



■ рецензируемый многоязычный журнал

PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY



Том 2, № 2 / 2026

Печатное издание ISSN 3104-1884 | Онлайн ISSN 3104-1728



PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY

Рецензируемый журнал, выходит на английском, русском и сербском языках.
Печатная версия ISSN 3104-1884. Онлайн ISSN 3104-1728. Выходит два раза в год.

PST — это клинически ориентированный журнал, посвящённый исследованиям в области психотерапии и психического здоровья. Журнал публикуется в открытом доступе и зарегистрирован в Национальном центре ISSN Сербии.
Выраженные авторами мнения не обязательно отражают точку зрения редакционной коллегии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Юрий Тор

*Руководитель научно-исследовательского института психотерапии и психического здоровья «Исида», Сербия,
и Академии интегральной психодинамической психотерапии, Россия*

СО-РЕДАКТОР

Драган Обрадович, MD, PhD

*профессор медицинского факультета Белградского университета, председатель учёного совета
научно-исследовательского института психотерапии и психического здоровья «Исида», Сербия*

РЕДАКЦИОННАЯ И КОНСУЛЬТАТИВНАЯ КОЛЛЕГИЯ

Юлия А. Афанасьева, PhD,
Северо-Осетинский государственный университет, Россия
Ясна Байрактаревич, PhD,
Сараевский университет, Босния и Герцеговина
Ирина А. Бариляк, PhD,
Тверской государственный университет, Россия
Светлана Д. Гуриева, DSc,
Санкт-Петербургский государственный университет, Россия
Елена Джукич, PhD,
Академия развития человека, Сербия
Такеясу Кавабата, PhD
Университет Сёкей Гакуин, Япония
Дмитрий С. Касаткин, MD, DSc,
Ярославский государственный медицинский университет, Россия
Исмаил Кочак, MD, PhD
*Стамбульский университет изящных искусств
им. Мимара Синана, Турция*
Оксана В. Кузнецова, PhD,
*Научно-исследовательский институт психотерапии
и психического здоровья «Исида», Сербия*

Снежана Миленкович, MD, PhD,
Университет Нови-Сада, Сербия
Екатерина С. Мордас, PhD,
Московский институт психоанализа, Россия
Елица Петрович, PhD,
Университет Нови-Сада, Сербия
Наталья А. Русина, PhD,
Академия интегральной психодинамической психотерапии, Россия
Лелица Тодорович, MD, PhD,
*Высшая медицинская школа Милутина Миланковича,
Белград, Сербия*
Анна Г. Фаустова, PhD,
*Рязанский государственный медицинский университет
им. И. П. Павлова, Россия*
Ольга В. Филатова, PhD,
Владимирский государственный университет, Россия
Роса Шапич, MD, PhD,
Академия развития человека, Сербия
Светлана В. Швецова, PhD,
*Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова,
Россия*

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГРУППА

Алексей Чалый, редактор
Милица Радоев, переводчик и редактор
Сергей Петров, дизайн и макет

ИЗДАТЕЛЬ

Институт «Исида», Нови Сланкамен, Сербия

СОИЗДАТЕЛИ

Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
Тверской государственный университет, Тверь, Россия

Опубликовано: март 2026 г., Том 2, Выпуск 2
Печать: типография Eurodream, Нова Пазова, Сербия. Тираж 100 экз.
DOI выпуска <https://doi.org/10.64435/idu5702>

<https://psychotherapyscience.today>

Уважаемые коллеги, исследователи и специалисты,

Материалы настоящего выпуска объединяет интерес к механизмам психологической адаптации, роли личностных ресурсов и возможностям персонализированного подхода в клинической практике и реабилитации.

Номер открывается теоретической статьёй, в которой предложена оригинальная каузальная типология психологических травм, связанная с механизмами дезинтеграции Эго и их нейробиологическими коррелятами. Представленная модель задаёт причинно-ориентированную рамку клинического мышления, позволяя переводить нозологическое описание в этиотропную логику психотерапевтического вмешательства.

Эмпирический блок включает исследования, посвящённые роли агрессии как патогенетического фактора в формировании депрессивной симптоматики, а также возможностям использования визуального нарратива как инструмента психокоррекции в детской практике. Полученные данные уточняют роль агрессивных импульсов в формировании депрессивных состояний и подтверждают терапевтический потенциал визуального нарратива в работе с эмоциональной регуляцией у детей.

В разделе, посвящённом клиническим техникам, представлена процессуальная модель выбора форм терапевтического присоединения при работе с доэдипальными пациентами. Работа сочетает теоретическую глубину психоаналитической традиции с практической ориентированностью и вниманием к динамике терапевтического взаимодействия.

Теоретико-клинический обзор рассматривает нуминозность и символ как терапевтические факторы, способствующие переходу от симптоматического реагирования к интеграции переживания. Анализ символического опыта расширяет рамки аналитической практики и подчёркивает его значение в процессах глубинной психической трансформации.

Заключительный эмпирический блок номера включает исследования по клинической психологии и психологии здоровья. Одна из работ анализирует возрастные различия в резильентности и качестве жизни после травм верхних конечностей в логике биопсихосоциального подхода, другая — выявляет нарушения Я-концепции у молодых взрослых с опытом психотравматизации, определяя ключевые мишени психотерапевтического вмешательства.

В целом материалы номера отражают разнообразие современных психотерапевтических подходов при сохранении фокуса на клинической применимости, теоретической согласованности и методологической ответственности. Редакционная коллегия надеется, что представленные работы будут интересны исследователям и практикующим специалистам, заинтересованным в углублённом понимании природы психологического страдания и разработке таргетированных психотерапевтических методик, а также послужат стимулом для дальнейших междисциплинарных исследований.

Юрий Тор
Главный редактор

Драган Обрадович, MD, PhD
Со-редактор

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ

- Типы психотравм по механизму дезинтеграции Эго и их нейробиологические профили: каузальная модель 3
Тор Ю.Н., Обрадович Д., Касаткин Д.С.

ЭМПИРИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Агрессия как ключевой патогенетический фактор депрессии: эмпирическое исследование . . . 24
Русина Н.А., Маковеева П.С., Швецова С.В.
- Визуальный нарратив как инструмент психокоррекции: эмпирическое исследование влияния на психические состояния детей 5–7 лет 31
Велиева С.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ

- Присоединение в психотерапии доэдипальных пациентов: модель клинического выбора форм интервенции 38
Зеггенизова И.А., Чалый А.С., Сергеева Ж.В., Суденкова Е.К.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

- Нуминозность как терапевтический фактор: движение от симптома к символу 47
Кузнецова О.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- Резильентность и качество жизни после травм верхних конечностей: роль возраста в контексте биопсихосоциальной модели МКФ 52
Сальвадор Эспин С.П., Косталес Завгородняя А.И.
- Нарушения Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, как мишени психотерапевтического вмешательства 59
Фаустова А.Г., Сафронова М.О.

CIP – Каталогизација у публикацији
Библиотеке Матице српске, Нови Сад
615.851

Psychotherapy Science Today: рецензируемый многоязычный журнал / главный редактор Юрий Тор. — Том 2, по.2 (2026). Нови Сланкамен: Институт «Исида», 2026. (Нова Пазова: Eurodream). 28 cm.

Полугодишње. Друго издање на другом медијуму: Psychotherapy Science Today (Online) = ISSN 3104-1728. Има издање на другом језику: Psychotherapy Science Today (Srpsko izd.) = ISSN 3104-1876. Има издање на другом језику: Psychotherapy Science Today (English ed.) = ISSN 3104-1868.

ISSN 3104-1884

COBISS.SR-ID 173907977

Типы психотравм по механизму дезинтеграции Эго и их нейробиологические профили: каузальная модель

Тор Ю.Н.^{1, 2, *}, Обрадович Д.³, Касаткин Д.С.⁴

¹ Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.

² Институт «Исида», Нови Сланкамен, Сербия.

³ Кафедра фармакологии, медицинский факультет, Белградский университет, Белград, Сербия.

⁴ Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией, лечебный факультет, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия.

Аннотация

Представленная статья предлагает типологию психологических травм, разработанную в рамках интегральной каузальной психотерапии** и основанную на первичном механизме дезинтеграции Эго. Выделены четыре этиопатогенетических типа: витальная, инвазивная, эготомическая и конститутивная травма***. Для каждого типа последовательно описываются: (а) определение и сущность травмы, (б) механизм повреждения Эго, (в) клинический фенотип и его нейробиологические корреляты, (г) клинические импликации, (д) иллюстративный клинический случай. Предложенная типология позволяет выстроить каузальный алгоритм выбора терапевтической стратегии в соответствии с ведущим механизмом травматизации. Показана сопоставимость и интегрируемость представленной типологии с МКБ-11 и DSM-5, что позволяет переводить нозологический диагноз в этиотропный и персонализированный план лечения. В статье представлена теоретико-клиническая модель, предлагающая причинно-ориентированный подход к концептуализации травмы. Изложенный материал предназначен для специалистов в области психического здоровья и призван инициировать дискуссию и эмпирическую проверку предлагаемой типологии.

Ключевые слова: психотравма, дезинтеграция Эго, каузальная типология психотравм, витальная травма, инвазивная травма, эготомическая травма, конститутивная травма, ПТСР, интегральная каузальная психотерапия.

Введение

Проблема эффективной терапии психотравм остаётся одной из центральных в современной клинической психологии и психотерапии. Несмотря на большое количество методов, их эффективность значительно варьирует, особенно при работе с хроническими, комплексными и скрытыми формами травматизации: приблизительно две трети пациентов могут продолжать испытывать клинически значимые симптомы даже после применения протоколов первого выбора [1, 2]. Это подчёркивает необходимость причинно-ориентированных моделей, позволяющих не только снижать симптомы, но и диагно-

стировать и воздействовать на сам механизм их возникновения.

Существующие подходы в основном опираются на феноменологические или синдромальные классификации (ПТСР, К-ПТСР, острое стрессовое расстройство, реакция горя, диссоциативные расстройства) либо на редуктивные дихотомии (ПТСР и К-ПТСР, единичная и повторяющаяся травма и др.) [3]. Однако классификации МКБ/DSM остаются синдромальными и не отражают нейробиологических и структурно-динамических различий между формами травматизации [4, 5]. Даже различие между

* Автор для корреспонденции, e-mail: yuri.tor@aipp.education

** Интегральная каузальная психотерапия (ИКП) — психодинамически ориентированный психотерапевтический подход, разработанный Ю.Н. Тором в рамках сербско-русской школы психотерапии. Терапевтические протоколы ИКП ориентированы на выявление и устранение причин психических расстройств и интегрируют методы нейро-моделирования, элементы кататимно-имажинативной психотерапии и психоаналитические техники.

*** Здесь и далее по тексту слово «травма» употребляется в значении «психологическая травма».

Получено: 21 ноября 2025 г.
Принято: 21 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Тор ЮН, Обрадович Д, Касаткин ДС. Типы психотравм по механизму дезинтеграции Эго и их нейробиологические профили: каузальная модель. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):3-23. <https://doi.org/10.64435/zrge5096>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

«простым» и «комплексным» ПТСР, клинически полезное, не объясняет механизма возникновения проблемы и не позволяет выбрать этиотропную терапевтическую мишень. Аналогично, классификации, основанные на типе травмирующего события (сексуальная, военная, детская травма и т.д.), игнорируют то, что является решающим медиатором в этиологии посттравматических расстройств: индивидуальный модус психического функционирования и специфический механизм повреждения Эго.

Несмотря на достижения в изучении функций миндалевидного тела, сетей самореференции (сеть пассивного режима работы (DMN), сеть значимости (SN), центральная исполнительная сеть (CEN)), дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (НРА-оси), нейровоспаления и эпигенетики, их интеграция в клинические модели остаётся фрагментарной. Нейробиологические исследования описывают конечные фенотипы, но не связывают их напрямую с нарушением структур Эго [6, 7]. В результате сохраняется разрыв между нейронаукой, описывающей дисфункции отдельных систем, и клинической практикой, оперирующей такими понятиями как симптом и синдром.

Традиционные подходы объясняли травму через угрозу жизни, стрессовый ответ, нарушения обработки памяти или привязанности. Однако ни одна существующая классификация не отвечает на ключевой вопрос этиотропной травматерапии: какой именно базовый механизм целостности и саморегуляции Эго был нарушен? Без понимания этого механизма терапевт вынужден подбирать интервенции эмпирически, а стратегия либо становится универсальной («один протокол для всех»), либо чрезмерно индивидуализированной, не принимающей во внимание системные ориентиры.

Клинический опыт показывает, что психотравма не является однородной: она нарушает разные функции Эго и формирует различные клинические фенотипы. Следовательно, без типологии психотравм по механизму повреждения Эго невозможно точно определить терапевтические мишени, прогнозировать терапевтический ответ и выстраивать причинно-ориентированную стратегию лечения. Предлагаемая каузальная модель заполняет этот пробел, раскрывая для каждого типа травмы специфический механизм повреждения Эго и его уникальную нейробиологическую картину. Интеграция нейробиологических данных даёт не только возможность более точного понимания клинического фенотипа, но и обоснование применения фармакотерапии в случаях её патогенетической необходимости.

Таким образом, цель данной статьи — представить и обосновать новую клиническую гипотезу — каузальную типологию психотравм по механизму дезинтеграции Эго. Мы не претендуем на исчерпывающее доказательство модели, а предлагаем её как систематизирующую схему и рабочий инструмент для клинического мышления, который требует дальнейшей операционализации и строгой эмпирической валидации. Последующее изложение следует рассматривать как развёрнутое обоснование данной гипотезы, подкреплённое клиническими иллюстрациями.

Методы

В основе данной работы лежит метод теоретического моделирования, опирающийся на клинические наблюдения. Разработка типологии проходила в три этапа:

1. Теоретический синтез ключевых концепций из психоанализа (структурная теория, теория привязанности), современной психотравматологии и нейробиологии аффективной регуляции.
2. Индуктивное обобщение закономерностей, наблюдаемых авторами в многолетней клинической практике при работе со случаями психотравм.
3. Для демонстрации логики каждого типа в статье целенаправленно отобраны четыре ключевых случая, максимально репрезентативно и ясно иллюстрирующие предлагаемую типологию. Эти случаи взяты из обширного клинического опыта авторов, но не представляют собой систематическую выборку. Клинические случаи приведены в иллюстративных целях для демонстрации внутренней согласованности и практической применимости модели.

В представленных клинических случаях оценка исхода основывается на критерии устойчивой клинической ремиссии, определяемой как отсутствие у пациента основных дезадаптирующих симптомов, послуживших причиной обращения, и восстановление преморбидного уровня функционирования в ключевых жизненных сферах (социальной, профессиональной, личностной). Ввиду ретроспективного характера анализа и акцента на демонстрацию патогенетической логики, в случаях не использовались стандартизированные психодиагностические шкалы, что является ограничением для генерализации выводов, но не отменяет их ценности для иллюстрации предлагаемой модели.

Чтобы узнать больше об интегральной каузальной психотерапии, перейдите по ссылке: <https://aipp.education/integral-causal-psychotherapy>

Каузальная модель психологических травм по механизму дезинтеграции Эго

Разработанная в интегральной каузальной психотерапии типология психотравм по механизму дезинтеграции Эго включает четыре типа психотравм: витальную, инвазивную, эготомическую и конститутивную. Модель опирается на структурную теорию Эго [8], теорию личности интегральной каузальной психотерапии [9], современные данные нейробиологии травмы [10–12], поливагальную теорию [13], а также теорию аллостатической нагрузки и эпигенетических изменений [14, 15].

Новизна предлагаемой типологии заключается в её системной интеграции: она последовательно связывает первичный механизм повреждения Эго, клинический фенотип и специфический нейробиологический профиль для каждого типа травмы. В отличие от классификаций, основанных на внешнем событии или синдроме, данная модель позволяет:

- гипотетически определять ведущий механизм повреждения («точку поломки») на этапе диагностической концептуализации;
- строить терапию на основании причин расстройства, а не только его симптомов;
- прогнозировать терапевтическую динамику и избегать ошибок, возникающих при неверном понимании типа травмы;
- интегрировать методы различных психотерапевтических школ вокруг восстановления конкретной повреждённой функции Эго;
- предлагать гипотетически обоснованные показания к фармакотерапии в соответствии с предполагаемым патогенезом конкретного типа травмы.

Предлагаемая типология даёт клиницисту карту, позволяющую увидеть за симптомами, какая часть архитектуры личности повреждена и каким образом её следует восстанавливать.

Тип 1. Витальная травма

Витальная травма (от лат. *vita* — «жизнь») возникает из-за столкновения с силой, которая, воспринимаясь как жизненно опасная и непреодолимая, разрушает базовое чувство безопасности и предсказуемости мира. Это тип психотравмы, при котором ключевой механизм заключается в катастрофической перегрузке системы психической безопасности в результате прямой конфронтации с реальной или воспринимаемой угрозой физическому существованию или целостности тела. Эмоциональным ядром этого типа травмы является интенсивный страх. Механизм повреждения Эго заключается в глубокой дезорганизации системы психической безопасности, приводящем

к всеобъемлющей реорганизации личности вокруг травматического опыта. Это системный сбой базовых структур Эго, ответственных за регуляцию, интеграцию и поддержание личности. Он нарушает иерархическую организацию психики и формирует новую, патологическую архитектуру, где доминирующим организационным принципом становится постоянная готовность к угрозе [16].

Витальная травма, как правило, возникает в случае повторяющихся угрожающих жизни ситуаций или в случае однократного угрожающего жизни события высокой интенсивности (пытка, участие в военном бою, теракт, вооружённое нападение и т.п.). Она приводит к комплексным и стойким изменениям в функционировании центральной нервной системы. Её нейробиологическая картина представляет собой не просто набор изолированных дисфункций, а самоподдерживающуюся патологическую систему. В этой системе стойкая гиперактивация систем детекции угрозы, усугубляемая недостаточностью нисходящего контроля и поддерживаемая фундаментальными патофизиологическими процессами, формирует устойчивое состояние дезадаптации, которое лежит в основе следующей клинической симптоматики [17]:

- *аффективная сфера*: фоновый страх, генерализованная тревога, гипервозбуждение, подавление чувств вплоть до алекситимии;
- *когнитивная сфера*: интрузивные воспоминания и флэшбэки, руминации, гипербдительность к потенциальным угрозам;
- *соматический уровень*: повышенная стартл-реакция, хроническое мышечное напряжение, повышенная утомляемость, высокий симпатический тонус, возможные нарушения сна (кошмары, бессонница);
- *поведение*: избегание триггеров и ситуаций, напоминающих травму, агрессивные или импульсивные реакции в момент активации.

Нейробиологическая картина витальной травмы представлена следующими характеристиками.

1. Хроническая гиперактивация систем детекции и реакции на угрозу приводит к состоянию постоянной гипербдительности и готовности к стрессовому ответу. Избыточная активация миндалевидного тела приводит к преувеличенному реагированию на нейтральные или условно-безопасные стимулы, интерпретируя их как потенциально опасные. Высокая активность НРА-оси, проявляющаяся постоянно повышенным базальным уровнем кортизола либо его атипичным суточным ритмом, поддерживает состояние метаболической и иммунной готовности

к стрессу. Гиперактивность передней островковой доли проявляется соматосенсорными симптомами, такими как повышенная болевая чувствительность, тошнота и общий физический дискомфорт в ответ на психологический стресс [18].

2. Дисфункция регуляторных и модулирующих систем обуславливает недостаточность нисходящего тормозного контроля со стороны высших корковых структур. Снижение активности префронтальной коры, в особенности в дорсолатеральной и вентромедиальной областях, приводит к дефициту исполнительных функций (планирование, принятие решений, рабочая память), нарушению сознательного когнитивного контроля над эмоциональными реакциями и ослаблению способности к их рефлексии. Гипофункция гиппокампа под воздействием избытка глюкокортикоидов нарушает способность дифференцировать прошлые угрожающие ситуации от текущей безопасной реальности и способствует дефициту декларативной памяти.

