда	Ж	38	23	24	31	88
5	104	Александр	М	43	9	8	6	23
6	105	Владлен	М	32	16	20	15	41
7	106	Арина	Ж	42	22	14	19	55
8	107	Евгения	Ж	37	3	0	2	5
9	108	Анна	Ж	43	26	20	29	75
10	109	Наталья	Ж	41	3	8	10	21
11	110	Полина	Ж	33	19	11	3	33
12	111	Олеся	Ж	34	3	5	4	12
13	112	Дарья	Ж	28	24	17	24	65
14	113	Екатерина	Ж	37	5	12	5	22
15	114	Татьяна	Ж	36	29	31	23	83
16	115	Ольга	Ж	36	19	18	27	64
17	116	Майя	Ж	54	21	26	20	67
18	117	Екатерина	Ж	44	31	24	23	88
19	118	Ольга	Ж	44	17	22	13	52
20	119	Елена	Ж	39	0	3	2	5
21	120	Маргарита	Ж	23	31	16	17	64
22	121	Елена	Ж	43	13	10	9	32
23	122	Виктория	Ж	45	20	16	15	41
24	123	Ольга	Ж	42	13	7	14	34
25	124	Наталья	Ж	31	15	27	16	58
26	125	Анастасия	Ж	43	17	7	15	39
27	126	Варвара	Ж	37	6	12	5	23
28	127	Елена	Ж	40	8	18	12	38
29	128	Полина	Ж	39	5	3	4	12
30	129	Ксения	Ж	38	10	5	12	27
31	130	Софья	Ж	25	8	11	5	24
32	131	Ольга	Ж	46	23	31	29	83
33	132	Наталья	Ж	40	14	19	10	43
34	133	Рената	Ж	40	3	8	10	21
35	134	Кристина	Ж	34	19	11	3	33
36	135	Екатерина	Ж	36	5	12	5	22
37	136	Алена	Ж	42	33	26	31	90
38	137	Ангелина	Ж	45	11	5	8	24
39	138	Екатерина	Ж	37	5	12	6	23
40	139	Валерия	Ж	36	19	10	14	43
41	140	Анна	Ж	40	3	5	4	12
42	141	Анна	Ж	29	17	24	24	65
43	142	Александра	Ж	39	5	12	10	27
44	143	Алла	Ж	63	11	19	3	33
45	144	Наталья	Ж	44	23	28	29	80
46	145	Людмила	Ж	37	10	8	3	21

Приложение А

Таблица 9. – Результаты констатирующего эксперимента по методике "Индикатор копинг-стратегий" (Ways of Coping Questionnaire – WCQ)

№	КОД	Имя	Пол	Возраст	Стратегия решения проблем	Стратегия поиска социальной поддержки	Стратегия избегания
1	100	Наталия	Ж	43	33	18	16
2	101	Альберт	М	56	17	28	23
3	102	Влада	Ж	40	28	25	15
4	103	Надежда	Ж	38	16	27	22
5	104	Александр	М	43	29	22	15
6	105	Владлен	М	32	30	16	18
7	106	Арина	Ж	42	26	24	19
8	107	Евгения	Ж	37	24	17	20
9	108	Анна	Ж	43	18	21	20
10	109	Наталья	Ж	41	24	20	22
11	110	Полина	Ж	33	28	17	19
12	111	Олеся	Ж	34	19	22	18
13	112	Дарья	Ж	28	16	18	20
14	113	Екатерина	Ж	37	25	16	17
15	114	Татьяна	Ж	36	22	18	21
16	115	Ольга	Ж	36	28	21	18
17	116	Майя	Ж	54	25	26	14
18	117	Екатерина	Ж	44	26	18	24
19	118	Ольга	Ж	44	19	24	16
20	119	Елена	Ж	39	22	18	21
21	120	Маргарита	Ж	23	26	25	25
22	121	Елена	Ж	43	27	21	16
23	122	Виктория	Ж	45	30	23	15
24	123	Ольга	Ж	42	15	18	19
25	124	Наталья	Ж	31	33	30	29
26	125	Анастасия	Ж	43	27	20	18
27	126	Варвара	Ж	37	20	24	15
28	127	Елена	Ж	40	31	18	22
29	128	Полина	Ж	39	32	29	20
30	129	Ксения	Ж	38	29	19	21
31	130	Софья	Ж	25	22	17	20
32	131	Ольга	Ж	46	16	15	19
33	132	Наталья	Ж	40	26	17	12
34	133	Рената	Ж	40	31	22	16
35	134	Кристина	Ж	34	22	17	18
36	135	Екатерина	Ж	36	25	16	17
37	136	Алена	Ж	42	22	15	18
38	137	Ангелина	Ж	45	22	21	13
39	138	Екатерина	Ж	37	27	18	11
40	139	Валерия	Ж	36	21	22	22
41	140	Анна	Ж	40	22	22	15
42	141	Анна	Ж	29	32	31	19
43	142	Александра	Ж	39	23	17	18
44	143	Алла	Ж	63	22	18	17
45	144	Наталья	Ж	44	24	23	17
46	145	Людмила	Ж	37	26	21	25

Приложение А

Таблица 10. – Итоговая таблица уровня проявления последствий психологической травмы у взрослых (результаты констатирующего эксперимента)

№	КОД	Имя	1.Опросник психосоматических симптомов		2.Шкала вегетативных нарушений		3.Госпитальная шкала тревоги и депрессий		4.Опросник трудностей регуляции эмоций		5.Опросник эмоциональной дисрегуляции		6.Шкала дисфункциональных установок		7.Шкала влияния травматического события		8.Опросник «Индикатор копинг-стратегий»		Итоговый уровень
			Тревога	Депрессия															
Низкий суммарный балл НДО																			
1	100	Наталия	Средний	Высокий	Норма	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	
2	101	Альберт	Средний	Высокий	Норма	Клинический	Средний	Средний	Высокий	Средний	Средний	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний	
3	102	Влада	Высокий	Высокий	Субклинический	Клинический	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	
4	103	Надежда	Высокий	Высокий	Норма	Субклинический	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Высокий	
Средний суммарный балл НДО																			
5	104	Александр	Средний	Низкий	Норма	Норма	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Низкий	Средний	Средний	Низкий	Низкий	
6	105	Владлен	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний	
7	106	Арина	Высокий	Высокий	Клинический	Клинический	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	
8	107	Евгения	Средний	Низкий	Норма	Субклинический	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	
9	108	Анна	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Высокий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Высокий	
10	109	Наталья	Высокий	Высокий	Субклинический	Норма	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	
11	110	Полина	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Средний	Средний	Низкий	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний	
12	111	Олеся	Средний	Низкий	Норма	Субклинический	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	
13	112	Дарья	Высокий	Низкий	Клинический	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Средний	
14	113	Екатерина	Средний	Низкий	Норма	Субклинический	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	
15	114	Татьяна	Высокий	Высокий	Норма	Субклинический	Средний	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий	Высокий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	
16	115	Ольга	Высокий	Высокий	Норма	Клинический	Низкий	Высокий	Низкий	Высокий	Низкий	Высокий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	
17	116	Майя	Высокий	Высокий	Клинический	Клинический	Высокий	Средний	Высокий	Средний	Высокий	Высокий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Средний	Высокий	
18	117	Екатерина	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Высокий	Средний	Средний	Средний	Высокий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Высокий	Высокий	
19	118	Ольга	Средний	Высокий	Норма	Субклинический	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний	
20	119	Елена	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	
21	120	Маргарита	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Средний	Средний	Средний	Высокий	Высокий	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	

Окончание таблицы 10.