3. Дисрегуляция нейрохимических систем, регулирующих настроение, мотивацию и общее психофизиологическое состояние, описывается следующими изменениями. Снижение дофаминергической активности мезолимбического пути приводит к ангедонии, апатии, снижению мотивации к целенаправленному поведению. Повышенная активация ядер шва и голубого ядра ведут к развитию симптомов депрессии, тревоги, нарушений регуляции сна и аппетита. Сдвиг вегетативного баланса в сторону преобладания симпатического тонуса при одновременном снижении эффективности вагального контроля обуславливает трудности с релаксацией и нарушение восстановительных функций.

4. Хронические патофизиологические процессы поддерживают вышеперечисленные функциональные изменения и включают:

- общий провоспалительный статус организма: повышенный уровень провоспалительных цитокинов (например, IL-1 β , IL-6, TNF- α) оказывает негативное воздействие на нейропластичность, усугубляет дисфункцию НРА-оси и способствует возникновению «мозгового тумана» и астении;
- оксидативный стресс и митохондриальная дисфункция: хроническая гиперактивация стресс-осей и воспаления приводит к избыточной генерации активных форм кислорода (ROS), повреждению липидов, белков и ДНК нейронов, снижению энергетического обеспечения клеток и ускоренной апоптозной гибели нейронов и глии;

- снижение нейропластичности: уменьшается экспрессия нейротрофического фактора мозга (BDNF), что приводит к ухудшению способности к обучению и адаптации, а также затрудняет процессы восстановления и формирования новых, более адаптивных нейронных сетей;
- эпигенетические модификации: стойкие изменения в экспрессии генов через метилирование ДНК и модификацию гистонов могут затрагивать гены, кодирующие рецепторы глюкокортикоидов, нейротрофины и компоненты нейротрансмиттерных систем, закрепляя уязвимость к стрессу и потенциально передавая его из поколения в поколение.

Данная схема показывает, что центральный патологический круг образуют система угрозы и дисфункция регуляторов. Гиперактивная миндалина и НРА-ось подавляют активность гиппокампа и префронтальной коры. В свою очередь, ослабленные префронтальная кора и гиппокамп не могут обеспечить нисходящий тормозной контроль над миндалиной и НРА-осью. Этот замкнутый цикл является основным двигателем патологического состояния [19, 20]. Хронические процессы действуют как подкрепляющий механизм, который запускается постоянным стрессом. Они поддерживают и усугубляют дисфункцию как системы угрозы, так и регуляторных систем [21]. Доминирование симпатического тонуса и ригидность вегетативной нервной системы представлены как следствие и усилитель дисбаланса между основными системами. Клинические проявления являются конечным результатом взаимодействия всех этих нарушенных нейробиологических систем [22, 23].

Модель, представленная на рисунке 1, помогает понять, почему витальная травма является таким устойчивым состоянием: система замыкается сама на себя, а указанные хронические процессы не дают выйти из этого дисфункционального круга. Поэтому она требует комплексной психотерапии на разных уровнях личности, которая включает следующие мишени, направленные на поэтапную реорганизацию дезадаптивной системы «травматического выживания» и создание новой, безопасной архитектуры психики:

- восстановление базового доверия через терапевтические отношения;
- переработка и интеграция травматического опыта — деактивация патологических энграмм*;
- формирование новой идентичности;
- создание адаптивных копинг-стратегий.

* Энграмма — это сенсомоторно-аффективный след пережитого опыта, зафиксированный в нервной системе и психике, который может автоматически воспроизводиться и влиять на восприятие, эмоции и поведение.

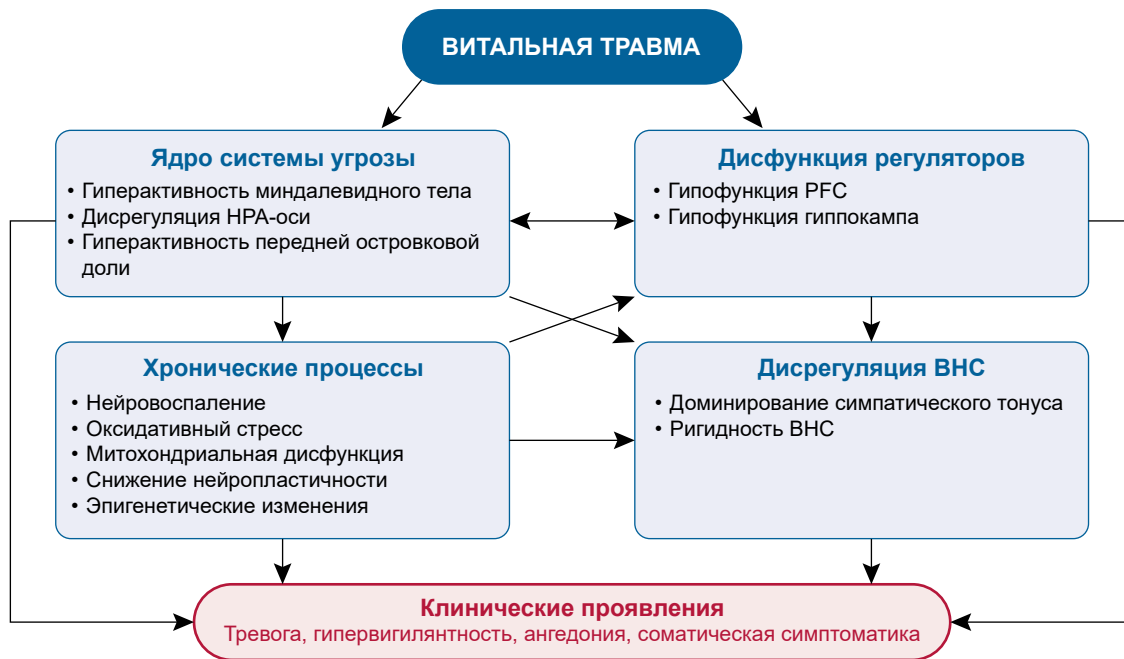


Рисунок 1. Патогенетическая модель витальной травмы

В работе с витальной травмой показала себя клинически эффективной кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама)*. Метод рекомендуется как основной метод для лечения травм этого типа в сочетании с техниками нейромоделирования** интегральной каузальной психотерапии. Клинический опыт применения данного подхода показывает, что витальная травма при отсутствии коморбидных нарушений демонстрирует устойчивую положительную динамику, что, в рамках нашей модели, создаёт предпосылки для достижения ремиссии в рамках среднесрочной терапии.

При психотерапии витальных психотравм в качестве синергического дополнения может быть рекомендована фармакотерапия, в частности, применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Их использование направлено на стабилизацию нейрохимической регуляции, которая способствует снижению общей реактивности миндалины и может опосредованно влиять на нормализацию дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (НРА) оси. Этот соматотропный эффект способствует созданию более стабильного нейробиологического базиса, тем самым повышая эффективность психотерапевтической работы.

Клинический случай витальной травмы, полученной в детском возрасте

Анамнез

Пациентка, 40 лет, пережила в дошкольном возрасте на протяжении нескольких лет опыт жестокого обращения со стороны гувернантки: её запирали в тёмной комнате, наносили болезненные ушибы, эпизодически душили, регулярно наказывали за вымышленные проступки и поддерживали в состоянии постоянного страха и напряжения.

* Кататимно-имагинативная психотерапия — это глубинно-ориентированный психотерапевтический подход, разработанный немецким психотерапевтом Ханскарлом Лейнером в 1950-х годах на основе идей психоанализа и юнгианской психологии, в котором бессознательный материал проявляется и перерабатывается через направленную работу с образами и символами в состоянии кататимного воображения.

** Нейромоделирование — это разработанный в интегральной каузальной психотерапии комплекс таргетированных терапевтических техник, которые позволяют корректировать патологические нейронные контуры, связанные с травматическим опытом, негативными аффектами, вытесненными эмоциями и дисфункциональными паттернами поведения, способствуя восстановлению здорового Эго и аутентичной Самости.

Диагностическая концептуализация

Клиническая картина была идентифицирована как витальная травма. Ключевыми диагностическими маркерами выступили:

- интроецированное садистическое Суперэго: систематическое самоограничение и самонаказание, активное блокирование доступа к позитивным переживаниям, радости и удовлетворению;
- высокая степень аутоагрессии и глубокие искажения самооценки и образа Я;
- триггерно обусловленные панические состояния высокой интенсивности при возникновении потенциально приятных для неё возможностей (отдых, путешествия);
- при попытках преодоления страха — активация массивных психосоматических реакций, выполняющих функцию вторичной защиты от реализации желаемого.

Терапевтический процесс

Лечение в подходе интегральной каузальной психотерапии с использованием мотивов символдрамы продолжалось два года в сеттинге один раз в неделю по 50 мин. Оно было направлено на восстановление базовой системы психической безопасности, переработку аффектов, связанных с травматическими ситуациями, формирование устойчивого позитивного самоотношения и адаптивных копинг-стратегий.

Результат и катамнез

Наблюдалась стойкая ремиссия симптомов, связанных с травмой. Пациентка сформировала более устойчивое и позитивное самоотношение, восстановила способность к переживанию удовольствия и позитивных эмоций. Её жизнь стала более продуктивной, а эмоциональное состояние — стабильно благополучным.

Заключение

Данный клинический случай предполагает, что этиотропная стратегия, направленная на выявленный механизм дезинтеграции Эго, может позволить достичь не только симптоматического улучшения, но и структурного восстановления нарушенной функции, что клинически проявляется как устойчивая ремиссия.

Локальная витальная травма

Существует подтип витальной травмы, представленный локальной (очаговой) травмой, при котором механизм повреждения Эго заключается в формировании устойчивой, но изолированной патологической энграммы без генерализации нарушения на всю структуру личности и без кардинальной перестройки общей архитектуры психики. Её отличие состоит в формировании высокоспецифического очага гиперактивности в системе угрозы при общем сохранном функционировании Эго.

При локальной витальной травме формируется локализованный нейронный контур, включающий сенсорные триггеры, эмоциональный компонент и соответствующие вегетативные паттерны. Вне активации этой специфической сети мозг и психика функционируют в пределах нормы. Эта травма представляет собой пример своеобразной адаптации психики к сверхсильному воздействию. Угроза обрабатывается и «упаковывается» в изолированный очаг [24].

В качестве примеров типичных ситуаций, в которых может возникать локальная витальная травма, можно привести ДТП с физическими травмами или сильным испугом, авария на

производстве, ограбление на улице, нападение животного, наблюдение сцены насилия и т.д.

В результате локальной витальной травмы формируются сенсорно-вегетативные флэшбэки — непроизвольное, мгновенное и интенсивное воспроизведение сенсорных и вегетативных компонентов травматического опыта в ответ на триггер, иногда без полномасштабного осознанного воспоминания о событии. Возможно формирование избирательных фобий с чётко очерченными триггерными реакциями.

Интегральная каузальная психотерапия предлагает модель работы с травмой, направленную на глубокий процесс трансформации. Мы исходим из того, что травматический опыт фиксируется в виде дисфункциональных энграмм — устойчивых следов памяти, сохраняющих боль и страх. Наша ключевая техника, «Катарсис воспоминаний», направлена на то, чтобы запустить процесс полной аффективной и когнитивной переработки этих энграмм. Клинические наблюдения и теоретическая модель позволяют предположить, что такая переработка ведёт к их интеграции в личную историю и устранению их патогенного влияния на настоящее.

Клинический случай гидрофобии на почве локальной витальной травмы

Анамнез

Пациентка, 45 лет, с жалобой на устойчивую боязнь водоёмов, сохраняющуюся на протяжении всего периода субъективного опыта. Симптоматика проявлялась в рамках ежегодных семейных поездок на море: возможность захода в воду ограничивалась глубиной по щиколотку, что сопровождалось выраженными вегетативными реакциями (тахикардия, тремор, гипервентиляция) и субъективным переживанием неконтролируемого страха. У пациентки не было доступа к автобиографическому воспоминанию, объясняющему генез фобии.

Диагностическая концептуализация

Ключевыми диагностическими маркерами локальной витальной травмы выступили:

- чёткая триггерная специфичность (вид и ощущение водоёма);
- интенсивная вегетативная реакция на триггер;
- сохранность общего функционирования и отсутствие генерализованной тревоги вне контекста триггера.

Терапевтический процесс

В ходе терапии пациентка восстановила доступ к диссоциированному эпизоду опасности утопления в детском возрасте, после чего была применена техника катарсической переработки опыта, направленная на переработку его аффективных компонентов. После интервенции, направленной на переработку изолированного травматического воспоминания, была достигнута полная и устойчивая ремиссия фобической симптоматики, что в рамках нашей модели интерпретируется как деактивация соответствующей патологической энграммы.

Результат и катамнез

По завершении терапии отмечалась стойкая клиническая ремиссия симптоматики. Поведенческим маркером успешности выступила самостоятельная покупка пациенткой абонемента в бассейн и начало обучения плаванию без следов прежнего страха. Информация от стороннего наблюдателя (тренера), выразившего недоверие относительно 40-летнего анамнеза фобии, подтвердила клинически значимые и стабильные изменения.

Заключение

Представленный случай демонстрирует высокую эффективность таргетированных методов переработки при изолированных травматических энграммах. Локализация повреждения, отсутствие структурных изменений личности и сохранность общих регуляторных функций Эго определили возможность быстрой и стойкой клинической ремиссии через восстановление интеграции между сенсорно-аффективными и нарративными компонентами памяти.

Тип 2. Инвазивная травма

Инвазивная травма (от лат. *invadere* — «вторгаться», «проникать») — это тип психотравмы, при котором механизм повреждения Эго заключается в массивном, неконтролируемом проникновении внешней стимуляции, которая сильно нарушает личностные границы, превосходит метаболические возможности Эго и приводит к «аффективному затоплению».

Суть травмы заключается в катастрофическом сбое функции психологических границ — фундаментальной способности Эго фильтровать, дозировать и ассимилировать поступающую стимуляцию. Происходит переполнение психического контейнера содержимым, которое, будучи неспособным быть переработанным и интегрированным, продолжает существовать в психике как инородное и вредоносное. Это приводит к коллапсу субъективной автономии и развитию клинического фенотипа, который

характеризуется доминированием онтологического стыда и отвращения к собственному телу и Я, хронической диссоциацией, пробелами в относящейся к травматическим эпизодам памяти, ощущением проницаемости границ и загрязнённости личности [25, 26]. Пациенты с травмой этого типа отличаются глубокими нарушениями в сфере самоотношения, включающими аутоагрессию и деструктивные убеждения о себе. У них наблюдаются трудности в различении своего психического содержимого (мыслей, чувств, побуждений) от чужого, одновременная ригидность и проницаемость психологических границ, страх близости, тенденция к воссозданию травматических паттернов в отношениях. Нередко присутствуют соматоформные расстройства в виде конверсионных симптомов, психосоматических заболеваний, ипохондрических симптомов [27, 28].

Вторичным образованием при данном типе травмы является подавленная агрессия. В норме агрессия — это энергия для защиты границ, отстаивания себя, сепарации. При инвазивной травме сама функция защиты границ оказывается сломлена. Агрессия, не имея возможности для здорового внешнего выражения, обращается против самого Эго и становится патодинамическим центром травмы, вызывая хроническое саморазрушение, диссоциацию и соматизацию.

Примеры ситуаций, которые приводят к возникновению инвазивной травмы: повторяющееся сексуальное, физическое или психологическое насилие и другие формы массивного, неконтролируемого вторжения в телесные и психические границы личности.

В клиническом фенотипе инвазивной травмы могут быть выделены следующие нарушения:

- *аффективные*: тревога, хроническое чувство стыда как онтологического качества («со мной что-то не так на уровне сущности»), отвращение к собственному телу, эмоциональная нестабильность с резкими колебаниями между онемением и аффективными всплесками, непереносимость возбуждения (телесного и эмоционального), приводящая к автоматическому «отключению» (диссоциации);
- *идентичности*: ощущение, что мысли, чувства или импульсы «не мои», сложность отделения собственного Я от внутреннего образа нарушителя границ, хроническая уязвимость к внешней оценке и контролю;
- *когнитивные*: фрагментация памяти — пробелы в воспоминаниях о травматических эпизодах, искажённое восприятие собственных телесных ощущений, навязчивые мысли о загрязнённости, порочности или дефектности, трудности ментализации;
- *межличностные нарушения*: страх близости и доверия из-за ожидания вторжения, контроля или насилия, неспособность адекватно регулировать степень эмоциональной или телесной дистанции, тенденция к воссозданию травматических отношений, тенденция к утрате автономии;
- *поведенческие*: избегание ситуаций, где требуется телесная близость или доверие; контр-фобическое поведение; действия, направленные на снижение переживаемой загрязнённости, в тяжёлых случаях самоповреждающее поведение как попытка восстановить границы собственного тела или снизить диссоциативное напряжение.

Нейробиологическая картина инвазивной травмы

Инвазивная травма перегружает сенсорные, аффективные и когнитивные системы чрезмерной стимуляцией и приводит к состоянию нейробиологической открытости, при которой мозг теряет способность модулировать входящую информацию и защищать психическое ядро.

1. *Повышенная общая активация таламуса* приводит к нарушению функции входного сенсорного контроля и «сенсорному затоплению» — значительно увеличивается нагрузка на нейронные сети обработки боли, тактильных и интероцептивных сигналов. В дополнение к этому, избыточная активация миндалевидного тела значительно повышает реакцию на любые сигналы проникновения или угрозы вторжения, что приводит к постоянному ощущению переполнения изнутри и снаружи, переживанию разрыва границ.
2. *Значительное снижение активности дорсолатеральной префронтальной коры* приводит к прекращению охранительного торможения миндалевидного тела, что вызывает потерю способности удерживать когнитивную рамку и выдерживать стимул. Дезинтеграция сетей исполнительного контроля препятствует осмыслению, оценке или сдерживанию происходящего. Объём и интенсивность поступающей стимуляции значительно превышают пропускную способность регуляторных и интегративных механизмов Эго, что проявляется ощущением переполнения, утраты контроля и прорыва личностных границ.
3. *Дисфункция передней поясной коры* снижает способность к когнитивному дистанцированию от эмоционально значимых стимулов и произвольному переключению внимания на иные виды деятельности. Значительные нарушения в сети значимости (SN) приводят к нарушению работы островковой коры и искажению восприятия собственных телесных границ, а дополнительная высокая активность миндалевидного тела в этой сети вызывает и поддерживает «эмоциональный шторм» с субъективным переживанием истощения регуляторных ресурсов психики и её «капитуляции».
4. *Активация околводопроводного серого вещества*, возникающая на пике стимуляции, сопровождается компенсаторной активацией эндогенных опиоидных и каннабиноидных систем, что вызывает выраженное эмоциональное онемение, состояние аффективного «обесточивания» и бездвиженности. Снижается эффективность коммуникации между гиппокампом и префронтальной корой, что

ведёт к провалам контекста, фрагментации памяти. В результате при превышении ассимилятивных возможностей Эго происходит диссоциативное отключение с консервацией травмы как внутреннего вторжения.

5. *Устойчивое изменение нейронных контуров* характеризуется следующими процессами. Гиперчувствительность миндалевидного тела к сигналам проникновения и хроническая гиперактивация островковой коры приводят к болезненной interoцепции. Сниженный контроль со стороны префронтальной коры обуславливает слабое восстановление границ. Сенсорная гиперреактивность приводит к стойкой гиперчувствительности к любым формам приближения, возникает «синдром утраты границ».