Высокий суммарный балл													
22	121	Елена	Средний	Высокий	Норма	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Низкий
23	122	Виктория	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний
24	123	Ольга	Высокий	Высокий	Субклинический	Субклинический	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний
25	124	Наталья	Средний	Высокий	Норма	Норма	Средний	Средний	Низкий	Средний	Высокий	Средний	Средний
26	125	Анастасия	Средний	Высокий	Норма	Субклинический	Средний	Средний	Низкий	Средний	Средний	Средний	Средний
27	126	Варвара	Высокий	Высокий	Субклинический	Субклинический	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Средний
28	127	Елена	Низкий	Высокий	Норма	Норма	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний	Низкий
29	128	Полина	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий	Высокий
30	129	Ксения	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний
31	130	Софья	Средний	Высокий	Субклинический	Субклинический	Средний	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний
32	131	Ольга	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Высокий	Средний	Средний	Высокий	Низкий	Высокий	Высокий
33	132	Наталья	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний
34	133	Рената	Средний	Низкий	Норма	Субклинический	Высокий	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний
35	134	Кристина	Высокий	Низкий	Субклинический	Субклинический	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний
36	135	Екатерина	Средний	Низкий	Субклинический	Норма	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
37	136	Алена	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Средний	Низкий	Высокий	Низкий	Средний	Средний
38	137	Ангелина	Средний	Низкий	Норма	Норма	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Низкий
39	138	Екатерина	Низкий	Низкий	Норма	Норма	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
40	139	Валерия	Средний	Высокий	Норма	Норма	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний
41	140	Анна	Средний	Высокий	Норма	Норма	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний
42	141	Анна	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Средний	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
43	142	Александра	Средний	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний
44	143	Алла	Высокий	Высокий	Субклинический	Норма	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний	Средний
45	144	Наталья	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Высокий	Средний	Средний	Средний
46	145	Людмила	Высокий	Высокий	Норма	Субклинический	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний

Приложение Б

Кейсы индивидуального консультирования с применением метода ДПДГ

Группа 1: Средний уровень травматизации (НДО 3-5)

Кейс 1: Клиентка Майя (Код 116), 54 года

Запрос и феноменология: Обратилась с жалобами на периодические «необъяснимые» боли в спине и шее, общую нервозность, сложности с расслаблением. По данным тестирования: балл НДО=5 (проживание с людьми с ПАВ, сексуальное, домашнее насилие), повышенные баллы по шкале соматоформных расстройств (15), склонность к избеганию как к копинг-стратегии.

Цель работы: Снижение уровня психофизиологического напряжения и переработка воспоминаний, связанных с жизнью в обстановке хронического стресса и непредсказуемости в детстве.

Протокол ДПДГ и ход консультации:

1. Фаза 1 (Анамнез и план работы): Проведен детальный анализ истории жизни. Выявлены ключевые мишени: образ отца, находящегося под воздействием ПАВ, воспоминания о ссорах между родителями, чувство страха и невозможности повлиять на ситуацию.

2. Фаза 2 (Подготовка): Клиентке объяснена модель ДПДГ. Ей освоена техника «Безопасное место» для саморегуляции между сессиями.

3. Фаза 3-6 (Переработка): В качестве первой мишени выбрано воспоминание о том, как клиентка в возрасте 6 лет пряталась в своей комнате от громкого скандала родителей.

Терапевт (Т): Давайте еще раз обсудим событие, которое мы с вами выбрали мишенью для переработки.

Клиентка (К): «Я лежу одна, в темноте, на кровати, укрываюсь с головой одеялом, чтобы не слышать их крики, но это не помогает».

Т: Что вы почувствовали в тот момент?

К: Мне было очень неприятно и, наверное, страшно. Да, точно было страшно! Я почувствовала себя беспомощной.

Негативная когниция, негативное самопредставление (НСП): «Я беспомощна».

Т: Оцените, пожалуйста, по шкале субъективного беспокойства ШСБ от 0 до 10 степень своего страха и чувства беспомощности.

К: Семь или восемь.

Позитивное само представление (ПСП): «Я сейчас в безопасности». На момент начала переработки, по шкале соответствия представлению (ШСП) — 3 (1-7)

Эмоции и чувства: Страх, чувство беспомощности.

Ощущения в теле: Ком в животе, напряжение в плечах.

Ход процесса: После 4 серий билатеральной стимуляции (БЛС) интенсивность образа снизилась. Клиентка смогла увидеть ту ситуацию с позиции взрослого человека. Балл по ШСБ снизился с 7 до 1. ШСП для убеждения «Я сейчас в безопасности» вырос до 6.

4. Фаза 7 (Завершение): Сессия завершена клиенткой в стабильном состоянии. Дано домашнее задание – отмечать, в дневнике эмоций, моменты спокойствия в текущей жизни.

Результат: После 4 сессий, направленных на переработку 3 ключевых воспоминаний, клиентка отметила значительное снижение мышечного напряжения и уменьшение частоты «беспричинной» тревоги. Стала реже использовать стратегию избегания.

Кейс 2: Клиентка Арина, 42 года (Код 106) Балл НДО = 3

Запрос и феноменология: Жалобы на приступы паники, навязчивые воспоминания, сложности в отношениях с партнером. Трудности с доверием к партнеру и малознакомым людям.

Цель работы: Переработка травматического эпизода сексуального насилия для снижения интенсивности симптомов.

Протокол ДПДГ и ход консультации:

1. Фаза 1 (Анамнез и план работы): Выявлена сеть связанных воспоминаний. Первичной мишенью выбран самый ранний и эмоционально заряженный эпизод — сексуальные домогательства со стороны родственника (дедушки).

Т: «Я попрошу вас, если возможно, рассказать о том эпизоде, который мы выбрали мишенью для переработки».

К: «Мы с мамой были у дальних родственников на похоронах. После поминок, остались ночевать в этом доме, потому что поминки затянулись. Меня положили спать в дальней комнате, я проснулась от того, что кто-то трогал меня рукой под одеялом. Это был какой-то незнакомый дедушка. Он увидел, что я проснулась и быстро ушел. Я испугалась и долго не могла потом уснуть».

Т: «Был ли кто-то рядом, кто поддержал вас или защитил?»

К: «Наутро я рассказала об этом маме, но она сказала: «Не выдумывай!» и потом мы уехали. А больше я никому никогда об этом не рассказывала».

2. Фаза 2 (Подготовка): Первоначально был сделан акцент на обучении техники «Контейнер», чтобы клиентка могла надежно «складывать» на время свои болезненные переживания. Также была проведена техника «Безопасное место»

3. Фаза 3-6 (Переработка): Работа с целевым воспоминанием (возраст 10 лет).

Образ: Темная комната, тень человека над кроватью.

НСП: «Это моя вина».

ПСП: «Я была ребенком! Он не должен был так со мной поступать!».

Эмоции: Стыд, ужас, вина.

Ощущения в теле: Онемение в нижней части живота, тошнота.

Ход процесса: Переработка заняла 5 сессий. Изначально, оценка воспоминания по ШСБ=8. В процессе работы всплыли и были переработаны

связанные воспоминания (ассоциативные каналы) о молчании матери (эмоциональное пренебрежение). На последней сессии ШСБ=0, ШСП для ПСП=7. Телесные ощущения исчезли полностью.

4. Фаза 7 (Завершение): Каждая сессия завершалась возвращением в «Безопасное место».

Результат: Приступы паники прекратились. Навязчивые воспоминания потеряли свою эмоциональную заряженность. Клиентка сообщила о возросшем чувство собственного достоинства и возможности устанавливать более здоровые личные границы.

Кейс 3: Клиентка Полина, 33 года (Код 110) Балл НДО = 4

Запрос и феноменология: Обратилась с жалобами на трудности с засыпанием, чуткий, поверхностный сон, повторяющиеся кошмарные сновидения, общую нервозность на работе и сложности в построении доверительных отношений с мужчинами, отмечает навязчивые, непроизвольно всплывающие в памяти воспоминания о ссорах родителей. Испытывает страх перед конфликтами, стремится любой ценой их избежать.

Цель работы: Переработка воспоминаний, создающих общий фон небезопасности (ссоры родителей), и последующая работа с конкретным эпизодом сексуального насилия для снижения интенсивности симптомов тревоги.

Протокол ДПДГ и ход консультации:

1. Фаза 1 (Анамнез и план работы): В ходе сбора анамнеза выявлено, что хроническое домашнее насилие между родителями создало у клиентки базовое ощущение нестабильности и страха. Эпизод сексуальных домогательств со стороны друга семьи в подростковом возрасте, воспринимается как логическое продолжение этой общей небезопасности. Принято решение начать с переработки воспоминаний о домашнем насилии, чтобы снизить общий уровень тревоги и создать опору для работы с более

острой, но изолированной травмой.

2. Фаза 2 (Подготовка): Клиентка обучена техникам «Безопасное место» (визуализировала тихий солнечный пляж на озере в деревне у бабушки) и «Контейнер» (представила старинный сундук с тяжелой крышкой), чтобы управлять эмоциональной нагрузкой между сессиями.

3. Фаза 3-6 (Переработка):

Первая мишень: Воспоминание о жестокой ссоре родителей, когда отец разбил тарелку о мамину голову (возраст клиентки 9 лет).

К: «Я помню эту ссору, хотя мне было лет 9 наверное. Отчетливо вижу окровавленные осколки на полу, мама держится рукой за голову, по ее руке течет кровь, искаженное злостью лицо отца. Он нависает над ней и кричит очень громко».

НСП: «Я слабая, беспомощная, беззащитная».

ПСП: «Сейчас я взрослая, со мной все в порядке».

Эмоции: Ужас, чувство беспомощности.

Ощущения в теле: Учащенное сердцебиение, ком в горле и напряжение в области солнечного сплетения.

Ход процесса: После 3 сетов БЛС, балл ШСБ снизился с 7 до 0. Клиентка смогла пересмотреть воспоминание, ощущив себя наблюдателем, а не беспомощной жертвой. ШСП для ПСП = 6.

На следующей сессии работали со второй мишенью. Прорабатывали эпизод сексуальных домогательств (возраст 14 лет).

Т: «Расскажите, если вас не затруднит, что тогда произошло»

К: «Мы были в гостях у друзей моих родителей. В какой-то момент, я ушла от стола на улице, где все веселились в дом, сидела на диване, смотрела журналы. В комнату вошел дядя К., подсел ко мне и начал трогать меня. Я замерла и онемела от страха и стыда».

НСП: «Я беззащитная».

ПСП: «Сейчас я могу постоять за себя».

Эмоции: Стыд, отвращение, гнев, ярость.

Ощущения в теле: Онемение в ногах, тошнота.

Ход процесса: Переработка травматического воспоминания проводилась с помощью БЛС, которая включала в себя одновременно: движения глазами и упражнение “Бабочка”. С учетом уже переработанного «фона» небезопасности переработка этой мишени, на наш взгляд, прошла эффективнее. Балл по ШСБ снизился с 8 до 1. Клиентка отметила, что гнев и чувство несправедливости заменили собой парализующий стыд. На следующей сессии, клиентка, под серией БЛС смогла выразить свой протест против действий насильника через вербализацию своей ярости.

4. Фаза 7 (Завершение): Каждая сессия завершалась проверкой состояния клиентки и возвращением в «Безопасное место», если в этом была необходимость.

Результат спустя 5 сессий: Навязчивые воспоминания и образы потеряли свою яркость и эмоциональную заряженность. Клиентка сообщила о значительном снижении общего уровня тревоги, улучшении сна. В личных отношениях начала чувствовать себя более уверенно, смогла открыто обсудить с партнером свои границы.

Кейс 4: Клиентка Екатерина, 44 года. (Код 117) Балл НДО = 5

Запрос и феноменология: Жалобы на «мысленную жвачку» — постоянное прокручивание в голове ситуаций из прошлого и настоящего, трудности с пониманием собственных чувств и мотивов других людей, ощущение глубокого одиночества даже в компании.

Т: «Расскажите мне о вашей проблеме. Что вас беспокоит?»

К: «Чувствую себя нерешительной, прежде чем что-то сделать, много думаю, прокручуваю в голове негативные сценарии, часто отказываюсь от предложений и проектов по работе. Раньше обращалась к психологу. Выявили у меня склонность к созависимости, а причина — страх быть покинутой».

Цель работы: Переработка воспоминаний, связанных с

эмоциональной депривацией и чувством одиночества, для снижения уровня руминации и формирования более устойчивого самоощущения.

Протокол ДПДГ и ход консультации:

1. Фаза 1 (Анамнез и план работы): В диагностической беседе выявлено, что эпизод сексуального насилия в подростковом возрасте клиентка переживала в условиях полного эмоционального вакуума — родители были поглощены собственным разводом и не заметили изменения ее состояния. Ключевой травмой, по мнению клиентки, является не сам инцидент насилия, а последующее одиночество и отсутствие возможности рассказать и получить поддержку. План — работа с воспоминаниями об эмоциональном пренебрежении как с первичной мишенью.

2. Фаза 2 (Подготовка): Ввиду высоких показателей трудностей ментализации, упор был сделан на телесно-ориентированные техники стабилизации. Освоены «Безопасное место» (ощущение укутывания в мягкое теплое одеяло) и техника заземления «5-4-3-2-1».

3. Фаза 3-6 (Переработка):

Ключевая мишень: Воспоминание о своем 12-летии, когда родители, находясь в процессе раздела имущества, забыли об ее дне рождения. Она провела весь вечер одна в своей комнате. Клиентка отказалась обсуждать эпизод сексуального насилия.

К: «Я чувствую неловкость и смущение. Пожалуй, я пойду с этим эпизодом к женщине психологу».

Т: «С уважением и пониманием отношусь к вашему решению. С чем бы вы тогда хотели поработать?»

К: «Я вспомнила эпизод из прошлого, который часто посещает меня. Не знаю почему. Выглядит это так: я сижу на кровати в полутемной комнате, смотрю в окно, за окном осенний вечер и дождь. Пожелтевший листик прилип к окну. Я смотрю на этот листик и думаю, что этот листик как я».

Т: «И что еще вы можете сказать про этот листик. Он там, на стекле

какой?»

К: «Он такой же одинокий, как я. Я часто чувствую себя никому не нужной. Меня редко замечают другие».

НСП: «Я никому не нужна. Меня не замечают».

ПСП: «Я значима. Я могу быть важна для других и для себя».

Эмоции: Горечь, обида, чувство пустоты.

Ощущения в теле: Давление в груди, ощущение холода внутри.

Ход процесса: Переработка заняла 3 сессии. В процессе БЛС всплывали и интегрировались более ранние воспоминания о безуспешных попытках привлечь внимание родителей. Балл по ШСБ снизился с 9 до 0. Клиентка смогла простить себя за свое «несовершенство» и выразить горечь по отношению к родителям, не испытывая при этом чувства вины. Балл ШСП для ПСП = 7.

4. Фаза 7 (Завершение): Сессии завершались сканированием тела и закреплением нового, более адаптивного взгляда на себя: «Я теперь понимаю, как тяжело было моим родителям, какой непростой период они проживали. Но это не значит, что я была безразлична для них».

Результат: Навязчивые руминации значительно сократились. Клиентка отметила, что «голова сталатише, яснее и свободнее». Появилась способность лучше понимать, что она чувствует и почему. В отношениях стала чувствовать себя менее зависимой, сформировала более устойчивое представление о себе как о ценной личности.

Кейс 5: Клиент Владлен (Код 105), 43 года. Балл НДО = 3

Запрос и феноменология: Обратился с жалобами на вспышки гнева по незначительным поводам, постоянное состояние «на взводе», трудности с концентрацией внимания и повторяющиесяочные кошмары.

К: «Я чувствую себя в постоянном напряжении. Меня очень легко вывести из себя. Уже сколько дров наломал в своей жизни из-за своего вспыльчивого характера. Не хочу вдаваться в подробности».

Цель работы: Переработка эпизодов физического насилия и унижения со стороны сверстников для снижения уровня тревоги, гипервозбуждения и непроизвольных вспышек гнева.

Протокол ДПДГ и ход консультации:

1. Фаза 1 (Анамнез и план работы): Выявлены два основных травматических вектора: жестокое физическое насилие со стороны отца (создало базальное чувство небезопасности) и систематическая травля в школе (закрепило чувство унижения и беспомощности). Принято решение начать с переработки памяти об избиении отцом как с более ранней и фундаментальной мишени.

2. Фаза 2 (Подготовка): Клиенту были объяснены физиологические основы гнева и гипервозбуждения как следствия травмы. Освоена техника «Безопасное место» (образ горной вершины, где он один и чувствует полный контроль) и дыхательное упражнение по квадрату на 4, для быстрого снижения возбуждения.

3. Фаза 3-6 (Переработка):

Целевое воспоминание: Эпизод, когда отец избил его ремнем за двойку в дневнике (возраст 8 лет).