Патогенетическая модель (рис. 2) показывает, как инвазивная травма запускает стойкую дезадаптацию мозга через формирование патологической доминации сети значимости, которая хронически гиперактивирована вместе с миндалевидным комплексом и осью НРА. Параллельно происходит угнетение регуляторных систем — снижается активность префронтальной коры и функциональность гиппокампа, возникает выраженный дисбаланс между ключевыми нейронными контурами регуляции. Клинически это проявляется комплексом гипербдительности,

интрузий, эмоционального онемения и соматизации, что отражает глубокое нарушение процессов саморегуляции и интеграции опыта. Данные изменения закрепляются на фундаментальном уровне через нейровоспаление, окислительный стресс и эпигенетические механизмы, формируя устойчивое патологическое состояние с утратой психических границ [29].

Дифференциальная диагностика от витальной травмы

- Доминирует стыд, вина и аутоагрессия vs. страх за жизнь, гипербдительность.
- Триггерами являются межличностные отношения vs. внешние напоминания о травмирующем событии.
- Базовое доверие нарушено глобально: страх близости как повторения вторжения vs. сохранённая способность к избирательному доверию.
- Диссоциативные симптомы являются хроническими или становятся чертами личности vs. эпизодические диссоциации только при триггерах.

Описанная динамика инвазивной травмы объясняет устойчивость симптоматики и необходимость длительной терапии, направленной на восстановление границ и переработку накопленной подавленной агрессии. Ключевыми терапевтическими мишенями в ней являются:



Рисунок 2. Патогенетическая модель инвазивной травмы

- деактивация патологических энграмм — центральных опытов травматического нарушения границ;
- растабуирование запретов на осознание и выражение агрессии и переработка подавленной агрессии;
- формирование позитивного самоотношения, основанного на безусловной любви и принятии себя;
- формирование новых адаптивных копинг-стратегий в ситуациях нарушения личностных границ.

Для излечения инвазивной травмы хорошо себя зарекомендовала методика работы с подавленной агрессией, разработанная в интегральной каузальной психотерапии [30]. Согласно нашей терапевтической модели, фокусирование на деактивации энграмм нарушения границ и переработке подавленной агрессии создают условия для достижения устойчивой ремиссии в рамках среднесрочной психотерапии.

Фармакотерапия при терапии инвазивной травмы имеет ограниченное применение и не является методом первого выбора. В случае

острых состояний её назначение для облегчения симптомов требует особой осторожности и рекомендуется только в рамках комплексного подхода, где она служит вспомогательным средством для стабилизации состояния параллельно с психотерапией. Это необходимо для профилактики декомпенсации и вторичной травматизации (ревиктимизации), риск которых связан с рядом психологических механизмов. К ним относятся:

- бессознательное восприятие лекарства как повторения вторжения, что может реактивировать травматический опыт и усилить тревогу;
- патологический стыд, при котором облегчение симптомов может вызывать чувство вины («я не заслуживаю облегчения») и парадоксально усиливать страдание;
- психологическая функция онемения. Эмоциональное притупление часто служит защитой от непереносимого аффекта. Его резкое фармакологическое снятие без психотерапевтической поддержки может привести к аффективному прорыву и ретравматизации.

Клинический случай инвазивной травмы вследствие эмоционального инцеста

Анамнез

Пациент, 24 года, единственный ребёнок в семье. Вырос в условиях парентификации*, выполняя роль матери для своей матери: контейнировал её аффекты, давал советы, выступал посредником в её конфликтах с супругом (своим отцом), нёс ответственность за её эмоциональное состояние. Ситуация усугублялась тем, что мать пациента была агрессивно настроена к мужскому полу, обесценивала мужчин и под видом «пацифистского воспитания» давала сыну недвусмысленные послания: «не смей становиться мужчиной». Таким образом, мать внедрялась в психику сына как объект тотальной зависимости и одновременно блокировала развитие его гендерной и сексуальной субъектности.

Диагностическая концептуализация

Для выживания в условиях патологического симбиоза пациент сформировал конформно-жертвенную личность, полностью соответствующую материнским ожиданиям. При этом мужская гендерная идентичность и сексуальная инициатива стали бессознательно приравниваться к разрушительной агрессии, за которой неизбежно следует осуждение и наказание. На инвазивную травму указывали следующие маркеры:

- запрет на собственную субъектность и телесность;
- страх критики, особенно со стороны женщин;
- хронический стыд и вина в ситуациях, связанных с гендерными ролями;
- вытеснение эротических фантазий и избегание пенетративных форм сексуальности;
- патологический шаблон отношений с женщинами, где близость приравнивалась к служению идеализированной материнской фигуре;
- психологические защиты, ограждающие от гендерно окрашенного контента и ситуаций: использование гендерно-нейтрального «человек» вместо «девушка»; феминизированное интонирование и речь на более высоком тоне, чем его естественный тембр; контроль своей мимики и жестов с целью исключить малейший намёк на «грубую маскулинность» и сексуальный интерес.

* Парентификация — это инверсия ролей в семье, когда ребёнок вынужден выполнять функции взрослого: заботиться о родителе (эмоционально или практически), брать на себя ответственность за семейное благополучие.

Терапевтический процесс

Длительность — 1,5 года в сеттинге один раз в неделю, по 50 мин. сессия. Подход — интегральная каузальная психотерапия, с использованием мотивов символдрамы. Большую роль в работе с этим случаем сыграли психоаналитические интервенции для интерпретации парентификации. Основными направлениями работы были снятие запретов на агрессию и сепарацию, переработка травматических аффектов и подавленной агрессии, присвоение и интеграция мужской гендерной идентичности, формирование адаптивных копинг-стратегий в общении и любовных отношениях с девушками.

Результат и катамнез

Было достигнуто стабильное купирование симптоматики. Пациент начал знакомиться с девушками, вступил в гармоничные сексуальные отношения, которые позднее завершились заключением благополучного брака. В отношениях с матерью появились границы и здоровая дистанция. Маскулинность и здоровая агрессия стали интегрированными частями личности.

Заключение

Представленный случай иллюстрирует, что при инвазивных травмах для восстановления границ и метаболической функции Эго первостепенную роль играет пробуждение здоровой агрессии через снятие запретов на её осознание и выражение, переработку подавленной агрессии и формирование эффективных копинг-стратегий для защиты личностных границ.

Тип 3. Эготомическая травма

Эготомическая травма (от лат. *ego* — «я» и греч. *tomē* — «рассечение, отсечение») — это тип психотравмы, связанный с необратимой утратой очень значимого элемента психической структуры, который служил опорой Эго через привязанность или идентификацию. Такая потеря нарушает внутреннюю целостность личности, приводя к устойчивой Эго-диссоциативной дезинтеграции, и вызывает глубокую психическую боль, эмоциональным ядром которой являются экзистенциальная пустота и тоска, сопровождающиеся ощущением «вырванной части себя».

Суть этой травмы заключается в потере внутреннего объекта, выполнявшего стабилизирующую и структурирующую функцию для Эго. Эта утрата оставляет после себя структурный дефицит во внутренней репрезентативной системе, приводя к коллапсу внутренней опоры, нарушению нарциссического баланса и непрерывности существования. Лишённое объекта будущее ощущается как невозможное. Возникает диссоциация аффекта — расщепление между интеллектуальным пониманием утраты и её эмоциональным неприятием с формированием «замороженного горя» и отщеплением частей Эго, связанных с утраченным объектом.

Примеры возможных ситуаций такого рода утраты: потеря близкого человека (смерть, разрыв отношений), потеря здоровья и функциональности (инвалидизирующее заболевание, возрастная утрата функции), потеря роли, статуса, идентичности, символические потери (системы ценностей, привычного уклада жизни, идеализированных представлений).

Клинический фенотип характеризуют следующие нарушения:

- **аффективные:** хроническая тоска и психическая боль, ангедония и эмоциональное онемение, приступы острого горя с соматическими проявлениями, чувство опустошенности и бессмысленности жизни;
- **имеющие отношение к идентичности:** ощущение потери части себя, размывание границ собственного Я, трудности самоидентификации вне контекста утраты, чувство «застывания» в прошлом;
- **когнитивные:** навязчивые мысли об утраченном объекте, идеализация прошлого и обесценивание настоящего, трудности концентрации внимания и принятия решений, фрагментация автобиографической памяти;
- **экзистенциальные:** утрата жизненных ориентиров и перспектив, кризис смысла и ценностей, ощущение разрыва связи с миром, депрессивная позиция с чувством безнадёжности;
- **соматические:** ощущение физической пустоты/холода в груди или животе, психогенная боль в области сердца, нарушения сна, потеря энергетического тонуса;
- **межличностные:** невозможность эмоциональной инвестиции в новые отношения, идеализация утраченного объекта, тенденция к воссозданию ситуаций утраты;
- **поведенческие:** дисфункциональное сохранение привычек и ритуалов, связанных с утраченным объектом, социальная изоляция и отказ от новой активности, невротический поиск реального или символического заместителя утраченного объекта.

Эготомическая травма формирует специфический нейropsychологический профиль, связанный с утратой структурной опоры Эго и последующим коллапсом интегративных систем мозга [31–34]. Этот профиль включает несколько взаимосвязанных уровней.

1. Первичное нарушение интегративных механизмов мозга

Эготомическая травма наносит удар по фундаментальным системам, обеспечивающим целостное переживание себя и мира. Наиболее уязвимы структуры, выполняющие интегративную функцию:

- гиппокамп теряет способность связывать контекст, время и аффект в единое эпизодическое поле, что приводит к фрагментации автобиографической памяти;
- передняя поясная кора (АСС) утрачивает возможность гибко переключаться между конфликтующими сигналами и обеспечивать согласованное принятие решений;
- островковая кора перестаёт синхронизировать interoцепцию, аффект и чувство телесного Я, что приводит к ощущению внутренней пустоты и отчуждения от тела;
- мозолистое тело демонстрирует снижение эффективности межполушарного взаимодействия, ослабляя интеграцию сенсорных и когнитивных потоков.

В результате имплицитная память (телесные, сенсомоторные, эмоциональные следы) становится гипердоминантной, а эксплицитная/нарративная — фрагментированной или недоступной. Человек переживает не историю, а набор разрозненных сенсорно-аффективных фрагментов, не интегрированных в целостную автобиографию [35].

2. Диссоциативная дезинтеграция макросетей мозга

Неспособность поддерживать интеграцию переводит мозг в «аварийный режим» функционирования. Происходят характерные изменения в работе больших функциональных сетей:

- сеть пассивного режима (DMN) становится либо гиперактивной (руминации, фиксация на утрате), либо гипоактивной (опустошение, ангедония, разрывы в непрерывности самоощущения);
- системы автоматической обработки угрозы начинают доминировать, приводя к грубой дихотомизации стимулов: «угроза / не угроза»;
- подкорковые системы выживания (миндалевидное тело, околотоводопроводное серое вещество*, ядро терминальной полоски**) активируются по малейшему сигналу, формируя реакции автоматизма, минуя сознательный контроль;

активируются по малейшему сигналу, формируя реакции автоматизма, минуя сознательный контроль;

- центральная исполнительная сеть (CEN) ослаблена: дорсолатеральная префронтальная кора теряет способность к нисходящей регуляции, планированию и когнитивной гибкости.

Так формируется диссоциативный режим, в котором мозг утрачивает способность удерживать связность опыта [36].

3. Нейрохимический и патофизиологический контур, поддерживающий патологию

Нейробиологическая архитектура эготомической травмы закрепляется благодаря устойчивому комплексу изменений:

- нейроэндокринные нарушения выражены дисрегуляцией НРА-оси с переходом в фазу истощения (сниженный базовый кортизол способствует преобладанию реакций «замирания» и диссоциации) и дисфункцией окситоциновой системы (утрата привязанности, доверия, способности переживать поддержку);
- хроническое нейровоспаление усиливает повреждение интегративных структур (особенно гиппокампа), снижает нейропластичность и препятствует восстановлению связности опыта;
- эпигенетические изменения закрепляют повышенную стресс-чувствительность, изменяют экспрессию генов, связанных с ГАМК, глутаматом и рецепторами к глюкокортикоидам, создавая устойчивую уязвимость и передавая её следующим поколениям.

4. Формирование автономных патологических Эго-состояний (иерархический коллапс)

При эготомической травме мозг переходит к фрагментарной организации: закреплённые в отдельных паттернах активации миндалевидного тела, островка, передней поясной коры (АСС) и медиальных областей префронтальной коры (PFC) отдельные эмоциональные и защитные конфигурации начинают активироваться ригидно, автономно и вне произвольного контроля. В рамках нашей модели мы предполагаем, что это не диссоциативное расщепление личности, а жёстко сегрегированные, недостаточно интегрированные Эго-состояния, которые могут активироваться попеременно, создавая феноменологию внутренней раздробленности при сохранении в целом единого чувства Я.

* Periaqueductal Gray — околотоводопроводное серое вещество.

** Bed Nucleus of Stria Terminalis — ядро терминальной полоски.



Рисунок 3. Патогенетическая модель эготомической травмы

На рис. 3 показано, как эготомическая травма вызывает диссоциативную дезинтеграцию крупномасштабных сетей и гиперактивацию подкорковых систем выживания. Это разрушает интегративные механизмы, а дисрегуляция НРА-оси, окситоцина, нейровоспаление и эпигенетические изменения закрепляют процесс. В результате происходит иерархический коллапс саморегуляции с образованием автономных патологических Эго-состояний и клинической картиной фрагментированной идентичности, диссоциации и утраты непрерывного Я.

Дифференциальная диагностика эготомической травмы

От витальной травмы:

- тоска, психическая боль, страстное желание вернуть утраченное vs. страх от возможного повторения угрозы, паника перед возможным уничтожением;
- опустошённость как прямое следствие утраты части Эго vs. истощённость от постоянной гипербдительности;
- чувствительность к триггерам, связанным с напоминанием об утраченном объекте vs. гипербдительность к внешним триггерам, ассоциируемым с угрозой;
- реакция на стресс: уход в себя, коллапс, обездвиженность vs. мобилизация, гиперторможение;

- нарушение привязанности: недоступность vs. настороженность;
- будущее бессмысленно vs. будущее опасно;
- избегание настоящего момента: погружение в прошлое vs. сканирование будущего.

От инвазивной травмы:

- пустота vs. переполненность аффектами вследствие нарушения границ;
 - ощущение внутренней дефицитарности vs. ощущение «внутреннего заражения»;
 - тоска, отчаяние vs. стыд, отвращение к себе;
 - тело как безжизненная оболочка vs. тело как предатель и источник стыда;
 - триггеры: всё, что напоминает об утрате vs. всё, что символизирует нарушение границ;
 - границы Эго сохранены, но потеряна опора vs. границы проницаемы;
 - внутренний объект: идеализированный vs. пожирающий/загрязняющий;
 - неспособность к близости vs. страх близости.
- Терапия должна быть направлена на восстановление интеграции мозговых структур и включать следующие ключевые мишени:
- переработка эмоций горя;
 - легализация и канализация подавленной агрессии;
 - возврат отщеплённой части Эго;
 - реставрация идентичности;
 - репарация будущего после коллапса;

- психическое инвестирование в новые проекты и планы.

Эготомическая травма при отсутствии коморбидных расстройств может демонстрировать положительную динамику в относительно сжатые сроки при условии работы с ключевыми мишенями, такими как подавленная агрессия.

При эготомической травме фармакотерапия, согласно нашей теоретической модели, представляется методом с ограниченной применимостью. Её основной механизм действия — нейрохимическая модуляция — принципиально отличается от задачи глубинной психотерапии, которая в данном контексте направлена на восстановление психической целостности через проживание и интеграцию опыта утраты. Можно предположить, что такое расхождение в подходах не только ограничивает этиотропный потенциал фармакотерапии, но и создаёт риск патогенетического противоречия.

Клинические наблюдения в рамках нашей модели указывают на ряд специфических рисков. Серотонинергические антидепрессанты, направленные на аффективную сферу, могут смягчать симптоматическую тоску, однако, согласно нашей концепции, не воздействуют на предполагаемый первичный дефицит интегративных функций

(гиппокампа, поясной и островковой коры). Анксиолитики (бензодиазепины), в свою очередь, могут усиливать диссоциацию и субъективное отчуждение, фармакологически закрепляя состояние психического дистанцирования.

Ключевым потенциальным ятрогенным эффектом в данном контексте является риск подмены и прерывания естественного процесса психической переработки горя, что теоретически может способствовать консервации «замороженного» состояния — центрального феномена этой травмы. Наконец, фармакологическое подавление аффекта, в особенности агрессии, которая в нашей модели рассматривается как ключевой ресурс для сепарации, может лишить психотерапию важного катализатора изменений, затрудняя трансформацию патологической связи с утраченным объектом.

Важно отметить, что данная критика не является абсолютным противопоказанием. В случаях тяжёлой коморбидной симптоматики (например, депрессии с суицидальным риском) краткосрочная фармакотерапия может быть рассмотрена как вспомогательное средство для стабилизации состояния с целью сделать пациента доступным для последующей психотерапевтической работы.

Клинический случай: пролонгированное расстройство горевания

Анамнез

Пациентка 18 лет с пролонгированным расстройством горевания, развившимся после суицида близкой подруги. В течение более 6 месяцев наблюдалась стойкая патологическая фиксация на утрате: навязчивые мысли об умершей, регулярное посещение места смерти, социальная самоизоляция с разрывом контактов с семьёй. Отмечалась академическая дезадаптация со снижением успеваемости вследствие нарушений концентрации внимания, а также раздражительность и эмоциональная лабильность. Обратилась после безуспешной предшествующей психотерапии в европейской клинике, где ей в итоге рекомендовали перейти к фармакотерапии.

Диагностическая концептуализация

Клиническая картина была идентифицирована как эготомическая травма, которая привела к пролонгированному расстройству горевания. Ключевыми диагностическими маркерами выступили:

- патологическая фиксация на образе утраченного объекта с компульсивным воспроизведением обстоятельств смерти;
- социальная аутизация и эмоциональная отчуждённость от поддерживающего окружения;
- когнитивный дефицит в виде нарушений концентрации внимания и академической дезадаптации;
- аффективная лабильность с преобладанием раздражительности и психомоторного возбуждения.

Указанная симптоматика отражает структурное нарушение процесса горевания с формированием патологического симбиоза с утраченным объектом, характерного для эготомической травмы в результате смерти значимого другого.

Терапевтический процесс

Психотерапия продолжительностью 15 сессий была сфокусирована на трансформации интрапсихической динамики горя. Ключевым терапевтическим механизмом выступила работа с подавленной агрессией, которая с этой пациенткой велась преимущественно с использованием техники «разворот агрессии на терапевта». Это позволило легитимизировать и канализировать вытесненные агрессивные аффекты и обеспечить уже после четвёртой сессии положительную динамику с довольно быстрым последующим восстановлением аффективного баланса и социального функционирования.

Результат и катамнез

Отмечена стойкая клиническая ремиссия симптоматики с восстановлением преморбидного уровня функционирования. В течение 4-летнего катамнестического наблюдения рецидивов не отмечалось. Пациентка полностью реадаптировалась в академической и социальной сферах.

Заключение

Успешная терапия стала возможной благодаря размещению в терапевтическом пространстве агрессивных аффектов, что позволило прервать патологический симбиоз с утраченным объектом и восстановить процесс адаптивного горевания. Данный клинический случай демонстрирует важность и эффективность переработки агрессии при эготомических травмах.

Тип 4. Конститутивная травма

Конститутивная травма (от лат. *constitutio* — «устанавливать», «формировать структуру») — это тип психотравмы, при котором системно нарушаются процессы первичного формирования базовых психических структур вследствие хронического дефицита необходимых для здорового развития средовых условий в критический период онтогенеза до 6 лет. Эмоциональным ядром этой травмы является экзистенциальный страх и глубинное переживание собственной дефектности.

К конститутивной травме приводит не отдельное событие, а качество всей среды развития, которое неспособно обеспечить условия, достаточные для последовательного созревания личностных структур в раннем детском возрасте: непредсказуемость и ненадёжность фигур привязанности, хроническая эмоциональная депривация, хаотичное окружение.