Т: «Расскажите об этом эпизоде подробнее»

К: «Отец с перекошенным от гнева лицом, замахивается и бьет меня ремнем в моей комнате, дневник валяется на полу. Я кричу, прошу его перестать, а он держит меня очень сильно за плечо и не отпускает».

Т: «Что вы почувствовали в тот момент?»

К: «Боль и страх, естественно! Я был беспомощным».

НСП: «Я беспомощен. Я не могу защитить себя».

Т: «Какая мысль о себе сейчас, помогла бы вам справиться там и тогда?»

К: «Ну, сейчас то я уже взрослый. Вообще то я сильный и могу за себя постоять».

ПСП: «Это было тогда. Сейчас я взрослый, сильный и могу себя

защитить».

Т: «Это воспоминание, кроме страха, вызывает у вас другие эмоции?».

К: «Эмоции? Я не знаю».

Т: «Ну, большинство людей в подобных ситуациях, испытывают злость, унижение, бессилие».

К: «Да, это все мне знакомо».

Т: «А какие ощущения в теле вы чувствуете, когда сталкиваетесь с такими переживаниями?»

К: «Жар в лице, сжатые кулаки, напряжение в нижней челюсти, плечах и спине».

Ход процесса: Переработка заняла 3 сессии. Изначальный балл ШСБ = 9. В процессе БЛС клиент смог мысленно выразить весь подавленный гнев и дать отпор отцу в своем воображении, что привело к мощному катарсису и ощущению возвращения силы. ШСБ снизился до 0. Балл по ШСП для ПСП = 7. Телесные ощущения сменились на чувство расслабления и тепла.

4. Фаза 7 (Завершение): После интенсивных сессий переработки уделялось повышенное внимание стабилизации и заземлению.

Результат: Вспышки гнева стали редкими и более контролируемыми. Клиент отметил значительное снижение общего уровня тревоги и напряженности. Ночные кошмары прекратились. Появилась способность распознавать более тонкие эмоции, такие как обида и печаль, стоящие за гневом. Сообщил о возросшей уверенности в себе в социальных ситуациях.

Группа 2: Высокий уровень травматизации (НДО-6-10)

Кейс 1: Полина, 39 (код 128) Балл НДО = 6

Клиентский запрос: Трудности в построении нормальных отношений. Партнеры обвиняют клиентку в эмоциональной холодности и недоступности.

К: «Я практически не имею опыта нормальных отношений с мужчинами. Все время попадаются то какие-то инфантилы, то откровенные

нарциссы или абызеры. Пока была моложе, строила карьеру, и было не до мужчин, а годы незаметно пролетели. Хочется семью, хотя, надежды тают с каждым годом. Может быть, со мной что-то не так? Хочу понять».

Применение протокола ДПДГ:

В предварительном диагностическом интервью, удалось идентифицировать ключевое воспоминание — эпизод эмоционального отвержения матерью в 12-летнем возрасте, связанный с резкой критикой ее романтических чувств к старшекласснику.

К: «Это была первая и, пожалуй, последняя моя любовь. Так романтично все было. Он мне букетики после школы дарил, провожал, портфель носил, за ручку держал. Записочки. Это была наша тайна. А потом моя мама узнала. Нас увидели на улице и ей доложили. А он был из неблагополучной семьи. Там родители алкоголики безработные, многодетная семья. Ну и понеслась... Что мне мама только не пророчила тогда!» Совместно сформулировали негативное самопредставление «Мои чувства никому не нужны», определили локализацию телесной реакции при детализации воспоминания — чувство онемения в груди и ком в горле. Клиентка предложила позитивное самопредставление (ПСП): «Я могу чувствовать себя ценной». Возникли трудности с идентификацией эмоций при обсуждении травмирующего события. Зафиксировали исходный балл ШСБ = 7, ПСП= 3

Провел 6 сетов БЛС по 24-28 движений. После каждой серии задавал стандартные вопросы. Отслеживал изменения в телесных ощущениях и эмоциональном состоянии.

Т: «Что вы чувствуете сейчас?»

К: «Чувство расслабленности в теле, ощущение прилива теплой энергии в руки и по ногам, приятное покалывание в кончиках пальцев, кистях рук и икрах». Результат: После 3 сессий, ШСБ снизился до 2 баллов. Клиентка отметила: «Теперь я понимаю, что моя мать сама была той еще нарциссихой, не способной на эмоциональную близость, это никак не

связано с моей ценностью и с тем мальчиком».

Кейс 2: Виктория, 45 лет (код 122) Балл НДО = 6

Клиентский запрос: Клиентка одинокая, замужем не была, отношения тоже не получаются. Жаловалась на постоянные блуждающие боли в теле: К: «Я уже всех врачей замучила этим! Сколько денег потратила на обследования, врачи только разводят руками и не находят причин. Невролог посоветовала обратиться к психологу. У меня не ладятся отношения с мамой и начальницей. Практически нет подруг, одни приятельницы. Ночью часто просыпаюсь от кошмаров»

Применение протокола ДПДГ:

На фазе подготовки уделял внимание техникам заземления и обучал технике «Контейнер» и «Безопасное место». В процессе диагностической беседы, в качестве мишени, выбрали первый эпизод физического насилия в 8 лет.

Т: «Расскажите подробнее о том, что произошло с вами в детстве»

К: «Мама меня избила шлангом от стиральной машинки за то, что украла у бабушки деньги. Там мелочь какая-то у нее в коробке из-под леденцов была. Я ее взяла, побежала на улицу, накупила жвачек в киоске для подруг. А когда пропажа обнаружилась, мама всыпала мне по первое число». НСП: «Я сделала что-то плохое. Я плохая». Эмоции стыда и страха. Телесные ощущения в голове: сжатость в висках и затылке, слабость в ногах и руках. ПСП: «Я адекватная, со мной все в порядке».

Зафиксировали исходный балл ШСБ = 8, ПСП= 3

Использовал короткие и быстрые серии БЛС (по 15-20 движений) на картинку.

В паузах проверял уровень ШСБ.

Действия на фазе инсталляции:

Работали с ПСП: «Я адекватная, со мной все в порядке» Провел 5 сетов БЛС, отмечен рост ШСП с 2 до 6 баллов.

Результат: После 5 сессий, интенсивность соматических симптомов снизилась до эпизодических после напряженных совещаний у начальницы. Ночные кошмары прекратились.

Кейс 3: Ольга, 46 лет (код 131) Балл НДО = 7

Клиентка одинока, работает главным бухгалтером в коммерческой структуре, ранее обращалась к психологам с целью проработать эпизоды травматических воспоминаний о многолетнем систематическом насилии в детстве. В отношениях часто демонстрирует избегание. Считает, что у нее нарушена способность к формированию безопасной привязанности.

К: «После смерти отца, полгода назад, появились постоянные приступы тревоги. Мне трудно засыпать, сон чуткий, поверхностный, часто просыпаюсь от кошмаров. Когда мужчины проявляют интерес к интимной близости, чувствую панику и разрываю отношения. Хочу научиться строить нормальные отношения без страха перед мужчинами».

Применение протокола ДПДГ

Фаза 1-2: Подготовка и стабилизация (3 сессии)

На первой сессии знакомились и обсуждали запрос. Проведено психообразование о природе травмы и механизмах работы метода ДПДГ. Установлены правила безопасности. Клиентка освоила технику «Безопасное место».

Вторая сессия была посвящена изучению триггеров.

Т: «Давайте поговорим о вашем страхе перед мужчинами. В каких ситуациях вы, чаще всего, сталкиваетесь с переживанием страха?»

К: «Я терпеть не могу ездить в общественном транспорте в часы пик. Особенно, если рядом какой-нибудь мужчина или, не дай Бог, несколько. Я практически никогда не хожу на новогодние и прочие корпоративы. Ну, вы понимаете». Клиентка много говорила о своих неудавшихся отношениях в прошлом. Освоена техника «Контейнер» для временного хранения болезненных переживаний.

На третьей сессии составлена иерархия травматических воспоминаний от наименее к наиболее стрессовым. Начали с воспоминания о ссоре родителей, когда пьяный отец прижал маму к дивану и удерживал ее голову одной рукой, а другой бил ее (ШСБ = 8). Далее она кратко рассказала о множественных эпизодах попыток сексуального насилия над ней. Обсудили комплекс эмоций, сопровождающих эти воспоминания: страх, стыд, вина, злость.

Фаза 3-6: Переработка (5 сессий)

На четвертой сессии, клиентка предложила проработать воспоминание о первом эпизоде сексуального домогательства двоюродного брата в 12 лет.

Работали над выделением ключевого образа. Клиентка, рассказала об эпизоде, в котором родственник, старше ее на пять лет, шантажом и угрозами, заставил ее смотреть фильм эrotического содержания и совершал с ней действия, которые клиентка, из-за чувства стыда, не смогла описать.

Сформулировали НСП: «Я беспомощна и беззащитна» ПСП: «Сейчас я взрослая женщина и могу себя защитить».

Исходные показатели: ШСБ = 10, ШСП = 1

Телесные ощущения: ком в горле, сжатие в груди, онемение в ногах, холод, тяжесть и сжатие в нижней части живота.

На пятой сессии, после 3 сетов БЛС по 26 движений на картинку воспоминания об эпизоде сексуального насилия, клиентка сообщила о сильном трепете. Я прекратил БЛС и предложил клиентке провести технику заземления.

Т: «Я попрошу вас, закрыть глаза и назвать: 5 звуков, 5 ощущений в теле, а затем, открыть глаза и назвать 5 предметов вокруг». После стабилизации продолжили с более короткими сетами (8-10 движений). ШСБ = 9.

На шестой сессии в процессе БЛС возникло сопротивление — клиентка начала отрицать значимость травмы. Нормализовал ее

реакцию. Т: «Это нормальная реакция вашей психики. Я понимаю сложность темы, с которой работаем. Мы можем сделать паузу». Клиентка высказала желание сделать паузу в две недели. ШСБ = 10.

На седьмой сессии, после 4 сетов БЛС ШСБ снизился до 4. Появилось когнитивное переструктурирование.

Т: «Что вы думаете об этой ситуации теперь, спустя две недели после нашей последней консультации?»

К: «Он воспользовался моей уязвимостью! Это не моя вина!». Я предложил повторить эту фразу, закрепить, вложив в нее максимум эмоций. Клиентка громко и с яростью произнесла несколько раз эту фразу, под дополнительной серией БЛС.

На восьмой сессии снова работали с картинкой, ощущениями в теле и новым ПСП: «Он воспользовался моей уязвимостью! Это не моя вина!» ШСБ = 2. Ощущения в теле сменились чувством расслабленности и тепла. Клиентка пережила катарсис. Плакала и говорила о том, как долго не любила себя и свое тело, испытывала к нему отвращение.

На девятой сессии, после достижения ШСБ = 1 работали с ПСП «Я взрослая женщина и могу себя защитить». Проведено 5 серии БЛС, с целью инсталляции этого самопредставления. К концу сессии ШСП вырос до 6. В завершение, клиентка добавила собственный вариант: «Я заслуживаю уважения и безопасности». Была сделана дополнительная серия БЛС на этот вариант ПСП. При сканировании тела, выявлены остаточные дискомфортные ощущения в области диафрагмы. После 2 сетов БЛС они полностью исчезли.

Кейс 4: Алена, 42 года (код 136) Балл НДО = 8

Клиентка обратилась с жалобами на внезапно возникающие в памяти неприятные образы из детства, которые активизировались после прохождения теста на НДО.

Т: «Я благодарен вам за то, что согласились поучаствовать в моем

научном исследовании. Что заставило вас пойти дальше и написать мне?»

К: «Я вспомнила много ситуаций из детства, когда отвечала на вопросы вашего теста. Мне хотелось бы избавиться от этих воспоминаний. Считаю, что они действительно влияют на всю мою жизнь».

Далее клиентка рассказала, что она всю жизнь избегает конфликтов и периодически ощущает себя ничтожной, беспомощной и незаметной, сравнивая себя с другими людьми.

В терапии была проведена работа с ранними травматическими воспоминаниями, связанными с домашним насилием, а также с триггерами — громкими ссорами и конфликтами, вызывающими у нее дискомфорт. Для проработки использовался стандартный протокол ДПДГ с сериями по 24-26 движений глазами, с фокусировкой и отслеживанием телесных реакций клиента.

Первая сессия, была посвящена сбору анамнеза и оценке состояния, изучению клиентских жалоб, выявление триггеров и травматических воспоминаний. Намечены предполагаемые мишени: сцены скандалов между родителями, образы агрессивного пьяного отца.

К: «Каждую пятницу отец приходил пьяный домой и они ругались с мамой. Сколько разбитой посуды было, сколько раз он кидался на нее с кулаками. Соседи вызывали милицию, но это не помогало. Все повторялось снова и снова». Определены уровни по шкале субъективного беспокойства (ШСБ). Уделялось внимание созданию безопасной терапевтической атмосферы, объяснял суть метода ДПДГ. Освоена техника «Контейнер» для временного хранения болезненных переживаний.

На второй сессии, клиентка рассказала о дополнительно всплывших воспоминаниях. Размещали все воспоминания на линии времени. Далее, продолжалась подготовка к проработке и формирование навыков саморегуляции. Обучал клиентку техникам дыхания, расслабления и саморегуляции для снижения тревожности вне сессий. Еще раз проговорили и обсудили предстоящие этапы терапии. Были сформированы

позитивные ожидания.

Третья сессия была посвящена обсуждению и выбору мишеней для проработки. Определили ключевые ранние травматичные воспоминания, связанные с домашним насилием и конфликтами. Клиентка озвучила негативное самопредставление: «Я слабая, беспомощная, беззащитная». Затем установили позитивное самопредставление (ПСП): «Я справилась. Я — молодец», которое будет интегрироваться в ходе терапии. Обучал технике «Безопасное место»

Во время четвертой и пятой сессии проводилась непосредственно десенсибилизация.

Т: «Сегодня я хотел бы предложить вам сфокусироваться на образе пьяного отца в самом раннем воспоминании».

К: «Я видела, как мама закрылась в ванной, а пьяный отец ломал эту дверь, бил по ней кулаками и ногами, кричал. Мама плакала и кричала тоже. Я осталась в квартире со страшным отцом, а мама там».

Клиентка удерживала образ воспоминания, в то время как проводилась серия билатеральной стимуляции (24-26 движений глазами), клиентка отслеживала телесные реакции и изменение субъективного восприятия дискомфорта. Во время сессии возникало сопротивление переработке травмы.

К: «Мне трудно сконцентрироваться, я думаю не о том, что вы сказали, а о том, правильно ли я все делаю, постоянно лезут посторонние мысли».

Т: «Хочу вас успокоить и поддержать в этом месте. Это нормально для начала. У нас нет задачи, все выполнять идеально. Отнеситесь к этому процессу. Как игре, делайте так, как получается, доверьтесь своему телу. Наступит момент, и вы будете делать это автоматически».

Сопротивление преодолевалось изменением направления и скорости движений глаз, а также чередованием тактильной и визуальной стимуляции. Всего было проделано 5 сетов. В перерывах между сетами, клиентка делилась ощущениями и отмечала постепенное снижение

значимости картинки воспоминания. В конце четвертой сессии ШСБ снизился с 10 до 7 баллов. После 5 сессии, ШСБ на картинку=2.

Шестая сессия началась с переоценки картинки воспоминания. ШСБ, на перерабатываемое воспоминание составило 1 балл. Клиентка отказалась снова возвращаться в переработку этого эпизода, сославшись на то, что не хочет тратить времени на это, но есть желание проработать другие ключевые воспоминания, расположенные на линии времени. Мы продолжили работу, двигаясь от наиболее ранних мишеней, связанных с НСП. На каждую из мишеней, уходило по 3-4 сета БЛС. Клиентка демонстрировала устойчивую тенденцию к снижению балла по ШСБ в каждом перерабатываемом воспоминании. Также был сделан акцент на телесных ощущениях, сопутствующих воспоминаниям, для осознания и снятия напряжения. До этого, телесные проявления эмоций при обсуждении образов воспоминаний, были слабо выражены или не доступны вовсе.