Механизм нарушения формирования Эго и его клиническое проявление

При конститутивной травме Эго не повреждается, а изначально не формируется в достаточной степени из-за систематического дефицита адекватного отзеркаливания, контейнирования и поддержки в критические периоды развития. Это приводит к каскаду нарушений, которые проявляются следующим образом:

- Отсутствие устойчивого отзеркаливания делает невозможным проведение границы между Я и не-Я и формирование целостного

образа Я. В результате возникает диффузная идентичность: человек не знает, «кто он на самом деле», постоянно «собирает» себя заново из отражений в других людях, страдает от нестабильной самооценки и переживает кризисы идентичности при малейших переменах.

- Неспособность материнской фигуры выполнять функцию контейнирования оставляет аффекты неименованными и непереносимыми. Формируется тяжёлая аффективная дисрегуляция: периодическое «затопление» аффектами или, напротив, эмоциональное онемение и алекситимия, дереализация и деперсонализация становятся базовым состоянием существования, появляются нарушения схемы тела, хроническое мышечное напряжение или ощущение «растворённости» в пространстве, а саморегуляция возможна только через внешние объекты или примитивные способы (самоповреждение, переедание/голодание и т.п.).
- Сбой процессов сепарации-индивидуации закрепляет симбиотические паттерны и приводит к формированию Ложного Я* как основной стратегии выживания и часто формирует дезорганизованную привязанность, ведущую к интенсивным и нестабильным отношениям и воспроизведению травматических сценариев.
- Дефицит базового доверия и первичной narcissической опоры разрушает базовую

* Ложное Я — конформная, гиперадаптивная организация личности.

самоценность и ощущение собственного права на существование и приводит к хроническому чувству пустоты, ничтожности или, наоборот, компенсаторной грандиозности.

- *Нарушение формирования внутренних объектов* оставляет репрезентации себя и Другого фрагментированными, дихотомичными и неустойчивыми. Пациент тяжело выдерживает амбивалентность, плохо ментализирует, имеет фрагментированную автобиографическую память и дисфункциональные убеждения.

Всё это вместе создаёт системную дезинтеграцию личности с доминированием Ложного Я, дефицитом волевой регуляции, дезадаптивными копинг-стратегиями и способами саморегуляции.

Нейробиологическая картина конститутивной травмы

Конститутивная травма нарушает последовательное созревание мозга, создавая дефицитарный фундамент, на котором высшие функции не могут сформироваться адекватно [37–39].

- *Первичный дефицит*: нарушение базового нейросоматического гомеостаза. Ранний хронический стресс и дефицит заботы обуславливают: 1) гиперактивацию островковой доли — нарушение interoцепции и эмоциональной осознанности; 2) дисфункцию мозжечковых систем — нарушается координация эмоций, внимания и времени реакции; 3) стойкую активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (режим хронического стресса) — повышенный уровень кортиколиберина (КРГ), дисрегуляция суточного ритма кортизола, даунрегуляция GR/MR-рецепторов; 4) вегетативную ригидность — низкая вариабельность сердечного ритма, сниженная функция вентрального вагуса (затрудняющая саморегуляцию через социальное взаимодействие) и гиперактивность дорсального вагуса (реакции замирания и диссоциации).
- *Вторичный дефицит*: поломка систем привязанности и мотивации. Снижение плотности дофаминовых D2-рецепторов в прилежащем ядре (НАс) ведёт к ангедонии, апатии или, наоборот, стремлению к экстремальным стимулам. Снижение окситоциновых рецепторов в миндалевидном теле и НАс препятствует формированию безопасной привязанности.
- *Третичный дефицит*: недоразвитие высших интегративных функций. В результате предыдущих поломок происходит уменьшение

объёма гиппокампа и префронтальной коры, аномалии мозолистого тела, а также фрагментация крупных нейронных сетей: DMN (сеть пассивного режима) — нет устойчивого чувства Я во времени; CEN (центральная исполнительная сеть) — дефицит планирования, контроля импульсов, рабочей памяти; SN (сеть значимости) — нейтральные стимулы воспринимаются как угроза.

На молекулярном уровне вышеописанную патологию закрепляют следующие механизмы: 1) гиперметилирование генов NR3C1, OXTR и ГАМК-системы вызывает стойкую перестройку работы системы в стрессовом режиме; 2) хронически низкий уровень мозгового нейротрофического фактора снижает нейропластичность и способность мозга к обучению и восстановлению; 3) доминирование «выживательных» нейронных контуров над социальными и интегративными.

Рис. 4 показывает, как конститутивная травма нарушает последовательное созревание мозга. Начинаясь с поломки базового нейротелесного гомеостаза, она делает невозможным нормальное формирование систем привязанности и мотивации, что, в свою очередь, катастрофически сказывается на развитии высших интегративных функций.

Эпигенетика и нарушение нейропластичности действуют как сквозной механизм, «цементируя» нарушения на всех предыдущих этапах и делая патологическую организацию мозга устойчивой. Конечным результатом этих процессов является не просто набор симптомов, а системно дезинтегрированная личность, что проявляется в виде тяжёлых нарушений саморегуляции, идентичности и межличностного функционирования.

Дифференциальная диагностика от всех остальных типов травм

В отличие от других типов травм, при конститутивной травме сама структура личности является травматической. Симптомы являются не следствием повреждения, а проявлением исходно дефицитарной организации личности. Это не «здоровый человек, переживший травму», а «личность, сформированная травмой». Конститутивную травму отличают от других видов травм следующие признаки:

- изначально дефицитарная, а не повреждённая структура Эго;
- отсутствие преморбидного нормального функционирования;
- структурная диссоциация личности как базовая архитектура;
- отсутствие непрерывной автобиографической памяти с раннего детства.

Таким образом, конститутивная травма — это комплексное нарушение нейроонтогенеза, требующее многоуровневого терапевтического подхода, направленного на последовательное восполнение структурных дефицитов путём длительной «перестройки» мозга снизу вверх. План психотерапии включает следующие мишени:

- стабилизация, формирование состояний базовой безопасности;
- формирование надёжных и устойчивых внутренних объектов;
- развитие ментализации и рефлексивной функции;
- развитие способности к саморегуляции аффекта и автономному поддержанию внутренней устойчивости;
- формирование константности объекта и эмоциональной предсказуемости отношений;
- формирование целостного образа Я.

Конститутивная травма является главным фактором риска формирования пограничной

структуры личности и представляет собой самый большой вызов в травматерапии. В отличие от остальных типов, конститутивная травма не может быть излечена полностью, потому что отдельные структуры не дозрели в критические периоды, и мозг уже не может вернуться к тому «окну пластичности». Однако эта травма в долгосрочной психотерапии может быть в значительной степени скомпенсирована, делая пациента относительно функциональным, устойчивым и эмоционально зрелым. Мы рекомендуем для работы с этим видом травмы психоаналитическую психотерапию в сочетании с кататимно-имажинативной психотерапией.

При работе с конститутивными травмами, где патология закреплена на уровне реорганизации базовых нейросоматических сетей, фармакотерапия оказывается малоэффективной, поскольку не может воздействовать на причину — дисфункциональные паттерны памяти и аффективной регуляции. Её роль ограничивается паллиативным снижением симптоматики, не затрагивая этиологическое ядро расстройства.



Рисунок 4. Патогенетическая модель конститутивной травмы

Клинический случай: конститутивная травма

Анамнез

Пациентка 35 лет, замужем. На момент обращения: генерализованная тревога, апатия, волевой дефицит, трудности с сепарацией от родительских фигур и профессиональной самореализацией.

Диагностическая концептуализация

Клиническая картина идентифицирована как конститутивная травма. Ключевые диагностические маркеры:

- диффузная идентичность;
- развитое Ложное Я;
- нарциссическая проблематика;
- хроническая тревожность;
- дефицит волевой регуляции;
- нестабильная самооценка.

Терапевтический процесс

Работа продолжительностью 90 сессий, 1 раз в неделю, по 50 мин. включала следующие мишени:

- формирование опыта безоценочного принятия в терапевтических отношениях;
- ослабление маниакальных защит и установление контакта с подавленными негативными эмоциями;
- легитимизация права на границы и самовыражение;
- восстановление контакта с агрессией как маркером существования Я и ресурсом для завершения сепарации;
- сепарация от родительских фигур;
- работа с нарциссической проблематикой;
- развитие Истинного Я;
- формирование профессиональной идентичности.

Результаты

- Пациентка перестала предъявлять Ложное «идеальное» Я и отрицать у себя наличие психологических проблем.
- Ослабли маниакальные защиты, что обеспечило доступ к ранее вытесняемым негативным эмоциям.
- Значительно снизилась тревога.
- Стабилизировалась самооценка.

На момент написания статьи психотерапия продолжается, с фокусом на терапевтических целях, обозначенных пунктами 4–8.

Заключение

Данный случай демонстрирует, что при конститутивной травме терапия, ориентированная на постепенное ослабление Ложного Я и восстановление контакта с Истинным Я, приводит к устойчивому снижению тревоги, стабилизации самооценки и появлению волевой регуляции даже при сохранении умеренной нарциссической проблематики. Ключевым терапевтическим фактором оказалось последовательное создание нового опыта безоценочного принятия, а также интерпретации проявлений психологических защит и сценариев Ложного Я. Это позволило пациентке начать процесс реальной сепарации и формирования автономной идентичности. Таким образом, случай демонстрирует возможность удовлетворительной компенсации конститутивной травмы и подчёркивает необходимость длительной (от двух лет и более) терапии для достижения структурных изменений личности.

Обсуждение

Предлагаемая каузальная модель психотравм углубляет и дифференцирует существующие диагностические модели психотравм, позволяя перейти от синдромального диагноза к патогенетически обоснованной классификации.

Интеграция с МКБ-11

ПТСР

Картина посттравматического стрессового расстройства соответствует фенотипу витальной травмы: повторное переживание, избегание и гипервозбуждение отражают сбой системы безопасности и фиксации на угрозе. Нейробиологические данные (гиперактивация миндалевидного тела, дисрегуляция НРА-оси) подтверждают этот механизм. Типология позволяет дифференцировать локальные и генерализованные формы ПТСР, что важно для прогноза и выбора тактики терапии.

Комплексное ПТСР

К-ПТСР охватывает последствия конститутивной и инвазивной травм, часто в их комбинации. Критерий «нарушения самоорганизации», центральный для К-ПТСР, — это клиническая манифестация дефицита базовых структур Эго, характерного для конститутивной травмы. Такие его компоненты, как аффективная дисрегуляция, негативная Я-концепция и трудности в отношениях, напрямую выводятся из механизмов повреждения при данном типе травмы. Одновременно, диссоциативная симптоматика, часто сопутствующая К-ПТСР, отражает механизм инвазивной травмы — прорыв границ и последующую фрагментацию.

Расстройства привязанности

В детском возрасте расстройства привязанности представляют собой прямое следствие конститутивной травмы, так как их этиологическое ядро — дефицит или искажение ранних отношений с ухаживающей фигурой.

Интеграция с DSM-5

ПТСР

DSM-5 трактует ПТСР шире, чем МКБ-11, охватывая ситуации, типичные для инвазивной травмы (например, сексуальное насилие). Однако базовая клиническая структура ПТСР остаётся наиболее близкой витальной травме.

Пограничное расстройство личности

ПРЛ можно концептуализировать как тяжёлое последствие конститутивной травмы, нередко осложнённое признаками инвазивной.

Аффективная нестабильность, нарушения идентичности, хаотичные отношения и диссоциация являются клиническими проявлениями дефицита структур Эго и нарушения границ, описанных в нашей типологии.

Клиническая ценность интеграции

Интеграция каузальной типологии с МКБ-11 и DSM-5 создаёт мост между стандартным диагнозом и патогенетически обоснованной терапией. Стандартный диагноз (например, 6B41 «Комплексное ПТСР») отвечает на вопрос «что?», тогда как типологический анализ (например, «конститутивная травма с элементами инвазивной») отвечает на вопросы «почему?» и «как?». Это позволяет переходить от симптомоцентричного к этиотропному и персонализированному лечению.

Клинические преимущества интеграции

- Фокус на механизмах — от симптомов к пониманию механизмов их формирования.
- Индивидуализация терапии — выбор методов в соответствии с типом и тяжестью травмы.
- Прогностическая ценность — прогноз определяется типом травмы, а не нозологической категорией.
- Понимание коморбидности — коморбидность рассматривается как закономерное сочетание типов травм.
- Теоретическая преемственность — различные модели объединяются в единую патогенетическую систему.

Предлагаемая типология сохраняет преимущества стандартизированных диагностических систем, дополняя их глубинным объяснением механизмов психотравмы и создавая основу для подлинно персонализированной психотерапии.

Ограничения

Представленная модель и выводы имеют ряд ограничений. Во-первых, они основаны на ретроспективном анализе клинических случаев и теоретическом синтезе, что не позволяет делать выводы о причинно-следственной связи в том же объёме, что и в рандомизированных контролируемых исследованиях. Во-вторых, оценка эффективности в описанных случаях проводилась клинически, но без применения двойного слепого метода. В-третьих, модель требует дальнейшей операционализации и валидации на более крупных и разнообразных клинических выборках. Несмотря на эти ограничения, предлагаемая типология представляет собой эвристическую систему для клинического мышления и нуждается в дальнейшей эмпирической проверке.

Указанные ограничения не отменяют главного достоинства модели — её способности перевести клиническое мышление из синдромальной в каузальную плоскость. Предложенная рамка открывает новые перспективы для персонализированной терапии травмы и служит основанием для разработки таргетированных терапевтических протоколов.

Перспективы исследований и проверка гипотезы

Представленная каузальная типология является эвристической клинической гипотезой. Её валидность и практическая ценность должны быть подтверждены в ходе дальнейших исследований. Мы предлагаем следующий план её поэтапной проверки:

1. Операционализация и создание диагностического инструмента: разработка структурированного клинического интервью или скринингового опросника для определения ведущего типа травмы по механизму дезинтеграции. Это позволит оценить межэкспертную надёжность диагноза.
2. Эмпирическая валидация на репрезентативных выборках: проведение кросс-секционных исследований для проверки гипотез о специфических нейробиологических профилях (с помощью ЭЭГ, фМРТ, гормональных анализов) и психометрических паттернах (с использованием батарей тестов на аффективную регуляцию, диссоциацию, нарушения личности) для каждого типа.
3. Проверка прогностической и терапевтической валидности: проведение рандомизированных контролируемых испытаний, в которых будет сравниваться эффективность терапии, направленной на выявленный тип травмы (согласно нашей модели), с эффективностью стандартных унифицированных протоколов при лечении ПТСР и К-ПТСР.

Заключение

В данной статье представлена и обоснована новая клиническая гипотеза — каузальная типология психотравм по механизму дезинтеграции Эго. Мы полагаем, что она может служить эффективной системой для концептуализации случаев, перевода мышление клинициста из синдромальной в патогенетическую плоскость и предоставляя логичную схему для выбора терапевтических мишеней. Если гипотеза подтвердится в ходе будущих исследований, это откроет путь к принципиально новому уровню персонализации в терапии травмы. Предложенный

в разделе «Обсуждение» план эмпирической проверки задаёт конкретные ориентиры для реализации этого потенциала.

Список литературы

1. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>.
2. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>.
3. Resick PA, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress*. 2012;25(3):241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>.
4. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Adv*. 2019;26(3):145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>.
5. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(9):737–749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>.
6. Ressler KJ, et al. Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nat Rev Neurosci*. 2022;23:185–201. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>.
7. Weber DA, Reynolds CR. Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024;20:1–14. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000028082.13778.14>.
8. Фрейд З. Я и Оно. М.: Просвещение; 1990. С. 425–439.
9. Тор ЮН. Интегральная каузальная психотерапия. Грани психотерапии. 2023;2(4):1–19. <https://aipp.education/wp-content/uploads/2023/07/GP-24-2023.pdf>.
10. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(10):652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>.
11. Letheby C, Gerrans P. Self unbound: ego dissolution in psychedelic experience. *Neurosci Conscious*. 2017;3(1):nix016. <https://doi.org/10.1093/nc/nix016>.
12. Yehuda R, LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 2007;56(1):19–32. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006>.
13. Porges SW. Polyvagal theory: a science of safety. *Front Integr Neurosci*. 2022;16:871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>.
14. McEwen BS, Akil H. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *J Neurosci*. 2020;40(1):12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>.
15. Yehuda R, et al. Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biol Psychiatry*. 2016;80(5):372–380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>.
16. Fragkaki I, et al. Post-traumatic stress disorder under ongoing threat: a review of neurobiological and neuroendocrine findings. *Eur J Psychotraumato*. 2016;7:30915. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30915>.
17. Theodoratou M, et al. Neuropsychological consequences of massive trauma: implications and clinical interventions. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(12):2128. <https://doi.org/10.3390/medicina59122128>.
18. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>.

19. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(2):263–278. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jshein>.
20. Daskalakis NP, McGill MA, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of PTSD: hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis and beyond. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Vol 182. Elsevier; 2023. p. 129–148.
21. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(11):769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>.
22. Garfinkel SN, Liberzon I. Neurobiology of PTSD: a review of neuroimaging findings. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(8):112–120. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090527-01>.
23. Lanius RA, et al. Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2009;167(6):640–650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>.
24. Delahanty D, Glover D, Golier J. Neurobiology of memory and dissociation in trauma survivors. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1032:183–185. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.016>.
25. Lebois LAM, et al. A review of the neurobiological basis of trauma-related dissociation. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(12):98.
26. Sleight FG, et al. A novel ego dissolution scale: a construct validation study. *Conscious Cogn*. 2023;108:103474. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2023.103474>.
27. Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042>.
28. Basso JC, et al. Dissociation and other trauma symptomatology are linked to imbalance in the competing neurobehavioral decision systems. *Front Psychol*. 2023;14:1317088. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1317088>.
29. Frewen P, Lanius R. *Healing the traumatized self: consciousness, neuroscience, treatment*. New York: W. W. Norton; 2015.
30. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. *Psychotherapy Science Today*. 2025;1(1):13–21. <https://doi.org/10.64435/spes8434>.
31. O'Connor MF, et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*. 2008;42(2):969–977. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256>.
32. O'Connor MF. Grief: a brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosom Med*. 2019;81(8):731–738. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>.
33. Shear MK. Complicated grief. *N Engl J Med*. 2015;372(2):153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1315618>.
34. Northoff G, et al. Self-referential processing in our brain: a meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*. 2005;31(1):440–457. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.002>.
35. Gündel H, O'Connor MF, Littrell L, Fort C, Lane RD. Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1946–1953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1946>.
36. Chamberlain SR. Traumatic dissociation: neurobiology and treatment. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1789–1795. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07081290>.
37. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2003;22(1–2):7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N).
38. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav*. 2012;106(1):29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>.
39. van Harmelen AL, van Tol MJ, Dalgleish T, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A, et al. Hypoactive medial prefrontal cortex functioning in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014;9(12):2026–2033. <https://doi.org/10.1093/scan/nsu008>.

Агрессия как ключевой патогенетический фактор депрессии: эмпирическое исследование

Русина Н.А.^{1,*}, Макоева П.С.², Швецова С.В.³

¹ Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.

² Первая городская клиническая больница имени Е. Е. Волосевича, Архангельск, Россия.

³ Кафедра медицинской кибернетики с курсом медицинской информатики, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия.

Получено: 20 декабря 2025 г.
Принято: 22 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Русина НА, Макоева ПС, Швецова СВ. Агрессия как ключевой патогенетический фактор депрессии: эмпирическое исследование. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):24-30. <https://doi.org/10.64435/ruob9440>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель: Это пилотное исследование направлено на эмпирическое изучение агрессии как центрального механизма в этиологии депрессии и оценку её связи с выраженностью депрессивной симптоматики.

Методы: В исследовании приняли участие три группы: пациенты с депрессивными расстройствами (F32.00, F33.00, F33.11 по МКБ-10), получающие только медикаментозное лечение (группа 1, N = 30) и получающие только немедикаментозную психотерапию (группа 2, N = 18); и контрольная группа условно здоровых респондентов (N = 30). Для оценки использовались Шкала депрессии А. Бека (BDI), Опросник агрессивности Л.Г. Почебут и Шкалы психологического благополучия К. Рифф. Статистическая обработка включала U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ.