На седьмой сессии, клиентка отметила значительные изменения в самоощущениях, чувствует себя более уверенной, улучшился сон, прежние воспоминания перестали беспокоить. После переоценки по ШСБ прорабатываемых воспоминаний, работали с навыками эмоциональной регуляции. Внедрение техник эмоционального самоуспокоения и навыков саморегуляции. Клиентка порепетировала само ДПДГ на ПСП «Я справилась. Я — молодец», как инструмент для усиления чувства безопасности.

Восьмая сессия и девятая сессии, были посвящены расширению круга перерабатываемых воспоминаний. Клиентка принесла на терапию менее явные триггеры: разговор с подругой, где та предъявляла необоснованные претензии к ее внешнему виду и личной жизни. Переписка с мужчиной на сайте знакомств, которая вызвала негативные переживания. Проработка прошла легко и успешно. На каждое воспоминание пришлось применить по 3-4 сета БЛС с ПСП. В начале: ШСБ=5, снижение до 0.

На девятой и десятой сессии проводилась инсталляция ПСП, обсуждение и закрепление результатов. Под серией БЛС работали над укреплением позитивного самопредставления и образа себя. Клиентка высоко оценила динамику снижения флешбэков и повышения качества жизни за последние два месяца. Обсудили возможности и варианты закрепления стратегий самостоятельного управления эмоциональным состоянием. Был сформирован план поддерживающих практик и рекомендаций для предотвращения рецидивов.

Результатом после 10 сессий стало полное исчезновение флешбэков, а также освоение клиенткой техник самостоятельной эмоциональной регуляции.

Кейс 5: Людмила, 37 лет (код 145) Балл НДО = 12

Клиентский запрос: «Не понимаю, что чувствую. Живу одна, волонтер по спасению брошенных животных. Все свои деньги трачу на еду и лечение бездомных собак и кошек. В отношениях подстраиваюсь под других, своих желаний не знаю. Хочу разобраться в себе». Клиентка сказала, что ей хочется чувствовать себя нужной, принятой. Построить отношения с мужчиной, создать семью, родить детей.

Первая и вторая сессии были посвящены сбору анамнеза и формированию терапевтического альянса. Клиентка рассказывала о своей жизни с детства и до сегодняшнего дня. Слушал, применял приемы активного слушания, задавал уточняющие вопросы. Прояснили ключевые жалобы, проводил анализ истории трудностей с проявлением и распознаванием эмоций. У клиентки, в большинстве случаев, отсутствует доступ к своим чувствам и понимание своих потребностей. Обсуждали ее ожидания от терапии. Объяснял метод ДПДГ. Клиентка освоила технику «Безопасное место». Также освоена техника «Контейнер» для временного хранения болезненных переживаний. Производил обучение дыхательным и релаксационным практикам.

На третьей сессии, клиентка перешла к рассказу о травматических воспоминаниях своего детства.

Т: «На предыдущих встречах мы с вами много говорили о вашем прошлом. Как вы считаете, какое из обсуждаемых событий в вашем детстве, могло стать причиной ваших проблем сейчас?»

К: «После нашей прошедшей консультации, я очень четко вспомнила инцидент между родителями, когда мне было 5 или 6 лет. Я была одна в комнате и смотрела в окно. Я увидела, как пьяный отец во дворе нашего дома, в котором мы жили в деревне, повалил маму на землю и бьет ногами в живот и по голове. Мама кричит и плачет. Я тоже кричу и плачу. Мне страшно, кажется, тогда у меня случилась настоящая истерика. Я не помню, что происходило дальше».

Т: «Я замечаю, как трудно вам говорить об этом. Как ваша рука тянется к вашей шее. Что вы чувствуете сейчас?».

К: «Мне действительно трудно говорить. Как будто блок какой-то в горле. И трудно дышать и я не совсем понимаю, что я чувствую»

Я предложил перейти к практике «сканирования тела» для выявления телесных маркеров эмоций и напряжения, связанных с картинкой воспоминания. Столкнулся с непониманием и сопротивлением клиентки:

Т: «Давайте попробуем обнаружить то, что мешает вам, препятствует говорить о той ситуации и своих чувствах. Я попрошу вас сделать глубокий приятный вдох, медленный выдох, на минуточку прикрыть глаза или вы можете оставить их открытыми, и прислушаться к своему телу, вспоминая ситуацию, о которой мы говорим сейчас. Большинство людей, в подобной ситуации, почувствовали бы страх».

К: «Да» Действительно. Я там сильно испугалась. За маму и за себя. Я всегда боялась отца, когда он появлялся домой пьяным».

Т: «На сколько сейчас, от 0 до 10, это воспоминание, картинка того воспоминания, вызывает у вас страх?»

К: «На 10»

Я предложил использовать технику «Контейнер», затем «Безопасное место», если чувство страха будет усиливаться. Предложил сконцентрироваться на работе с образами, вызывающими ощущение комфорта и спокойствия. Клиентка рассказала о приятном воспоминании, о поездке с классом в зоопарк. На это воспоминание сделал серию сетов билатеральной стимуляции (БЛС), для закрепление ресурса.

На четвертой сессии работа с позитивной сетью воспоминаний продолжилась. Предложил клиентке попробовать различать эмоций через метафоры («эмоции — как животные, требующие заботы»). Выполняли упражнение, направленное на развитие навыка ментализации и выражения своих ощущений в безопасной форме. Клиентке было предложено признать наличие сильной эмоции страха и дать себе время, чтобы не убегать от нее, а почувствовать свои телесные ощущения, определить их локализацию.

Т: «В какой части тела вы чувствуете страх, когда вспоминаете ту историю и то, что вы видели из окна своего дома?»

К: «В животе. Мне кажется он в животе. Это комок, он острый как шипы или гвозди».

Т: «Сейчас, я предлагаю принять этот страх. Не пытаться ни бежать от него, ни бороться, ни отрицать его. Какие мысли у вас возникают, когда вы вспоминаете ту картинку и чувствуете страх, который в животе, как шипы или гвозди?»

К:(закрыла руками лицо и начала плакать): «Мне очень жаль себя, ту маленькую девочку. Она там такая маленькая, беспомощная и беззащитная...»

Из этой фразы, я предлагаю взять для работы негативное самопредставление (НСП): «Я маленькая, беспомощная и беззащитная». В дальнейшем обсуждении, выяснилось, что практически во всех болезненных травматичных воспоминаниях она чувствовала себя именно такой.

Если изначально у меня была идея выбрать мишенью воспоминание

про инцидент, произошедший между мамой и отцом во дворе дома, для десенсибилизации на пятой сессии, я от нее отказался. Я не был уверен, что клиентка сможет проработать эту ситуацию. Я предложил клиентке определить самое «мягкое» и наименее болезненное воспоминание из детства. Клиентка вспомнила случай, когда она, будучи первоклассницей, столкнулась на улице с собакой. Это была маленькая собачка. Клиентка потянулась к ней, чтобы погладить или поиграть, но собачка, неожиданно, залаяла и клиентка испугалась. Балл по ШСБ =4.

К: «Сейчас я умом понимаю, ничего страшного не произошло, но я испугалась. Сейчас я взрослая и я не боюсь собак. Ну, разве, что больших и опасных». Я предложил клиентке выбрать, в качестве ПСП, фразу: «Я взрослая, я не боюсь собак!» Работа с этим образом проводилась посредством серии коротких сетов быстрой БЛС, с одновременным отслеживанием изменений. Уже после четвертого сета, клиентка рассмеялась: «Похоже, эта собачка сама испугалась и почувствовала себя маленькой, беспомощной и беззащитной. А я была намного больше ее. Поэтому она и напала на меня, чтобы защититься!» Закончили сессию на ШСБ = 0.

На шестой сессии, приступили к переработке первоначальной мишени. Еще раз обсудили воспоминание. Клиентка оценила картинку по ШСБ =9. К: «Та ситуация, по-прежнему, волнует меня, но как будто, чуточку меньше. Я прислушиваюсь к себе и снова чувствую этот комок гвоздей в животе, где-то в области желудка или солнечного сплетения».