Результаты: Пациенты с депрессивными расстройствами демонстрируют статистически значимо более высокий уровень аутоагрессии и общей агрессивности по сравнению с контрольной группой, а также снижение психологического благополучия. Регрессионный анализ подтвердил, что общий уровень агрессии статистически значимо ассоциирован с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как потенциальный предиктор выраженности депрессивной симптоматики, в то время как эмоциональная агрессия оказалась негативно ассоциированной с тяжестью депрессии, отражая подавление аффекта при утяжелении расстройства. В психотерапевтической группе наблюдалось значимое снижение депрессивных симптомов и улучшение эмоционального состояния с дифференцированными эффектами в зависимости от уровня личностной организации (невротический vs. пограничный).

Выводы: Агрессия может быть рассмотрена как один из ключевых психологических механизмов формирования и поддержания депрессивных расстройств, который может предсказывать тяжесть когнитивно-аффективных и соматических симптомов. Целенаправленная психотерапевтическая работа с подавленной агрессией демонстрирует перспективную клиническую эффективность в рамках данного пилотного исследования, приводя к статистически значимому снижению депрессивной симптоматики и укреплению показателей саморегуляции и самооценки. Полученные данные подчёркивают необходимость включения диагностики и проработки аутоагрессии в протоколы лечения депрессии.

Ключевые слова: депрессия, аутоагрессия, интегральная каузальная психотерапия, подавленная агрессия, психологическое благополучие, психотерапия депрессии.

* Автор для корреспонденции, e-mail: narusina@mail.ru.

Введение

Взаимосвязь депрессивной симптоматики и различных форм аутоагрессии рассматривается в рамках теоретических моделей в психодинамической психотерапии и подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Ещё в классических психоаналитических работах депрессия рассматривалась как результат интроекции утраченного или фрустрирующего объекта и перенаправления агрессии с внешнего объекта на собственное Я [1–3]. В рамках этой логики депрессивное состояние понимается как форма бессознательного самонаказания, где агрессивные импульсы, не находя выхода во внешнем поведении, обращаются внутрь личности, формируя аутоагрессивные тенденции.

Аутоагрессия при депрессии включает широкий спектр форм — от когнитивного самоуничтожения и хронического самокритицизма до пассивных форм саморазрушительного поведения (намеренное игнорирование собственных потребностей, отказ от заботы о себе, хроническое самообесценивание), и является значимым и специфическим компонентом депрессии. Уровень пассивной аутоагрессии статистически значимо выше у пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с контрольными группами и частично опосредует связь между нарушенным самоконтролем и выраженностью депрессивной симптоматики. Эти данные позволяют рассматривать аутоагрессию не как вторичное следствие депрессии, а как один из её центральных психологических механизмов [4–8].

Ряд исследований указывает на то, что активные формы аутоагрессии, включая несуицидальное самоповреждение и суицидальные попытки, также тесно связаны с депрессивной симптоматикой. У пациентов с выраженными аутоагрессивными и суицидальными тенденциями выявляются нарушения серотонинергической регуляции, аналогичные тем, которые наблюдаются при тяжёлых депрессивных состояниях. Это подтверждает наличие общих нейробиологических механизмов, лежащих в основе депрессии и аутоагрессии [9–11].

Особое внимание уделяется роли ранних травматических переживаний и нарушений эмоциональной регуляции в формировании аутоагрессии при депрессии. Исследования показывают, что детская травматизация, хронический стресс и дефицит безопасной привязанности повышают вероятность формирования аутоагрессивных стратегий как способа регуляции аффекта, что в дальнейшем способствует хронизации депрессивных состояний [12]. В этих случаях аутоагрессия выполняет парадоксальную регуляторную

функцию, снижая интенсивность невыносимых эмоциональных состояний за счёт переноса аффекта в телесную или поведенческую сферу.

Генетические и поведенческие исследования также подтверждают общность механизмов депрессии и аутоагрессии. В близнецовых исследованиях показано, что внутренне направленная агрессия и депрессивные симптомы частично обусловлены общими генетическими факторами, однако значительная часть вариативности объясняется индивидуальным опытом и средовыми воздействиями [13]. Это подчёркивает важность психотерапевтического вмешательства, направленного на переработку аутоагрессивных паттернов.

Таким образом, современная литература позволяет рассматривать аутоагрессию как многоуровневый феномен, включающий когнитивные, эмоциональные, поведенческие и нейробиологические компоненты, тесно связанные с депрессивными состояниями. Аутоагрессия при депрессии проявляется как в активных формах (самоповреждение, суицидальное поведение), так и в пассивных (самообесценивание, отказ от заботы о себе, хроническое самонаказание), при этом обе формы вносят вклад в поддержание и углубление депрессивной симптоматики. В случае подавления внешне направленной агрессии она накапливается и может направляться на собственную личность, что, как правило, приводит к болезненному чувству вины, беспричинному страху, неврозам, а в тяжёлых случаях — к суицидальным импульсам.

В контексте приведённых данных была выдвинута следующая гипотеза исследования: повышенная аутоагрессивность статистически значимо ассоциирована с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как потенциальный предиктор когнитивно-аффективных и соматических симптомов депрессивных расстройств, а также общей тяжести депрессивного состояния.

Выборка и методы оценки

Исследование проводилось с сентября 2023 года по декабрь 2024 года и включало 3 группы респондентов: группа 1 — пациенты с диагностированной депрессией, получающие медикаментозное лечение, группа 2 — пациенты с диагностированной депрессией, получающие немедикаментозное психотерапевтическое лечение, и контрольная группа — респонденты, не состоящие на диспансерном психиатрическом учёте и не находящиеся под наблюдением психиатра.

Группа 1 состояла из 30 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, получающих медикаментозное лечение стационарно и амбулаторно. Исследование пациентов проводилось на базе государственного бюджетного клинического учреждения Ярославской области «Ярославская областная психиатрическая больница» (ГБКУЗ ЯО «ЯОПБ»).

Группа 2 состояла из 18 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет. Участники были набраны по объявлению Академии интегральной психодинамической психотерапии (Москва, Россия). Диагнозы подтверждены сертифицированным психиатром с использованием структурированных клинических интервью на основе критериев МКБ-10. Эти пациенты получали психотерапевтическое немедикаментозное лечение депрессии, фокусированное на работу с переработанной агрессией, по методике, разработанной в рамках интегральной каузальной психотерапии (ИКП) в Академии интегральной психодинамической психотерапии (АИПП).

Контрольная группа была представлена выборкой здоровых людей от 18 до 51 лет, которые были набраны методом «снежного кома».

Все участники предоставили информированное согласие, а протокол исследования был одобрен Этическим комитетом АИПП.

Основным фокусом исследования было:

- выявление и сопоставление уровня аутоагрессии в группе 1 и контрольной группе;
- анализ динамики аутоагрессии до и после лечения в группе 2.

При тестировании использовались стандартизованные психологические шкалы и опросники: Шкалы психологического благополучия К. Рифф [14], Опросник агрессивности Л.Г. Почебут [15], Шкала депрессии А. Бека [16], анкета Ю.Н. Тора «Удовлетворённость динамикой изменений в ключевых сферах жизни». Для статистической обработки результатов применялись U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ данных группы 1 и контрольной группы выявил, что показатели физической агрессии*, самоагрессии, общий балл агрессии и депрессии (когнитивной, соматической и общий балл) выше в группе 1. Для них были характерны:

- устойчивые негативные убеждения о собственной личности, сопровождаемые тенденцией к направлению агрессии внутрь — на собственное Я, а также к деструктивному отношению к окружающей среде;
- выраженные нарушения аффективного состояния и искажённое самоотношение, существенно отличающееся от показателей контрольной группы;
- низкий уровень самопринятия, ожидание наказания, нерешительность и субъективное переживание социальной отчуждённости;
- соматические компоненты депрессивной симптоматики, включая нарушения сна, повышенную утомляемость, гиперфокусировку на состоянии здоровья и внешнем виде.

В совокупности данные проявления указывают на то, что лица с депрессивными расстройствами переживают экзистенциальную пустоту и чувство собственной неполноценности, сопровождающиеся склонностью к аутоагрессивному отношению и поведению.

Сравнение группы 1 и контрольной группы

Показатели психологического благополучия и удовлетворённости в ключевых сферах жизнедеятельности были статистически значимо выше в контрольной группе (табл. 1). Пациенты с депрессивными расстройствами характеризовались большей социальной изоляцией и фрустрированностью в межличностных отношениях, меньшим числом доверительных связей, а также трудностями в организации повседневной активности и субъективным ощущением неспособности влиять на обстоятельства собственной жизни. По сравнению со здоровыми респондентами, они в меньшей степени ощущали себя реализующимися и развивающимися. Для них были характерны скука, утрата интереса к жизни, переживание неспособности устанавливать новые отношения или изменять поведенческие паттерны, снижение целенаправленности и дефицит жизненных целей и намерений. Кроме того, пациенты не находили смысловых ориентиров в своём прошлом опыте и не имели устойчивых представлений о перспективах и ценностях, определяющих смысл жизни; они в большей степени испытывали неудовлетворённость собой и выраженную тревогу в отношении собственных личностных качеств.

* Показатель «Физическая агрессия» в опроснике Л.Г. Почебут является маркером неинтегрированной агрессии, измеряя не поведение как таковое, а аффективно-моторную предрасположенность и уровень активации агрессивной-двигательной системы.

Показатели	Среднее значение пациентов (группа 1)	Среднее значение здоровых (контрольная группа)	Степень достоверности различий
Физическая агрессия	2,53	1,40	$p < 0,01$
Самоагрессия	6,63	4,77	$p < 0,01$
Общий балл агрессии	18,87	15,80	$p < 0,05$
Когнитивно-аффективная шкала	22,73	9,00	$p < 0,001$
Шкала соматических симптомов	10,97	5,90	$p < 0,001$
Общий балл депрессии	33,70	14,90	$p < 0,001$
Позитивные отношения	53,63	60,13	$p < 0,05$
Управление средой	46,17	52,93	$p < 0,01$
Личностный рост	53,77	63,60	$p < 0,001$
Цели в жизни	46,60	60,80	$p < 0,001$
Самопринятие	39,27	55,57	$p < 0,001$
Психологическое благополучие	290,97	346,33	$p < 0,001$
Настроение	-1,03	-0,30	$p < 0,05$
Физическое самочувствие	-0,73	-0,23	$p < 0,01$
Уверенность в себе	-1,40	-0,10	$p < 0,001$
Отношения с партнёром	-0,63	-0,10	$p < 0,01$
Отношения в семье	-0,57	0,30	$p < 0,01$
Отношения с окружающими	-0,47	-0,03	$p < 0,01$
Профессиональная сфера/учёба	-0,97	0,00	$p < 0,001$
Доходы	-1,20	0,03	$p < 0,001$
Удовольствие от жизни	-1,17	-0,13	$p < 0,001$
Ожидание от будущего	-1,03	0,17	$p < 0,001$

Таблица 1. Сравнение показателей шкал у пациентов с депрессивными расстройствами и контрольной группы по U-критерию Манна-Уитни

Регрессионный анализ: взаимосвязь агрессии и депрессии

Существенное значение для понимания взаимосвязи агрессии и депрессии имели результаты регрессионного анализа, в котором оценивался вклад показателей агрессии и психологического благополучия в общий уровень депрессии, а также в её когнитивные и соматические компоненты. В табл. 2 представлены данные, отражающие вклад агрессии в депрессивную симптоматику, как наиболее значимые для задач психотерапевтической интерпретации. Анализ также проводился с использованием шкал методики К. Рифф.

Результаты регрессионного анализа обнаруживают, как различные показатели агрессии (по опроснику Почебут) влияют на выраженность депрессии (по шкале Бека). Представленные в табл. 2 данные демонстрируют, что не все

виды агрессии одинаково связаны с депрессией, и особенно интересна роль эмоциональной (часто подавляемой) агрессии. Ключевыми выводами здесь могут быть следующие:

1. Общий балл агрессии статистически значимо ассоциирован с выраженностью депрессивной симптоматики. Это касается как когнитивно-аффективных симптомов (чувство вины, безнадежность, сниженная самооценка), так и соматических симптомов (усталость, нарушения сна, изменения аппетита). Общий балл агрессии — это суммарный показатель, который включает в себя и внешние, и внутренние проявления. Его сильная связь с депрессией поддерживает гипотезу о том, что невыраженная, подавленная агрессия может рассматриваться как психологический фактор риска, связанный с утяжелением депрессивных проявлений.

Показатели агрессивности	Показатели уровня депрессии	p-значимость
<i>Общий балл депрессии</i>		
Общий балл агрессии	0,615163	0,000086
Эмоциональная агрессия	-0,295086	0,033679
p-значимость регрессионной модели	0,000000005	
<i>Когнитивно-аффективная шкала</i>		
Общий балл агрессии	0,410217	0,044901
p-значимость регрессионной модели	0,0000000014	
<i>Соматизация депрессии</i>		
Общий балл агрессии	0,520390	0,000317
p-значимость регрессионной модели	0,0000000110	

Таблица 2. Связь показателей агрессивности (тест Почебут) и уровня депрессии (шкала Бека)

Организм тратит огромные ресурсы на сдерживание агрессивных импульсов, что ведёт к истощению, вине и соматизации — прямым симптомам депрессии.

- Показатель «Эмоциональная агрессия» имеет отрицательную связь с общим баллом депрессии, являясь негативным предиктором депрессии. Этот показатель в опроснике Почебут отражает эмоциональное отчуждение при общении с другими людьми, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к ним. Полученные данные указывают, что более высокий уровень осознаваемых агрессивных эмоций (гнев, раздражение) связан с менее выраженной депрессией, и наоборот — чем тяжелее депрессия, тем слабее проявляется этот тип агрессии. Это позволяет предположить запуск механизма подавления агрессии при тяжёлой депрессии. При углублении депрессии нарастает апатия, ангедония и эмоциональное оцепенение. Агрессивные импульсы не исчезают, но перестают осознаваться как гнев. Они подавляются — вытесняются из сознания и находят выход в других, более деструктивных формах: аутоагрессии и соматизации. Таким образом, в данном случае снижение осознаваемых агрессивных чувств может отражать механизмы аффективного подавления, часто наблюдаемые при утяжелении депрессивных состояний.
- Подавленная агрессия по-разному влияет на психические и соматические симптомы депрессии. Общий уровень агрессии стати-

стически значимо связан с тяжестью депрессивной симптоматики и может вносить вклад как в когнитивно-аффективные, так и в соматические компоненты депрессии. При этом интерес представляет различный вероятный патогенетический механизм этих связей. В отношении когнитивно-аффективных симптомов (чувство вины, снижение самооценки, пессимизм) высокая агрессивность, предположительно, действует через механизм интериоризации и обращения агрессии на собственную личность. Не будучи выраженной вовне, агрессия трансформируется в устойчивые негативные когнитивные схемы и аффективные переживания, характерные для депрессивного аффекта.

Группа 2: результаты психотерапии

Не меньший интерес представляет сравнение психологических показателей в группе 2 до и после психотерапии, фокусированной на интеграции подавленной агрессии. В результате психотерапии у 83% участников (N = 15) была зафиксирована клиническая ремиссия, у оставшихся 17% (N = 3) — статистически значимое снижение тяжести симптоматики. При этом у пациентов с невротической организацией личности (N = 9) во всех случаях в рамках этой подгруппы (100% пациентов с невротической организацией личности) была зафиксирована клиническая ремиссия депрессивной симптоматики. Среди пациентов с пограничной организацией личности, составляющих вторую половину выборки (N = 9), 67% участников достигли ремиссии, а 33% показали снижение тяжести симптомов [17].

Группа пациентов с психотерапией с невротической организацией личности	Среднее значение до психотерапии	Среднее значение после психотерапии
Когнитивно-аффективная шкала депрессии	11,00	6,43
Настроение	0,00	1,29
Уверенность в себе	-0,29	1,00

Примечание: различия на уровне значимости $p < 0,05$.

Таблица 3. Сравнение показателей шкал у пациентов с невротической организацией личности, до и после психотерапии по Т-критерию Вилкоксона

Группа пациентов с психотерапией с пограничной организацией личности	Среднее значение до психотерапии	Среднее значение после психотерапии
Управление средой	43,86	50,57
Самопринятие	43,29	50,14
Когнитивно-аффективная шкала депрессии	15,71	9,43
Общий балл депрессии	24,86	15,14
Настроение	-0,71	0,86

Примечание: различия на уровне значимости $p < 0,05$.

Таблица 4. Сравнение показателей шкал у пациентов с пограничной организацией личности, до и после психотерапии по Т-критерию Вилкоксона

Данные табл. 3 и 4 демонстрируют статистически значимый положительный эффект проведённой психотерапии в обеих подгруппах: у пациентов с невротической и пограничной организацией личности*. В частности, полученные показатели позволяют сделать следующие выводы.

1. Общий положительный эффект, наблюдаемый в обеих подгруппах: терапия привела к значимому снижению как когнитивно-аффективного компонента депрессии (чувство вины, пессимизм), так и к улучшению общего эмоционального фона, что отразилось в позитивной динамике показателя настроения.
2. Дифференцированный эффект в зависимости от структуры личности: анализ выявляет качественные различия в терапевтическом ответе, что подчёркивает важность учёта уровня личностной организации. У пациентов с невротической организацией личности терапия привела к значимым позитивным изменениям в сфере самоотношения и базового аффекта: показатель уверенности в себе увеличился с отрицательного значения (-0,29) до положительного (1,00), что свидетельствует о преодолении чувства неуверенности, характерного

для депрессии, и формировании более устойчивой самооценки. Пациентам с более сохранной (невротической) структурой личности, видимо, удалось в большей мере интегрировать подавленные агрессивные чувства. Это напрямую отразилось на улучшении их самоощущения и эмоционального фона. У пациентов с пограничной организацией личности вырос показатель «Управление средой» (с 43,86 до 50,57), что указывает на то, что пациенты стали чувствовать себя более компетентными и способными влиять на свою жизнь; значительно увеличился показатель «Самопринятия» (с 43,29 до 50,14), что говорит о снижении интенсивности расщепления и формировании более интегрированного и менее осуждающего образа Я.

3. Представленные данные эмпирически подтверждают клиническую эффективность психотерапии, направленной на проработку необработанной агрессии, в лечении депрессии. При этом у невротических пациентов терапия в большей степени стабилизировала самооценку, а у пограничных пациентов она, кроме того, укрепила базовые функции Эго — способность управлять

* Основана на классификации Отто Кернберга [18].

своей жизнью и принимать себя целиком. Таким образом, терапия привела к клинически значимым улучшениям в обеих подгруппах, но паттерны этих улучшений несколько различались, в зависимости от исходного уровня личностного функционирования пациентов.

Заключение

Проведённое исследование демонстрирует связь между повышенной агрессивностью и большей выраженностью симптомов депрессии. У пациентов с депрессивными расстройствами выявлены статистически значимо более высокие уровни аутоагрессии, физической агрессии и общей агрессивности по сравнению с контрольной группой здоровых респондентов.

Результаты регрессионного анализа дополнительно показали, что общий уровень агрессии статистически значимо связан с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как её потенциальный предиктор. В то же время показатель эмоциональной агрессии продемонстрировал отрицательную связь с тяжестью депрессии, что отражает механизмы подавления аффекта при более тяжёлых формах расстройства. В совокупности полученные данные свидетельствуют о том, что депрессия сопровождается не только внутренним самообвинением, но и сложными процессами переработки и подавления агрессивного аффекта, который может трансформироваться в аутоагрессию и соматизацию.

Результаты психотерапевтического вмешательства показали, что психотерапия, направленная на интеграцию агрессии, приводит к ремиссии у пациентов с невротической организацией личности и статистически значимому снижению депрессивной симптоматики и улучшению эмоционального состояния у пациентов с пограничной структурой личности. Эти данные позволяют предположить, что аутоагрессия может рассматриваться как важное патогенетически значимое звено депрессивных расстройств. Таким образом, целенаправленная психотерапевтическая работа с агрессивными паттернами открывает путь к механизм-ориентированным психотерапевтическим вмешательствам, направленным на снижение депрессивной симптоматики и восстановление психологического благополучия. Дальнейшие исследования могут быть направлены на разработку стандартизированных протоколов оценки аутоагрессии и оценку эффективности фокусированной на аутоагрессии психотерапии на более крупных выборках пациентов с диагностированной депрессией.

Заявление об интересах

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. Печаль и меланхолия. СПб.: Азбука-классика; 2006. С. 233–252.
2. Абрахам К. Фрейдовский психоанализ и смежные направления. СПб.: Б.С.К.; 2000.
3. Кляйн М. Скорбь и её отношение к маниакально-депрессивным состояниям. СПб.: Речь; 2000.
4. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, et al. Self-directed passive-aggressive behaviour as an essential component of depression: findings from two cross-sectional observational studies. *BMC Psychiatry*. 2022;22:200. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03850-1>.
5. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, Käfer M, Mattheus HK, Michael T. Development and psychometric properties of the Test of Passive Aggression. *Front Psychol*. 2021;12:579183. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.579183>.
6. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>.
7. O'Connor RC, Noyce R. Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behav Res Ther*. 2008;46(3):392–401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007>.
8. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. *Compr Psychiatry*. 2015;62:187–203. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.014>.
9. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
10. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. С. 9–18. <https://doi.org/10.1037/11875-001>.
11. Wolff JC, Ollendick TH. The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006;9(3–4):201–20. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>.
12. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):241–66. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>.
13. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1438–46. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1438>.
14. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–81.
15. Почебут ЛГ. Методика диагностики агрессивного поведения. В: Практикум по социальной психологии. СПб.: Речь; 2001. С. 112–118.
16. Бек АТ, Стир РА, Браун ГК. Опросник депрессии Бека (BDI-II): руководство. Пер. и адапт. Тарабиной НВ. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского; 2001.
17. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. *Psychotherapy Science Today*. 1(1):13–21. <https://doi.org/10.64435/spes8434>.
18. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс; 2000.

Визуальный нарратив как инструмент психокоррекции: эмпирическое исследование влияния на психические состояния детей 5–7 лет

Велиева С.В.*

Кафедра дошкольной педагогики и психологии образования Чувашского государственного педагогического университета им. И. Я. Яковлева, Чебоксары, Россия.

Получено: 15 мая 2025 г.
Принято: 5 августа 2025 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Велиева СВ. Визуальный нарратив как инструмент психокоррекции: эмпирическое исследование влияния на психические состояния детей 5–7 лет. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):31-37. <https://doi.org/10.64435/hush6011>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель: Исследовать влияние программы визуальной нарративной арт-терапии на психические состояния детей старшего дошкольного возраста.

Методы: В исследовании приняли участие 56 детей 5–7 лет; проведён формирующий эксперимент с констатирующим, формирующим и контрольным этапами. Использовались методы теоретического анализа, психодиагностики, качественного и статистического анализа данных. Для подгруппы $n = 24$ применялся χ^2 Пирсона, для подгруппы $n = 6$ — описательный анализ. Программа психокоррекции строилась на создании визуального нарратива с использованием техник Эбру, драматерапии, коллажа, песочной терапии, работы с мандалами и метафорическими картами, направленных на оптимизацию эмоциональных и поведенческих реакций детей.

Результаты: В условиях квазиэкспериментального дизайна с повторными измерениями выявлена положительная динамика психических состояний у дошкольников (табл. 1–3). Наиболее выраженные изменения наблюдались в физиологическом компоненте, наименьшие — в поведенческом.

Выводы: Программа нарративной арт-терапии оказала положительное влияние на психические состояния детей старшего дошкольного возраста; визуальный нарратив показан как клинически значимый инструмент психокоррекции и диагностики.

Ключевые слова: нарративная арт-терапия, визуальный нарратив, эмоциональная саморегуляция, детские страхи, психологическая коррекция, старшие дошкольники.

Введение

Проблема тревожных состояний в дошкольном возрасте в последние десятилетия приобретает особую клиническую и социальную значимость. По данным современных эпидемиологических исследований, уровень тревожных расстройств у детей дошкольного возраста демонстрирует устойчивую тенденцию к росту, что связывается как с изменением условий социализации, так и с повышенной сенсорной, информационной и эмоциональной нагрузкой в раннем развитии [1, 2]. При этом тревога в детском возрасте носит не только симптоматический, но и структурообразующий характер, отражая особенности развития системы привязанности, аффективной регуляции и формирования Я-репрезентаций [3, 4].

В рамках современной клинической психологии тревога рассматривается не как изолированный симптом, а как многомерное психическое состояние, включающее когнитивные, аффективные, соматические и нарративно-символические компоненты [5]. С точки зрения поливагальной теории, хроническая тревога у детей связана с преобладанием защитных паттернов автономной нервной системы, что проявляется в гиперактивации симпатического контура или в дорсальной вагальной диссоциации [6, 7]. Это определяет необходимость терапевтических вмешательств, направленных не только на когнитивное осмысление переживаний, но и на телесно-сенсорную переработку аффекта [6, 8, 9].

* E-mail: stlena70@mail.ru.

Нарративные и проективные подходы к детской психотерапии исходят из того, что ребёнок в дошкольном возрасте преимущественно оперирует не абстрактными понятиями, а образами, персонажами и метафорическими структурами [10, 11]. Экстернализация переживаний через образ и историю позволяет ребёнку дистанцироваться от симптома, снижать его субъективную угрожающую значимость и формировать позицию наблюдателя по отношению к собственным психическим состояниям [10, 12]. В этом контексте тревога перестаёт быть диффузным внутренним напряжением и приобретает форму символического объекта, с которым возможно вступать в диалог, изменять его и интегрировать.

Арт-терапевтические методы, в частности лепка и визуальные техники, обладают дополнительным регуляторным потенциалом за счёт включения сенсомоторных и проприоцептивных каналов переработки аффекта [13, 14]. Тактильно-кинестетическая активность способствует снижению физиологического возбуждения, усиливает чувство контроля и способствует интеграции эмоционального опыта на дорефлексивном уровне. Это особенно важно при работе с дошкольниками, у которых вербализация эмоций ещё недостаточно сформирована, а доминирующими остаются телесные и образные формы репрезентации переживаний [15].

В последние годы в клинической литературе всё более подчёркивается эффективность интегративных моделей, сочетающих нарративные, арт-терапевтические, когнитивно-поведенческие и сенсорно-ориентированные техники в работе с детской тревожностью [16]. Такие подходы позволяют одновременно воздействовать на когнитивные интерпретации, аффективную интенсивность и телесные паттерны реагирования, что повышает устойчивость терапевтических эффектов [17, 18].

Визуальный нарратив в этом контексте выступает как ключевой инструмент символизации тревоги, обеспечивающий переход от неопределённого телесного аффекта к осмысленному и управляемому образу [19, 20]. Через создание, модификацию и обсуждение визуальных образов тревоги ребёнок получает возможность интегрировать эмоциональный опыт в структуру Я, что соответствует как нарративным моделям терапии, так и психофизиологическим механизмам саморегуляции.

В связи с этим особый интерес представляет разработка и эмпирическая апробация программ, основанных на визуальной нарративной арт-терапии, интегрированной с сенсорными

и когнитивными техниками, в работе с тревожными состояниями у детей дошкольного возраста. Настоящее исследование направлено на анализ клинических и психологических эффектов такой программы в условиях групповой коррекционной работы.

Методология

Гипотеза: предполагается, что а) психические состояния детей 5–7 лет характеризуются наличием негативных эмоциональных реакций (тревожность, страхи) и дисбалансом вегетативной регуляции, ассоциированных с недостаточной сформированностью механизмов эмоциональной саморегуляции; б) использование визуального нарратива как инструмента нарративной арт-терапии позволит оптимизировать данные состояния.

С целью выявления особенностей психических состояний и условий их оптимизации у детей старшего дошкольного возраста ($n = 56$; $6 \pm 1,2$ лет) был проведён арт-терапевтический формирующий эксперимент на базе дошкольных образовательных учреждений г. Чебоксары Чувашской Республики. Выборка формировалась из детей старших групп двух детских садов. Психические состояния в работе рассматриваются как многоуровневая система, включающая физиологический, аффективно-личностный, когнитивный и поведенческий компоненты.

Экспериментальная часть исследования состояла из трёх этапов. Констатирующий этап был направлен на выявление у детей особенностей структурных компонентов психических состояний. На контрольном этапе устанавливалась динамика психических состояний и результативность апробированной системы мероприятий.

Методы исследования включали теоретический анализ исследований по коррекции психических состояний у детей дошкольного возраста в научной литературе, формирующий эксперимент, количественный, качественный, статистический анализ данных (критерий χ^2 Пирсона). Для подгруппы $n = 6$ использовался описательный анализ динамики психических состояний.

Для диагностики использовались следующие методики: опросник подверженности ребёнка страхам А. И. Захарова, рисуночная методика «Человек под дождём» Е. С. Романовой, Т. И. Сытько, проективные методики «Паровозик» С. В. Велиевой с подсчётом интегрального коэффициента К. Шипоша, «Тест тревожности» Р. Темпл, В. Амен, М. Дорки.

Для оценки психических состояний анализировались их структурные компоненты: физиологический, аффективно-личностный, когнитивный, поведенческий. Дополнительно фиксировались социально-коммуникативные ситуации, провоцирующие негативные состояния: общение со сверстниками и взрослыми, бытовые, игровые и коммуникативные ситуации в разных условиях. Диагностическая процедура проводилась в первую половину дня, индивидуально с каждым ребёнком, с предварительным письменным согласованием с родителями.

Программа коррекции

Формирующий этап включал разработку и апробацию системы арт-терапевтических мероприятий для оптимизации психических состояний детей старшего дошкольного возраста. Программа состояла из 17 занятий, проводимых по два раза в неделю по 30–35 минут в группах из 14 детей в кабинете психолога. Пространство кабинета организовывалось как терапевтическая среда: использовались элементы иммерсивного оформления (мобили, световые и проекционные эффекты, тематические декорации), создавалась атмосфера безопасности и вовлечения.

Каждое занятие включало три части:

1. Начало — снижение вегетативной напряжённости, настрой на работу, нейропсихологическая и сенсорная стимуляция.
2. Основная часть — индивидуальная и коллективная работа с визуальным нарративом и арт-терапевтическим образом.
3. Завершение — обратная связь, обсуждение результатов, обмен эмоциями с использованием стикеров.

Для усиления терапевтического эффекта использовались:

- целевая аудиостимуляция — музыкальные композиции для релаксации, активации внимания и эмоциональной саморегуляции;
- структурированная фасилитация — чёткие инструкции, мотивационная поддержка, гибкая коррекция работы;
- персонализация заданий — подбор формы, темы и материалов в соответствии с возрастными особенностями, интересами и спецификой психических состояний ребёнка;
- эмоциональное взаимодействие — стимулирование обмена эмоциями, обсуждения и оценки созданных образов.

На подготовительном и заключительном этапах дети выполняли индивидуальные и коллективные творческие задания: изготовление

и раскрашивание мандал, простых декораций для дальнейшей работы с визуальным нарративом, подготовка совместных проектов. На основном этапе (9 занятий) использовались техники Эбру, драматерапии, коллажирования, песочной терапии, работа с фотографиями, метафорическими картами, текстилем и глиной. Постепенно усложнялись инструкции: от работы по образцу ведущего до самостоятельного и коллективного создания визуального нарратива. Например, дети создают визуальный образ тревоги, затем трансформируют его в более позитивный или безопасный образ. При этом психолог не интерпретирует переживания ребёнка, а поддерживает самостоятельную рефлексия и вербализацию. Формируется новый визуальный и вербальный образ себя в различных ситуациях, что способствует развитию эмоциональной регуляции и переработке опыта.

Результаты

В условиях квазиэкспериментального дизайна с повторными измерениями (pre-post) была выявлена статистически значимая положительная динамика психических состояний дошкольников по всем исследуемым параметрам.

Общая динамика психических состояний

На основе данных методик «Паровозик» и «Человек под дождём» ($n = 56$) на контрольном этапе исследования по сравнению с констатирующим этапом были выявлены следующие изменения в динамике психических состояний (табл. 1):

- количество детей с позитивными состояниями возросло с 26 (46,4%) до 35 (62,5%), что свидетельствует о значительном улучшении эмоционального фона и оптимизации адаптивных ресурсов детей после реализации системы работы;
- количество детей с негативными состояниями низкой степени снизилось с 24 (42,8%) до 20 (35,7%), что указывает на частичную оптимизацию эмоциональной сферы;
- количество детей с негативными состояниями средней степени снизилось с 6 (10,8%) до 1 (1,8%), что указывает на выраженную положительную динамику в уменьшении выраженности негативных реакций.

Негативные состояния высокой степени не установлены ни на одном из этапов (0%), что отражает отсутствие глубоких эмоциональных нарушений в выборке.

Примеры вопросов для работы с тревожными чувствами у детей:

- Если бы твоя тревога была персонажем, что бы она сказала?
- Что ты чувствуешь, когда встречаешься с тревогой?
- Как можно позаботиться о себе, чтобы тревога стала спокойной?

Психофизиологические показатели

Коэффициент вегетативного тонуса

На констатирующем этапе коэффициент вегетативного тонуса был (табл. 2):

- высоким у 33 детей (58,9%);
- средним у 3 детей (5,4%);
- низким у 20 детей (35,7%).

На контрольном этапе распределение изменилось:

- высокий уровень — 21 ребёнок (37,5%);
- средний уровень — 34 ребёнка (60,7%);
- низкий уровень — 1 ребёнок (1,8%).

Выраженное сокращение доли низкого уровня (с 35,7% до 1,8%) и рост среднего уровня (с 5,4% до 60,7%) свидетельствуют о нормализации вегетативного тонуса у большинства детей.

Коэффициент напряжённости

Коэффициент напряжённости на констатирующем этапе (табл. 2):

- высокий — 43 ребёнка (76,8%);
- средний — 2 ребёнка (3,6%);
- низкий — 11 детей (19,6%).

На контрольном этапе:

- высокий — 18 детей (32,1%);
- средний — 37 детей (66,1%);
- низкий — 1 ребёнок (1,8%).

Выраженное сокращение высокого уровня напряжённости (с 76,8% до 32,1%) и рост среднего уровня (с 3,6% до 66,1%) свидетельствуют о снижении стрессовой нагрузки и улучшении адаптационных механизмов.

Динамика страхов и тревожности

Анализ данных по всей выборке (n = 56) показал положительную динамику по опроснику А.И. Захарова: доля детей с высоким уровнем страхов снизилась с 40,0% до 16,7%, а с низким уровнем — возросла с 16,7% до 43,3%.

Для более детального понимания эффективности программы изменения были проанализированы отдельно в двух подгруппах, выделенных на констатирующем этапе.

- в подгруппе с негативными состояниями низкой степени (n = 24) наблюдалось существенное снижение высокой тревожности (по тесту Р. Темпл, В. Амен, М. Дорки) — с 66,7% до 16,7% детей, при одновременном росте доли детей со средним уровнем тревожности с 8,3% до 75,0%;
- в подгруппе с состояниями средней степени (n = 6) также зафиксирована выраженная положительная динамика по всем параметрам.

	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Позитивные (оптимизм, радость, активность, жизнерадостность, бодрость, свежесть, спокойствие, внимание, сосредоточенность)	26	46,4	35	62,5
Негативные низкой степени (тревога, утомление, торможение)	24	42,8	20	35,7
Негативные средней степени (возбуждение, напряжённость, страх)	6	10,8	1	1,8
Негативные высокой степени	0	0	0	0

Таблица 1. Распределение дошкольников по уровням выраженности компонентов психических состояний (методики «Паровозик», «Человек под дождём»)

Психические состояния	Констатирующий этап						Контрольный этап					
	Низкий		Средний		Высокий		Низкий		Средний		Высокий	
	Абс.*	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Коэффициент вегетативного тонуса	20	35,7	3	5,4	33	58,9	1	1,8	34	60,7	21	37,5
Коэффициент напряжённости	11	19,6	2	3,6	43	76,8	1	1,8	37	66,1	18	32,1

* Абс. — абсолютное количество.

Таблица 2. Распределение дошкольников по уровню коэффициента вегетативного тонуса и степени напряжения

Статистическая проверка достоверности этих изменений подтвердила их высокую значимость ($p \leq 0,01$) как для уровня страхов, так и для уровня тревожности в обеих подгруппах (табл. 3). Наиболее кардинальные сдвиги произошли в показателях тревожности.

Статистическая значимость изменений

Результаты сравнительного анализа показателей психических состояний до и после коррекционных мероприятий представлены в таблице 3.

1. Интегративный показатель психических состояний.

- У детей с преобладанием негативных состояний низкой степени ($n = 24$) выявлена высоко достоверная динамика в структуре психических состояний ($\chi^2 = 423,88$; $p \leq 0,01$), что свидетельствует о значительном улучшении интегративных параметров (эмоциональный фон, адаптация, когнитивная активность).
- У детей со средней степенью негативных состояний ($n = 6$) наблюдается положительная динамика по всем компонентам психических состояний; статистическая проверка χ^2 невозможна из-за малой выборки, результаты представлены описательно.

2. Степень актуализации психических состояний (позитивных/негативных).

- Для подгруппы $n = 24$ отмечено смещение баланса в сторону позитивных состояний ($\chi^2 = 9,45$; $p \leq 0,01$).
- Для подгруппы $n = 6$ динамика описательная: наблюдается уменьшение доминирования негативных реакций и активизация ресурсов эмоциональной регуляции.

3. Психофизиологические параметры.

- В подгруппе $n = 24$ выявлено статистически значимое улучшение коэффициента вегетативного тонуса ($\chi^2 = 81,66$; $p \leq 0,01$) и снижение коэффициента напряжённости ($\chi^2 = 89,20$; $p \leq 0,01$).
- В подгруппе $n = 6$ изменения описательные: снижение высокого уровня тонуса и напряжение среднего уровня.

4. Эмоционально-аффективная сфера.

- У детей с низкой степенью негативных состояний статистически значимо снижены выраженность страхов ($\chi^2 = 21,6$; $p \leq 0,01$) и тревожности ($\chi^2 = 91,8$; $p \leq 0,01$).
- В подгруппе со средней степенью негативных состояний динамика оценивается описательно: уменьшение выраженности страхов и тревожности, улучшение эмоциональной саморегуляции.

Вывод: статистически подтверждается эффективность программы у детей с низкой степенью негативных состояний. У детей с более выраженными нарушениями (средняя степень) наблюдается положительная динамика, подтверждаемая описательным анализом.

Обсуждение

Анализ полученных диагностических данных позволил выделить три группы дошкольников с разной степенью актуализации психических состояний (табл. 1–3). Негативные психические состояния высокой степени выраженности выявлены не были.