Т: «Я хочу, чтобы вы вспомнили сейчас то, как мы работали на прошлой сессии с историей про собачку». Это вызвало улыбку, и женщина показалась более уверенной. В качестве ПСП, клиентка выбрала фразу: «Я взрослая, я могу за себя постоять!». ШСП = 6. Работал через телесную реакцию. Была выполнена серия коротких и быстрых сетов БЛС (движения глазами и тактильная стимуляция через хлопки руками клиенткой по собственным бедрам) на ощущение «комок гвоздей в солнечном

сплетении». Изначально ШСБ = 8. После 5-6 сетов, ШСБ =4. Потребовалось еще 3 сета, ШСБ = 1.

На седьмой сессии, проверяли уровень по ШСБ на воспоминание о перерабатываемой, на прошлой сессии, ситуации. Клиентка спокойно снова рассказала историю из детства. На мой вопрос, что она чувствует сейчас, ответила.

К: «Та ситуация, по-прежнему, волнует меня, но я не чувствую такой острой реакции. Мне грустно, что мама оставалась жить с моим отцом, и терпела эти побои. Я злюсь на отца. Если бы я могла что-то изменить, я бы высказала бы ему все. Я бы защитила маму, что-то сделала, чтобы она ушла от него».

Т: «Сейчас я попрошу вас снова вспомнить то, как вы стояли у окна, смотрели во двор и видели, как папа бил маму, прислушиваясь к собственному телу».

К: «Комок гвоздей в животе исчез. Вообще, внутри какая-то пустота, тишина и расслабленность. Немного грустно». ШСБ, по словам клиентки, = 0 или 1. Мы обсудили, какого ресурса ей не хватает, для того, чтобы в будущем отстаивать свои границы в общении с людьми.

К: «Злости! Я слишком добра ко всем без разбору. Мне часто говорят, что я позволяю другим пользоваться собой».

Т: «Я хочу предложить вам взять эту злость на отца, за основу для навыка отстаивать свои личные границы. Подумайте об этой злости, пока я буду делать билатеральную стимуляцию». Клиентка отметила слабую телесную реакцию в теле: «Мне кажется, я почувствовала ее в том же месте. В солнечном сплетении или выше. Это как что-то оранжево-красно-желтое. Тепло. Как огонек от свечки в церкви». Мы продолжили БЛС на этот образ. В процессе работы, клиентка вспомнила ситуацию на парковке.

К: «Я хотела поставить машину в нишу между двумя другими машинами, а пока двигалась в этом направлении, на это место втиснулся какой-то наглый мужик. Причем он же видел, что я туда направляюсь! Это

было давно, несколько лет назад. Я тогда была молодая и безбашенная. Я выскочила из машины и наорала на него. Я кричала: «Мужчина, как вам не стыдно!» Еще чуть-чуть и я бы, наверное, набросилась бы на него с кулаками. Господи, какая бесстрашная я, оказывается, тогда была!» Мы сделали серию БЛС на это воспоминание с одновременной фокусировкой на ощущениях в теле.

К: «Свеча превратилась в пламя! Я чувствую эту горячую энергию в теле. У меня мурашки по коже сейчас идут! Я могу быть уверенной и смелой. И сильной!» Я продолжил серию медленных сетов БЛС, предлагая клиентке, одновременно фокусироваться на ощущении «пламя в солнечном сплетении», картинке ситуации на парковке и ПСП: «Я могу быть уверенной и смелой, и сильной!» В завершение сессии, клиентка сказала, что почувствовала себя намного увереннее с этой внутренней опорой в виде пламени внутри.

Восьмая и девятая сессия были посвящены формированию новых ПСП, так как клиентка заявила, что после проработки главного, на ее взгляд, психотравмирующего события всей ее жизни, остальные перестали ей казаться ужасными и значимыми:

К: «Я понимаю, что отношения моих родителей были нездоровыми. Папа пил и это был его выбор и его ответственность гробить свое здоровье и так себя вести, а мама — тоже выбирала так жить. Сейчас она избегает обсуждения прошлого. Возможно, у нее не было выбора, а может выбор был, но это уже в прошлом и мне не стоит совать свой нос в их отношения. Прошлого уже не вернуть. Я хочу сосредоточиться на своей жизни. Не хочу в будущем повторить мамин сценарий.» Инсталляция новых позитивных самопредставлений: «Я имею право на свои чувства», «У меня есть право быть собой», проводилось под серии медленных сетов БЛС с одновременной стимуляцией через движения глазами и тактильной стимуляцией.

На десятой сессии подводили итоги. Клиентка поделилась

позитивными событиями в ее жизни: записалась на курс по нутрициологии, пошла в фитнес-зал, больше времени уделяет себе. Стала более бережной к себе и своим ощущениям в теле. У нее появилась идея пойти в более длительную терапию для выработки новых устойчивых паттернов поведения.

Приложение В

Таблица 1. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Опросник психосоматических симптомов (Patient Health Questionnaire-15 - PHQ-15)»

№	КОД	Имя	Этап	Баллы
1	105	Владлен	до	17
			после	2
2	106	Арина	до	13
			после	8
3	110	Полина	до	10
			после	9
4	116	Майя	до	15
			после	5
5	117	Екатерина	до	13
			после	7
6	122	Виктория	до	33
			после	32
7	128	Полина	до	21
			после	7
8	131	Ольга	до	17
			после	2
9	136	Алена	до	12
			после	7
10	145	Людмила	до	13
			после	6

Таблица 2. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Шкала вегетативных нарушений (AMPB) по А.М. Вейну»

№ КО Д	КО	Имя	Этап	Баллы
1	105	Владлен	до	22
			после	14
2	106	Арина	до	33
			после	11
3	110	Полина	до	30
			после	13

Окончание таблицы 2.

4	116	Майя	до	48
			после	14
5	117	Екатерина	до	48
			после	14
6	122	Виктория	до	33
			после	33
7	128	Полина	до	28
			после	28
8	131	Ольга	до	41
			после	30
9	136	Алена	до	23
			после	23
10	145	Людмила	до	34
			после	30

Таблица 3. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)»

№	КОД	Имя	Этап	Тревога	Депрессия
1	105	Владлен	до	12	10
			после	10	7
2	106	Арина	до	16	11
			после	10	9
3	110	Полина	до	11	8
			после	9	5
4	116	Майя	до	16	15
			после	8	8
5	117	Екатерина	до	12	5
			после	10	5
6	122	Виктория	до	3	2
			после	5	5
7	128	Полина	до	12	9
			после	8	9
8	131	Ольга	до	11	10
			после	9	5
9	136	Алена	до	13	4
			после	1	4
10	145	Людмила	до	4	9
			после	4	8

Приложение В

Таблица 4. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Опросник трудностей регуляции эмоций (DifficultiesinEmotionRegulationScale - DERS)»

№	КОД	Имя	Этап	Осознание	Ясность	Цели	Импульсивность	Непринятие	Стратегии	Суммарно
1	105	Владлен	до	3	3	9	3	3	3	24
			после	3	3	9	3	3	3	24
2	106	Арина	до	6	11	9	5	6	10	47
			после	5	4	5	3	3	5	25
3	110	Полина	до	6	4	8	3	3	3	27
			после	6	4	8	3	3	3	27
4	116	Майя	до	6	4	8	3	3	3	27
			после	5	4	7	3	3	3	25
5	117	Екатерина	до	12	8	14	9	14	19	72
			после	10	7	6	9	10	8	50
6	122	Виктория	до	3	3	14	5	3	3	31
			после	3	3	10	7	3	3	29
7	128	Полина	до	7	5	12	10	12	12	58
			после	5	4	5	4	3	4	25
8	131	Ольга	до	5	5	12	4	3	4	33
			после	5	5	3	4	3	3	23
9	136	Алена	до	5	3	11	6	6	11	42
			после	5	3	11	6	6	10	41
10	145	Людмила	до	9	13	5	10	12	3	52
			после	5	4	6	3	3	4	25

Приложение В

Таблица 5. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева)»

№	КОД	Имя	Этап	Руминация	Избегание	Трудности ментализации
1	105	Владлен	до	24	15	23
			после	9	14	13
2	106	Арина	до	16	1	21
			после	8	6	16
3	110	Полина	до	13	9	13
			после	13	10	14
4	116	Майя	до	12	8	17
			после	9	9	15
5	117	Екатерина	до	15	12	20
			после	15	10	18
6	122	Виктория	до	9	7	11
			после	8	8	14
7	128	Полина	до	22	17	25
			после	12	6	13
8	131	Ольга	до	21	14	19
			после	11	6	15
9	136	Алена	до	18	9	18
			после	14	11	18
10	145	Людмила	до	19	13	25
			после	10	6	22

Таблица 6. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitudes Scale - DAS)»

№	КОД	Имя	Этап	Общий балл
1	105	Владлен	до	130
			после	115
2	106	Арина	до	121
			после	115
3	110	Полина	до	83
			после	83
4	116	Майя	до	170
			после	166
5	117	Екатерина	до	156
			после	110
6	122	Виктория	до	59
			после	55

Окончание таблицы 6.