Для большинства детей (46,4%) были характерны позитивные психические состояния

Параметры оценки	Дошкольники с преобладанием негативных психических состояний	
	Низкой степени ($n = 24$), $p \leq 0,01$	Средней степени ($n = 6$)
	χ^2 Пирсона	Динамика (описательно)
Интегративный показатель психических состояний	423,9	Положительная динамика по всем компонентам психических состояний
Степень актуализации психических состояний (позитивных/негативных)	9,5	Смещение в сторону позитивных состояний
Коэффициент вегетативного тонуса	81,7	Снижение высокого и рост среднего уровня
Коэффициент напряжённости	89,2	Снижение высокого и рост среднего уровня
Страх	21,6	Снижение выраженности страхов
Тревожность	91,8	Снижение тревожности, улучшение эмоциональной регуляции

Таблица 3. Сравнение показателей психических состояний до и после проведения системы мероприятий

и средняя степень коэффициента напряжённости и вегетативного тонуса, естественные адекватные реакции в разных жизненных ситуациях. Дошкольники этой группы обладают равновесными состояниями в соответствии с возрастными особенностями, обеспечивающими оптимальную коммуникацию, сосредоточенность, дружелюбие, приспособленность в исследуемых социально-коммуникативных ситуациях. Цветовой выбор включает жёлтые, зелёные и синие оттенки, использована равномерная штриховка, средний нажим карандаша. Рисунки размещаются в середине листа и довольно чёткие, умеренно крупные, включающие необходимые детали. Пост-опрос не вызывает трудностей, вербализация свободная, дети легко вступают в диалог.

У 42,8% старших дошкольников обнаружены негативные психические состояния *низкой степени* выраженности. В этой группе зарегистрированы страхи социальные, пространственные и страхи природных явлений, физический дискомфорт, напряжённость вегетативного тонуса, тревожность. У детей этой группы положительные и отрицательные неравновесные состояния периодически затрудняют коммуникацию, адаптацию и процесс игровой деятельности в разных жизненных ситуациях. Цветовой выбор содержит преимущественно красные, коричневые и синие оттенки. Штриховка и нажим карандаша усилены. Рисунки размещаются в середине или сверху листа. На вопросы пост-опроса дети этой группы отвечают односложно, часто отвлекаются, мотивируют выбор своего ответа ссылкой на значимых взрослых.

Негативные психические состояния *средней степени* выраженности выявлены у 10,8% детей. Это наиболее уязвимая группа, палитра их психических состояний представлена преимущественно высоким и низким уровнем негативных неравновесных состояний, напряжённостью вегетативного тонуса, страхами, тревожностью. Наибольшее напряжение у этих детей вызывают ситуации общения со сверстниками и окружающими взрослыми. У детей этой группы отмечаются невротические проявления: сниженное настроение, повышенная агрессивность и утомляемость, повышенная или пониженная скорость и интенсивность эмоциональных и двигательных реакций, нарушение самооценки и произвольной регуляции, вегетативные и психосоматические расстройства, отмечаются навязчивые движения, нарушения сна и речи.

Интерпретация, изменение экспозиции, дополнительные детали рисунка указывают на преобладание реакций ухода, избегание, активацию защитных психологических механизмов,

зависимость от родительской фигуры, потребность в безопасности и поддержке окружающих. Цветовой выбор включает преимущественно чёрные, серые, красные, коричневые и фиолетовые карточки. Штриховка и нажим карандаша сильные настолько, что оставляют отпечаток на другом листе; много стираний и дополнительных линий. Маленькие или, напротив, выходящие за край, рисунки размещаются внизу иливерху листа. При проведении пост-опроса дети этой группы либо не отвечают, либо говорят односложно, затрудняются определить и назвать переживания, эмоции и чувства.

Заключение

Программа нарративной арт-терапии показала положительное влияние на психические состояния детей старшего дошкольного возраста в условиях квазиэкспериментального дизайна с повторными измерениями.

- Для детей с низкой степенью негативных состояний динамика статистически значима (χ^2 ; $p \leq 0,01$).
- Для детей со средней степенью негативных состояний наблюдается положительная динамика, отражённая описательным анализом.

Визуальный нарратив показал высокую эффективность как инструмент психокоррекции и диагностики. Перспективами дальнейших исследований могут быть углублённая разработка блока коррекции поведенческих проявлений, исследование программы для детей с более выраженными негативными состояниями и адаптация для инклюзивных групп, создание стандартизированного протокола диагностики на основе анализа визуальных нарративов как дополнение к традиционным психодиагностическим методикам.

Список литературы

1. Muris P, Field AP. Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. Clin Child Fam Psychol Rev. 2008;11(3):199–210. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0034-8>.
2. Martinez JM, Marangell LB, Hollrah L. Vagus nerve stimulation: current use and potential applications in child and adolescent psychiatry. 2005;14(1):177–191. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.07.003>.
3. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. New York: Basic Books; 1969.
4. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood. New York: Guilford Press; 2007.
5. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. Rev Gen Psychol. 1998;2(3):271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
6. Porges SW. Polyvagal Theory: a Science of Safety. Front Integr Neurosci. 2022;16:871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>.
7. Haeyen S. A theoretical exploration of polyvagal theory in creative arts and psychomotor therapies for emotion regulation

- in stress and trauma. *Front Psychol.* 2024;15:1382007. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382007>.
8. Schore AN. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W.W. Norton & Company; 2003.
 9. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score*. New York: Viking; 2014.
 10. White M. *Maps of Narrative Practice*. New York: W.W. Norton & Company; 2007.
 11. Пиаже Ж. Представления ребёнка о мире. Москва: Издательство «Педагогика»; 2005.
 12. Payne M. *Narrative Therapy*. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2006.
 13. Kramer E. *Art as Therapy with Children*. New York: Schocken Books; 1971.
 14. Malchiodi CA. *The Art Therapy Sourcebook*. New York: McGraw-Hill; 2006.
 15. Выготский ЛС. Игра и её роль в психическом развитии ребёнка. *Вопросы психологии*. 1966;(6):62–76.
 16. Kendall PC. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
 17. Slayton SC, D'Archer J, Kaplan F. Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Art Ther.* 2010;27(3):108–118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>.
 18. Haeyen S. Effects of art therapy on emotion regulation. *Front Psychol.* 2018;9:194.
 19. Angus L, McLeod J, editors. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2004.
 20. Neimeyer RA, editor. *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.

Приложение

Сокращённый протокол занятия «Путешествие на Планету Тревоги»

Целевая группа: дети 5,6–6,5 лет

Цель: развитие адаптивных копинг-стратегий для регуляции тревожных состояний через нарративную арт-терапию, сенсорную стимуляцию и когнитивно-поведенческие техники.

Структура занятия

1. Вводный этап: мотивация, настрой, ритуал приветствия, актуализация знаний об эмоциях.
2. Основной этап:
 - билатеральная двигательная активность для снижения напряжения;
 - сенсорное погружение (музыка, визуальные эффекты);
 - арт-терапевтическое задание: лепка образа тревоги и его трансформация.
3. Заключительный этап: закрепление результатов, визуальная рефлексия (техника Эбру), обсуждение нового образа тревоги и его функций.

Пример работы с тревогой (сокращённый)

- Ведущий задаёт вопросы для самовыражения: «Если бы твоя тревога была персонажем, что бы она сказала?»
- Дети лепят образ тревоги из пластилина, обсуждают его свойства и трансформируют в безопасный или позитивный объект.
- Обсуждаются новые чувства, физиологические и эмоциональные реакции.

Методологическая база

- Нарративная терапия — экстернализация и переименование эмоций.
- Арт-терапия — визуализация и контроль эмоций через творчество.
- Теория поливагальной регуляции — снижение тревожности через сенсомоторные техники.
- Когнитивно-поведенческие подходы — рефрейминг и идентификация триггеров.

Ключевые результаты

- Дети успешно персонифицируют и трансформируют тревогу.
- Осваивают навыки саморегуляции и позитивного взаимодействия в группе.
- Происходит снижение физиологической и эмоциональной напряжённости.

Присоединение в психотерапии доэдипальных пациентов: модель клинического выбора форм интервенции

Зедгенизова И.А., Чалый А.С.*, Сергеева Ж.В., Суденкова Е.К.

Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.

Получено: 4 декабря 2025 г.
Принято: 16 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Зедгенизова ИА, Чалый АС, Сергеева ЖВ, Суденкова ЕК. Присоединение в психотерапии доэдипальных пациентов: модель клинического выбора форм интервенции. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):38-46. <https://doi.org/10.64435/vtfl8883>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Техника присоединения широко используется в психоаналитической практике при работе с пациентами доэдипального** уровня организации личности. Вместе с тем в клинической работе терапевт регулярно сталкивается с необходимостью выбора между различными формами присоединения, прежде всего эго-синтонной и эго-дистонной, в зависимости от текущей психодинамической ситуации. В статье предлагается процессуальная модель клинического выбора форм присоединения, описывающая навигацию между эго-синтонным и эго-дистонным присоединением на основе анализа аффективной презентации пациента, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса. Опираясь на теоретические основания современного психоанализа в традиции Х. Спотница и клинический опыт авторов, анализируются механизмы действия техники, включая эго-синтонное и эго-дистонное присоединение, а также их роль в снижении сопротивления, содействии формированию нарциссического переноса и безопасной переработке интенсивных аффектов. Особое внимание уделяется различиям между формами присоединения и логике их клинического выбора в зависимости от аффективной презентации пациента, характера сопротивления, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса. На материале клинических виньеток и примеров из индивидуальной и групповой психотерапии демонстрируются условия эффективного применения техники.

Ключевые слова: присоединение, эго-синтонное и эго-дистонное присоединение, клиническое принятие решений, современный психоанализ, доэдипальные пациенты.

Введение

Техника присоединения представляет собой психодинамическую интервенцию, при которой терапевт настраивается на актуальный доминирующий аффект пациента, вербализуя и контейнируя эго-синтонные переживания или осторожно взаимодействуя с эго-дистонными импульсами, с целью снижения защитного сопротивления и обеспечения возможности безопасной переработки аффекта. Суть техники заключается в том, что аналитик присоединяется к сопротивлению пациента, к его субъективному восприятию реальности, аффективному состоянию, убеждению или защитной позиции, вместо того чтобы немедленно подвергать их интерпретации или конфронтации. Такое присоединение

передаёт пациенту сообщение: «Я разделяю, понимаю и принимаю твою позицию», что может способствовать установлению нарциссического переноса и ослаблению примитивных защитных механизмов. Данный приём особенно эффективен при работе с нарциссическими и пограничными структурами личности и является одним из базовых психотерапевтических инструментов для установления доверительного контакта с пациентом и снижения сопротивления к работе.

Историю применения присоединения в психотерапевтической практике подробно рассматривали Й. Фельдман [1] и Х. С. Стрин [2]. Эта техника также известна под термином «присоединение к сопротивлению» [3] и обсуждалась в контексте

* Автор для корреспонденции, e-mail: alexey.chaly@aipp.education.

** Доэдипальный уровень организации личности — это уровень психического функционирования, при котором у человека недостаточно сформированы устойчивые внутренние опоры для саморегуляции, удержания аффекта и поддержания целостного образа себя и других. Такое состояние связано с ранним нарушением или прерыванием процессов психологического развития и может проявляться в виде выраженной зависимости от отношений, трудностей в различении собственных и чужих переживаний, а также склонности к резким аффективным реакциям.

различных психотерапевтических традиций, включая гипноз М. Эриксона [4] и современный психоанализ. Спотниц характеризовал присоединение как «обобщённый набор клинических вмешательств, направленных на работу с довербальными формами сопротивления и функционирования», включающих, как правило, подавленные агрессивные импульсы [5].

Несмотря на клиническую значимость техники присоединения, в существующих работах остаётся недостаточно прояснённым вопрос дифференцированного выбора между её эго-синтонной и эго-дистонной формами. Использование данной техники по-прежнему в значительной степени опирается на интуитивное клиническое суждение и передаётся через практику и супервизию.

Целью настоящей статьи является экспликация логики клинического выбора между формами присоединения и предложение процессуальной модели клинической навигации, позволяющей перевести интуитивное применение техники в пространство рефлексивного профессионального решения. Модель основана на анализе аффективной презентации пациента, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса и представлена в виде визуальной схемы, дополняемой клиническими ориентирами.

Настоящая статья носит теоретико-клинический характер и основана на анализе литературы в традиции современного психоанализа, прежде всего школы Спотница, а также на синтезе многолетнего клинического опыта авторов в работе с пациентами доэдипального уровня организации личности. В статье используется концептуальный подход, направленный на экспликацию клинической логики принятия терапевтических решений, и предлагается модель клинической навигации между формами присоединения, проиллюстрированная типичными клиническими виньетками. Представленная модель не является алгоритмом или протоколом, а служит инструментом рефлексивного клинического мышления.

Теоретические предпосылки эффективности техники присоединения

Техника присоединения направлена на взаимодействие с паттернами довербального функционирования в период, когда психика младенца функционировала в тесном эмоциональном единстве с материнской фигурой. В современном психоанализе таких пациентов относят к доэдипальному уровню организации личности, для которой характерна фиксация на ранних, довербальных способах переживания и взаимодействия.

Именно по этой причине важно быть искренним, избегать монотонности, прибегать к особым тёплым, поддерживающим интонациям. При корректном использовании присоединения психика терапевта временно функционирует как внешняя регулирующая система аффекта, аналогичная материнской психике в симбиотической фазе [6].

Привязанность, закладывающаяся в раннем детстве, влияет на поведение ребёнка в будущем. Внимательные, чувствительные, заботливые родители формируют у ребёнка чувство базисного доверия к миру [7]. Если мать или замещающий материнский объект в критический период развития младенца (до трёх лет) эмоционально недоступна, то невозможность контейнирующей переработки сырых аффектов младенца приводит к их внутриспсихическому накоплению, что может становиться источником симптомов. Такой фрустрированный младенец подавляет свою ярость и направляет её на себя, чтобы не разрушить материнский объект.

Неспособность интегрировать «хорошие» и «плохие» аспекты реальности Я и других связана с мощной ранней агрессией, активизированной у таких пациентов. Согласно теории М. Кляйн, примитивная защита расщепление отделяет «хорошие» и «плохие» объекты, чтобы защитить хрупкое Эго от разрушительной силы собственной агрессии [8]. Чем меньше удовлетворяются инстинктивные влечения младенца, тем больше подавленной агрессии будет по отношению к значимым объектам, и тем выше степень негативного влияния на формирующееся Эго. Значительная часть психической энергии вместо направления на созревание Эго расходуется на удержание примитивных защит от аффекта. Используя специальные техники современного психоанализа, можно наладить эмоциональную связь, напоминающую привязанность младенца к матери в симбиотической фазе. Подобные переносы возрождают в терапевтической ситуации эмоциональные отношения первых лет жизни и тем самым содействуют восстановлению способности к созреванию [9].

Доэдипальные пациенты, подобно младенцам с неудовлетворёнными базовыми потребностями, в начале терапии могут демонстрировать привычный паттерн поведения, способствующий психологическому и физическому выживанию — проявляя молчание, идеализируя терапевта. Общим знаменателем при работе с пациентами, демонстрирующими примитивное психическое функционирование, является трудность контроля сильных

контрпереносных чувств и импульсов — терапевт может испытывать такие реакции, как раздражение, гнев, скука, тревога или чувство беспомощности [10].

Нарциссическая ярость пациента может рассматриваться как феномен, функционально сходный с яростью младенца, о которой мы говорили выше, а возможность терапевта справиться с ней способствует прогрессу пациента, формированию стабильного образа Я и повышению уровня функционирования психики. Задача психотерапии состоит в том, чтобы разместить подавленный и вытесненный аффект гнева и ярости в терапевтическом пространстве, снять напряжение аффекта с Эго пациента [11]. Для её выполнения важно умение присоединяться, формировать стабильные отношения, и уже на базе достаточного уровня аффективной устойчивости начать работать эго-дистонно, для актуализации вытесненных агрессивных импульсов.

Особенности применения присоединения

Присоединение хорошо подходит для первых встреч с пациентом, может быть использовано в моменты сильного аффекта, например, для работы с ярко выраженной агрессией, чтобы снизить её нарастание и перейти к исследованию. Эта техника важна для работы с пограничными пациентами, которым особенно важно чувствовать, что терапевт на их стороне. При работе с истерическими и нарциссическими пациентами важно избегать как захвата интенсивным контрпереносом, так и вовлечения в отыгрыши* пациента.

С нарциссическим пациентом можно эмпатично встречать его грандиозность, но при этом следить за степенью выражения восхищения — если оно будет чересчур сильным, некоторые пациенты могут считать это манипуляцией. Истерические пациенты могут вовлекать терапевта в свои переживания. В ответ, например, на фразу всплывающей руками пациентки: «Представляете, он не ответил на моё сообщение! Ну не придурок? Скажите, скажите, что он придурок!» можно не гасить драматизм, а присоединиться к интонации, попробовать назвать чувство: «Конечно, это бесит, когда сообщения остаются без ответа!» — чтобы принимать чувства пациентки, но не «заражаться» ими. Выполнять же просьбу пациентки необязательно — в этом случае можно запустить новый драматический виток и так и не дойти до исследования.

Иллюстративная виньетка

Пациент С. (26 лет), приходит на сессии в сильном аффекте, обесценивает терапию, хочет «немедленных решений». Важно удержать контакт и не усилить его фрустрацию.

Пациент: *Ну и зачем это всё? Я каждый раз прихожу, рассказываю, и ничего не меняется! Зачем ходить, если жизнь всё равно катится к чёрту?*

Терапевт: *Это очень утомляет, когда ждёшь чего-то. У вас завидная выдержка, другой бы давно всё бросил.*

Пациент: *Да! Вот именно!*

Терапевт: *Вы говорите так, что я прям чувствую эту точку кипения. Давайте попробуем вместе решить, что делать дальше.*

В данном случае терапевт отражает интенсивность аффективной заряженности пациента, не снижая температуру его переживания, но и не эскалируя её. При этом важны быстрая реакция и явное подтверждение эмоциональных переживаний пациента — клиническая позиция, при которой терапевт активно и последовательно подтверждает субъективную реальность переживаний пациента, не ставя их под сомнение и не предлагая немедленной переработки, интерпретации или фрустрации. Аффект пациента стал постепенно снижаться, контакт восстановился. Пациент позже сказал: «Я впервые почувствовал, что меня не пытаются успокоить или исправить, меня это обычно ещё больше бесит».

Техника присоединения не сводится к проявлению эмпатии, а предполагает способность терапевта распознавать и активно взаимодействовать с доминирующим переживанием пациента. Этот инструмент является фундаментом терапевтической связи, позволяя снижать сопротивление, выстраивать мост между различными уровнями переживаний и мягко подводить пациента к внутренним преобразованиям.

Эго-дистонное и эго-синтонное присоединение

Согласно теории школы психоанализа Спотница, техника присоединения способна вызывать прорыв агрессивных импульсов, что очень важно при проработке нарциссических защит с целью формирования нарциссического переноса. Терапевт может, в зависимости от пациента, присоединяться как *эго-синтонно* (принимая точку зрения и ценности пациента, присоединяясь к чувствам, поддерживая Эго), так и *эго-дистонно* — когда терапевт тоже соглашается, но парадоксальным

Техника присоединения подобна серфингу, где психотерапевт «ловит» доминирующий аффект пациента словно волну и, балансируя на ней, выходит за пределы сопротивления.

* В психоаналитической литературе отыгрыши (*acting out*) — это поведение, через которое пациент бессознательно выражает внутренние конфликты, чувства или импульсы, вместо того чтобы вербализовать их в терапии.

образом (например, гиперболизируя интроецированную фигуру нападающего Супер-Эго или грандиозного Эго). При этом происходит усиление защит, что может привести к прорыву сдерживаемых агрессивных импульсов и разрешению сопротивления.

Бессознательный сигнал от терапевта «я такой же, как ты!» способствует формированию нарциссического переноса, без которого невозможна эффективная работа с доэдипальной проблематикой. Эта интервенция создаёт условия для переживания поддерживающего контакта [12].