7	128	Полина	до	86
			после	70
8	131	Ольга	до	129
			после	100
9	136	Алена	до	58
			после	58
10	145	Людмила	до	70
			после	70

Таблица 7. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике «Шкала влияния травматического события - пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R)

№	КОД	Имя	Этап	Вторжение	Избегание	Возбудимость	Общий бал
1	105	Владлен	до	16	20	15	51
			после	16	20	15	51
2	106	Арина	до	22	14	19	55
			после	10	10	9	29
3	110	Полина	до	19	11	3	33
			после	18	11	3	32
4	116	Майя	до	21	26	20	67
			после	20	20	19	59
5	117	Екатерина	до	31	24	23	88
			после	31	24	23	88
6	122	Виктория	до	20	16	15	41
			после	5	9	11	25
7	128	Полина	до	5	3	4	12
			после	5	3	4	12
8	131	Ольга	до	23	31	29	83
			после	9	11	10	30
9	136	Алена	до	33	26	31	90
			после	15	15	25	55
10	145	Людмила	до	10	8	3	21
			после	9	8	3	20

Приложение В

Таблица 8. – Индивидуальные результаты участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента по методике "Индикатор копинг-стратегий" (Ways of Coping Questionnaire - WCQ, Адаптация Л.И. Вассермана с соавт. - "ЛОБИ", Жизненные стратегии)

№	КОД	Имя	Этап	Стратегия решения проблем	Стратегия поиска социальной поддержки	Стратегия избегания
1	105	Владлен	до	30	16	18
			после	18	16	18
2	106	Арина	до	26	24	19
			после	18	16	19
3	110	Полина	до	28	17	19
			после	19	15	19
4	116	Майя	до	25	26	14
			после	22	22	14
5	117	Екатерина	до	26	18	24
			после	22	19	24
6	122	Виктория	до	30	23	15
			после	18	15	15
7	128	Полина	до	32	29	20
			после	22	22	20
8	131	Ольга	до	16	15	19
			после	10	15	18
9	136	Алена	до	22	15	18
			после	17	15	16
10	145	Людмила	до	26	21	25
			после	23	21	24

Таблица 9. – Итоговая таблица уровня проявления последствий психологической травмы у участников экспериментальной группы до и после проведения формирующего эксперимента

№	КОД	Имя	Этап	1.Опросник психосоматических симптомов	2.Шкала вегетативных нарушений	3.Госпитальная шкала тревоги и депрессий		4.Опросник трудностей регуляции эмоций	5.Опросник эмоциональной дисрегуляции	6.Шкала дисфункциональных установок	7.Шкала влияния травматического события	8.Опросник «Индикатор копинг-стратегий»	Итоговый уровень
						Тревога	Депрессия						
1	105	Владлен	до	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Низкий	Средний	Средний	Средний	Низкий	Средний
			после	Низкий	Низкий	Субклинический	Норма	Низкий	Средний	Средний	Средний	Низкий	Низкий
2	106	Арина	до	Высокий	Высокий	Клинический	Клинический	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний	Средний
			после	Средний	Низкий	Субклинический	Субклинический	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Низкий	Низкий
3	110	Полина	до	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний
			после	Средний	Низкий	Субклинический	Норма	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Низкий	Низкий
4	116	Майя	до	Высокий	Высокий	Клинический	Клинический	Высокий	Средний	Высокий	Высокий	Высокий	Средний
			после	Средний	Низкий	Субклинический	Субклинический	Средний	Средний	Высокий	Средний	Средний	Средний
5	117	Екатерина	до	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Высокий	Средний	Средний	Высокий	Средний	Высокий
			после	Средний	Низкий	Субклинический	Норма	Средний	Средний	Средний	Высокий	Средний	Средний
6	122	Виктория	до	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний	Средний
			после	Высокий	Высокий	Норма	Норма	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
7	128	Полина	до	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Средний	Высокий	Низкий	Низкий	Высокий	Высокий
			после	Средний	Высокий	Субклинический	Субклинический	Средний	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний
8	131	Ольга	до	Высокий	Высокий	Клинический	Субклинический	Высокий	Средний	Средний	Высокий	Низкий	Высокий
			после	Средний	Высокий	Субклинический	Норма	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
9	136	Алена	до	Высокий	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Средний	Низкий	Высокий	Низкий	Средний
			после	Средний	Высокий	Клинический	Норма	Средний	Средний	Низкий	Средний	Низкий	Средний
10	145	Людмила	до	Высокий	Высокий	Норма	Субклинический	Низкий	Средний	Низкий	Низкий	Средний	Средний
			после	Средний	Высокий	Норма	Норма	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Средний	Низкий

Приложение Г

Оценка достоверности сдвига в значениях исследуемого признака

С целью сравнения проявления психотравмы у взрослых 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.

Определим гипотезы:

H0: Показатели после проведения формирующего эксперимента меньше значения показателей до эксперимента.

H1: Показатели после проведения формирующего эксперимента больше значений показателей до эксперимента.

Таблица 1. – Расчёт Т-критерия при сопоставлении уровня проявления психотравмы до и после консультативных встреч

№ п/п	Клиент	Код клиента	Уровень проявления психотравмы по внутреннему критерию		Разность ($f_{\text{после}} - f_{\text{до}}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
			до ($f_{\text{до}}$)	после ($f_{\text{после}}$)			
1	Владлен	105	1	0	-1	1	4,5
2	Арина	106	1	0	-1	1	4,5
3	Полина	110	1	0	-1	1	4,5
4	Майя	116	2	1	-1	1	4,5
5	Екатерина	117	2	1	-1	1	4,5
6	Виктория	122	1	0	-1	1	4,5
7	Полина	128	2	1	-1	1	4,5
8	Ольга	131	2	0	-2	2	9
9	Алена	136	1	1	0	0	0

Продолжение таблицы 1.

10	Людмила	145	1	0	-1	1	4,5
Сумма						45	

Так как у одного клиента наблюдается нулевой сдвиг в уровне проявления психотравмы по внутреннему критерию, то мы исключаем его из рассмотрения, и количество уменьшений n (10) уменьшаем на количество этих нулевых сдвигов (1). Следовательно, при дальнейших расчетах $n = 9$.

$$R = 45$$

$$\sum_{Ri} = N*(N+1)/2 = 9*10/2 = 45$$

$45 = 45$, следовательно, $R = \sum_{Ri}$, следовательно, ранжирование и подсчет ранговых сумм проведены верно.

Далее рассчитываем $T_{эмп}$ по следующей формуле:

$$T_{эмп} = \sum_{Rr}, \text{ где } Rr - \text{ранговые значения сдвигов с более редким знаком.}$$

Итак, в данном случае,

$$T_{эмп} = 0$$

Найдем $T_{кр}$.

$$13 \text{ для } \rho \leq 0,05$$

$$T_{кр} =$$

$$7 \text{ для } \rho \leq 0,01$$

Если $T_{эмп.} > T_{крит.}$, то принимаем H_0 и отвергаем H_1

Если $T_{эмп.} \leq T_{крит.}$, то принимаем H_1 и отвергаем H_0

так как

$0 < 13$, то принимаем H_1 и отвергаем H_0

$0 < 7$, то принимаем H_1 и отвергаем H_0

Следовательно, в результате применения метода оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака мы принимаем H_1 на 99% уровне достоверности.

Достоверное различие между уровнем проявления психотравмы по внутреннему критерию до и после консультативных встреч существует ($p \leq 0,05$).

Следовательно, выявлены высоко достоверные различия между уровнем проявления психотравмы по внутреннему критерию до и после консультативных встреч.