Примеры эго-синтонного присоединения

- Пациент: *Я уверен, что у вас таких, как я, уже было минимум сотня. И я для вас — простой орешек. Интересно, за сколько сессий сможете меня расколоть?*
Терапевт: *У вас уникальный вкус на терапевтов и потрясающая интуиция. Я специалист по сложным случаям и крепким орешкам. Начнём прикидывать количество сессий или пусть это будет приятным сюрпризом?*
- П: *Я вообще половину из того, что вы спрашиваете, либо не помню, либо не понимаю.*
Т: *Вы знаете, мне порой тоже кажется, что я сам себя не понимаю. Наша работа точно будет продуктивной, ведь мы с вами так похожи.*
- П: *У меня совсем опустились руки, и я вообще ничего не хочу делать.*
Т: *Я тоже совершенно без сил сегодня. Давайте ничего не будем делать и просто посидим тут до конца сессии.*

А, например, когда пациент говорит: «Я веду себя как debil, всё в моей жизни — ужасно, я всё время делаю что-то не то, я полный debil» — терапевт присоединяется уже эго-дистонно: «Да, похоже на то. Но вы не волнуйтесь, я как раз являюсь специалистом по дебильности». Присоединение к нападающему Супер-Эго создаёт для какой-то части психики пациента ощущение, что его понимают (признают, что он может казаться себе «дебиллом»), а с другой стороны, вызывает гнев и ярость («я не ожидал это услышать от вас, своего терапевта, вы жестоки и незмпатичны»). Так терапевт попадает в перенос на место плохого объекта, который был жестоким и нападающим. Эго-синтонное присоединение в этом клиническом контексте может оказаться не таким эффективным.

Пациенту, убеждённому в том, что он «самый отвратительный человек на свете», терапевт может усилить это утверждение, сказав, что он — «худший из всех, кто когда-либо существовал». Как правило, пациент признаёт: да, он действительно

настолько плох, как себе представляет, — но при этом ему неприятно слышать подобные слова от специалиста. Таким образом, убедительное эго-подражание такого рода (в эго-дистонном присоединении) имеет эффект конечного смещения цели атаки с Эго на терапевта [5].

Эго-синтонное присоединение особенно клинически оправдано при работе с пациентами доэдипального уровня организации личности, а также в ситуациях выраженной тревоги, аффективной дезорганизации и угрозы разрыва терапевтического контакта, что подчёркивается в ряде работ, посвящённых ранним формам психоаналитической терапии [13].

Примеры эго-дистонного присоединения

- Пациент: *Я совсем отчаялся.*
Терапевт: *Да, похоже, вам не на что надеяться.*
- П: *Вся ваша терапия — полный фарс! Никакой пользы, сдираете деньги с честных людей!*
Т: *Я знал, что вы — прозорлив, но, чтобы настолько... Я действительно люблю деньги.*
- П: *Я ни на что не гожусь, но хотя бы на мне вы сможете написать диссертацию!*
Т: *Возможно, вы и правы. По крайней мере, один из нас получит хоть какую-то пользу.*

Оба этих формата присоединения могут быть эффективны при выраженном сопротивлении прогрессу терапии у доэдипальных пациентов и способствуют укреплению альянса, подкрепляют нарциссические защиты, тем самым, парадоксальным образом способствуя их постепенной трансформации с течением времени.

Терапевтическое изменение становится возможным, когда терапевт, последовательно используя оба вида присоединения, функционирует как зеркало и контейнер для непереносимых аффектов пациента. Присоединяясь к амбивалентным посылам и чувствам пациента — психотерапевт знакомит его со своей личностью на безопасном для пациента расстоянии, до тех пор, пока не будет развито Эго.

Разумеется, что работа психотерапевта не может ограничиваться только данной техникой, и представляет собой смесь рабочих интервенций, среди которых присоединение — базис и основа для формирования стабильных отношений и безопасности как для пациента, так и для терапевта и рабочего пространства.

На рис. 1 представлена процессуальная эвристическая модель клинического принятия решения при использовании техники присоединения в психотерапии. Модель иллюстрирует, как терапевт, оценивая аффективную и защитную презентацию пациента, выбирает между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения

в зависимости от субъективного отношения пациента к предъявляемому содержанию. Подчеркивается цикличность клинической оценки, значимость аффективной динамики и сопротивления, а также необходимость постоянного мониторинга контрпереноса, фазы терапии и возможностей контейнирования. Представленная схема носит концептуальный характер и предназначена для поддержки клинического мышления, а не для алгоритмизации терапевтического процесса.

Следует подчеркнуть, что эго-синтонное и эго-дистонное присоединение не представляют собой взаимоисключающие или механически чередуемые техники. Выбор формы присоединения

осуществляется терапевтом в процессе клинической работы и опирается на совокупность факторов, включая характер аффективной презентации пациента, особенности сопротивления, контрпереносные реакции терапевта и фазу психотерапевтического процесса. Таким образом, присоединение предполагает не фиксированный технический приём, а динамическую клиническую навигацию между различными формами интервенции в зависимости от текущей психодинамической ситуации. Модель, представленная на [рис. 1](#), отражает процесс навигации между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения в ходе реальной психотерапевтической работы.

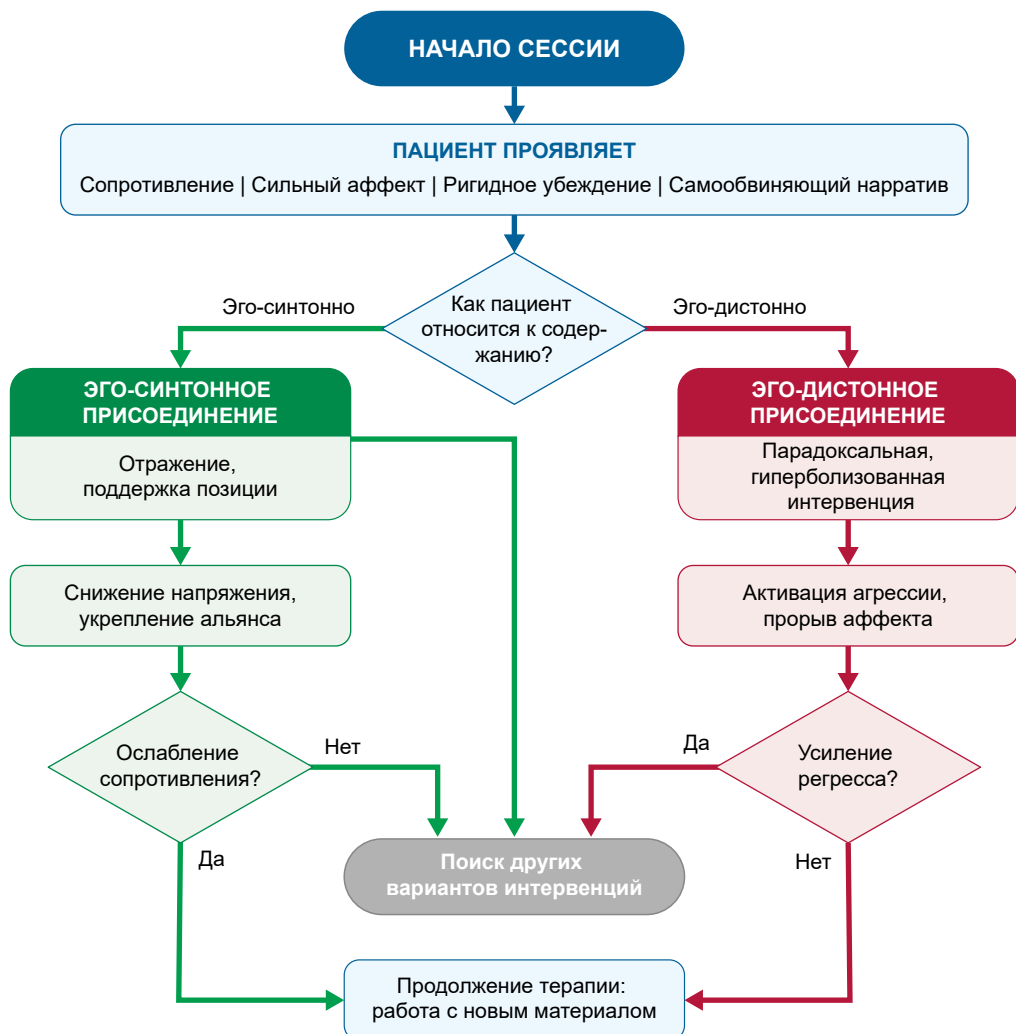


Рисунок 1. Процесс-ориентированная модель принятия клинических решений для эго-синтонного и эго-дистонного присоединения

В рамках предлагаемой модели различие между эго-синтонным и эго-дистонным присоединением может быть уточнено с точки зрения выполняемой клинической функции. В одних случаях присоединение направлено преимущественно на контейнирование аффекта и снижение внутреннего напряжения, поддерживая целостность Эго пациента. В других случаях присоединение используется как средство провокации ранее блокированного аффекта, прежде всего агрессивного, с целью его последующей проработки в переносе. Такое функциональное различие не вводит новой типологии, а проясняет механизм действия различных форм присоединения в клиническом процессе.

Использование присоединения с молчаливыми пациентами

Работа с молчаливыми пациентами представляет собой частный, но клинически показательный случай, в котором особенно отчётливо проявляется необходимость дифференцированного выбора формы присоединения. Молчание может выполнять различные психодинамические функции и требует различной клинической тактики в зависимости от аффективного состояния пациента, характера сопротивления и фазы терапии.

Молчание как феномен в классической психоаналитической практике долгое время осмысливалось теоретически, но управление им в прошлом было ограничено интерпретативными техниками, которые редко приводили к его разрешению. Молчание служит множеству целей. В негативном смысле молчание может означать злость, страх, отчаяние, депрессию, презрение и агрессию [14]. Техника присоединения может быть эффективна с такими молчаливыми пациентами.

В индивидуальном формате работы встречаются молчаливые пациенты, чьё молчание носит провоцирующий или контролирующий характер, создавая напряжение в диаде. Например: «Я не знаю, что говорить». В этом случае терапевт может присоединиться эго-синтонно и мягко сказать: «Вы уже и так достаточно сказали, мы можем сегодня и помолчать». Или, когда пациент более агрессивно выражается, например: «Я не хочу сегодня с вами говорить», терапевт может эго-дистонно присоединиться и сказать: «Мы всё-таки с вами гармоничная пара, ведь у меня сегодня нет никакого настроения вас слушать».

Для групповых терапевтов будет полезно использовать присоединение при молчаливых группах: «Похоже, это очень заботливая группа, которая решила сегодня помолчать, чтобы я отдохнула. Я совершенно не против, мне тоже нравится такой выбор группы».

Здесь важно, что присоединение должно быть именно к группе, а не к отдельному участнику. Это может содействовать формированию групповой сплочённости, например, когда участники не очень хорошо коммуницируют между собой, не очень хорошо строят связи друг с другом.

Присоединение в контексте других психоаналитических техник

В практической работе присоединение нередко отождествляется с эмпатическим отзеркаливанием, что может приводить к методологическим неточностям при выборе интервенций, особенно при работе с пациентами с ранними уровнями организации личности. Сопоставление с техникой отзеркаливания выявляет различия в логике терапевтического воздействия и специфику присоединения как интервенции, ориентированной на активное включение сопротивления и аффективной динамики в терапевтический процесс. Сопоставление этих подходов позволяет более чётко очертить специфику техники присоединения, а также избежать её редукции к общему понятию эмпатического отражения. В данном контексте важно подчеркнуть, что речь идёт не о сравнении психоаналитических теорий в целом, а о различиях в клинических акцентах и логике применения конкретных техник при работе с пациентами с ранними и примитивными уровнями организации личности.

Несмотря на внешнюю схожесть отдельных клинических приёмов, техника присоединения в понимании современной психоаналитической школы Х. Спотница существенно отличается от других психоаналитических интервенций, направленных на работу с ранними нарушениями развития. В частности, в клинической практике техника присоединения нередко сопоставляется с техникой отзеркаливания, описанной Х. Кохут в рамках селф-психологии. Обе интервенции опираются на эмпатическое присутствие терапевта и чувствительность к субъективному опыту пациента, однако исходят из различных теоретических предпосылок и ориентированы на разные клинические задачи.

В таблице 1 представлено сравнительное описание ключевых клинических характеристик техники отзеркаливания в селф-психологии Х. Кохута [15] и техники присоединения в современной психоаналитической традиции Х. Спотница. Сравнение проводится по ряду параметров, включающих клинический фокус интервенции, отношение к сопротивлению, особенности работы с аффектом, характер переноса, роль контрпереноса, а также типичные клинические

Аспект	Отзеркаливание (Кохут, селф-психология)	Присоединение (Спотниц, современный психоанализ)
Клинический фокус	Поддержка и стабилизация Эго	Работа с сопротивлением и агрессией
Отношение к сопротивлению	Минимизация фрустрации на ранних этапах	Активное включение сопротивления в процесс
Тип интервенции	Эмпатическое отражение субъективного опыта	Эго-синтонное и эго-дистонное присоединение
Работа с аффектом	Валидация и постепенная дифференциация аффекта	Контейнирование и активация агрессивного аффекта
Перенос	Нарциссический – зеркальный, идеализирующий	Нарциссический – позитивный (в том числе идеализирующий) или негативный
Роль контрпереноса	Используется ограниченно	Является ключевым диагностическим ориентиром
Клинические риски	Поддержание зависимости	Интенсивные контрпереносные реакции
Типичные пациенты	Нарушения Эго, нарциссические структуры	Доздипальные, пограничные, психотические
Терапевтический вектор	Постепенное созревание Эго	Трансформация аутоагрессии, разрешение сопротивления, укрепление Эго

Таблица 1. Сравнительные особенности техник отзеркаливания и присоединения в психоаналитической практике

риски и целевые группы пациентов. Такое сопоставление демонстрирует, что, несмотря на общую ориентацию на ранние уровни психического функционирования, данные техники различаются по направленности терапевтического воздействия: отзеркаливание преимущественно ориентировано на стабилизацию и поддержание Эго, тогда как присоединение фокусируется на активном включении сопротивления и агрессивного аффекта в терапевтический процесс. Представленная таблица служит инструментом теоретического позиционирования техники присоединения и позволяет более точно определить её место среди других психоаналитических интервенций.

Представленное сопоставление подчёркивает, что различия между техникой отзеркаливания и техникой присоединения заключаются не только в теоретических предпосылках, но и в логике клинического выбора интервенций. В отличие от отзеркаливания, где интервенция преимущественно ориентирована на стабилизацию Эго, присоединение предполагает постоянную клиническую оценку формы сопротивления и аффективной динамики пациента, что делает необходимым гибкое переключение между эго-синтонной и эго-дистонной формами работы. Именно эта необходимость клинической навигации и лежит в основе предлагаемой в статье модели принятия решений.

Клинические ограничения и риски применения техники присоединения

Несмотря на клиническую эффективность техники присоединения при работе с пациентами доэдипального уровня организации личности, её применение требует тщательной клинической дифференциации. Использование присоединения вне соответствующих показаний или в неподходящей фазе терапии может приводить к искажению терапевтического процесса и усилению патологических форм функционирования.

В ряде клинических ситуаций присоединение способно поддерживать симбиотическую фиксацию, особенно при недостаточной дифференциации Я и объекта. В таких случаях постоянное эмпатическое присоединение может препятствовать формированию границ и усиливать зависимость пациента от терапевта, замедляя процесс психической сепарации.

Другим риском является поддержание нарциссической грандиозности, когда эго-синтонное присоединение используется без последующей проработки агрессивных и фрустрирующих аффектов. В подобных ситуациях техника может способствовать закреплению защитных нарциссических структур вместо их трансформации.

Кроме того, чрезмерное или несвоевременное использование присоединения может блокировать развитие символизации, особенно если интервенции замещают собой аналитическую работу

с переносом и интерпретацией. В этом случае присоединение утрачивает свою вспомогательную функцию и становится формой избегания более сложных терапевтических вмешательств.

Особого внимания требует применение техники в различных фазах психотерапевтического процесса. На ранних этапах терапии преждевременное использование эго-дистонного присоединения может приводить к дезорганизации пациента и разрушению терапевтического альянса. В более поздних фазах терапии сохранение исключительно поддерживающего эго-синтонного присоединения может препятствовать переходу к проработке и интеграции конфликтного материала. Таким образом, клиническая эффективность присоединения определяется не только выбором его формы, но и точностью оценки терапевтического контекста и готовности пациента к соответствующему уровню интервенции.

Учёт характера переноса при выборе формы присоединения

Выбор между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения определяется также характером формирующегося переноса и степенью его аффективной устойчивости. В ситуациях, где в переносе преобладают симбиотические ожидания, идеализация терапевта или выраженная зависимость от объекта, эго-синтонное присоединение может быть клинически оправдано лишь на ранних этапах терапии и при условии его ограниченного и осознаваемого применения. В противном случае оно способно усиливать симбиотическую фиксацию и препятствовать развитию автономии пациента.

В случаях, когда перенос носит хрупкий или дезорганизованный характер и сопровождается выраженной тревогой, страхом разрушения объекта или утратой базового чувства безопасности, использование эго-дистонного присоединения может быть противопоказано. Преждевременная провокация агрессивного аффекта в таких конфигурациях переноса повышает риск дезорганизации пациента и нарушения терапевтического альянса.

Использование техники присоединения требует особой осторожности при работе с пациентами, находящимися в состояниях выраженной дезорганизации, а также при недостаточно сформированном терапевтическом альянсе. В подобных случаях преждевременное или некритичное применение присоединения может усиливать зависимость от терапевта или служить формой избегания аналитической проработки, что подчёркивается в классических работах по ранним нарушениям развития и технике психоаналитической терапии [14].

Таким образом, клиническая целесообразность той или иной формы присоединения определяется не только характером аффективной презентации пациента, но и текущей конфигурацией переноса, а также степенью его стабильности и переносимости агрессивных импульсов в терапевтическом поле.

Заключение

Клинические данные и наблюдения свидетельствуют о выраженной терапевтической значимости техники присоединения, особенно в работе с пациентами психотического и пограничного уровней функционирования. Её применение позволяет снизить аутодеструктивные тенденции и способствует снижению аффективной дезорганизации и формированию устойчивого нарциссического переноса. Эффективность техники определяется точностью психопатологической диагностики, гибкостью интервенций, аутентичностью терапевта и чувствительностью к аффективной динамике пациента.

При групповой работе присоединение способно как снижать риски отыгрываний у отдельных доэдипальных участников и у группы в целом, так и вызывать направленное возрастание аффективной заряженности в «тихих» пассивно-агрессивных группах. Техника присоединения даёт возможность перевести агрессию из отыгрывания (acting out) в символически опосредованную вербализацию, что позитивно сказывается на терапевтических отношениях, усиливает доверие к терапевту и благоприятствует стабилизации психического состояния пациента.

Представленная в статье модель клинического выбора форм присоединения не претендует на алгоритмизацию психотерапевтического процесса, но позволяет эксплицировать клиническую логику навигации между интервенциями при работе с доэдипальными пациентами.

Предложенная модель клинической навигации может быть использована в обучении начинающих психотерапевтов как инструмент развития рефлексивного клинического мышления. Экспликация критериев выбора между формами присоединения позволяет сделать более прозрачными процессы принятия терапевтических решений, которые в клинической практике нередко остаются неявными и передаются преимущественно через опыт и супервизию. В этом смысле модель может служить вспомогательным средством в образовательном контексте, не подменяя собой клинический опыт.

Перспективным направлением дальнейшей работы является эмпирическая апробация предложенной модели, а также её дальнейшая разработка и адаптация для использования в клинической подготовке психотерапевтов. В более широком контексте модель может представлять интерес для междисциплинарных исследований, направленных на изучение механизмов регуляции аффекта в терапевтическом взаимодействии.

Список литературы

1. Feldman Y. The early history of modern psychoanalysis. *Mod Psychoanal.* 1978;3:15–28.
2. Strean HS, editor. *New approaches in child guidance.* Metuchen (NJ): Scarecrow Press; 1970.
3. Sherman MH. Siding with the resistance versus interpretation: role implications. *Mod Psychoanal.* 2007;32(2):194–230.
4. Haley J. *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York (NY): W.W. Norton & Company; 1993.
5. Spotnitz H. *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient: theory of the technique.* 2nd ed. New York (NY): YBK Publishers; 2004.
6. Wang TS. *A qualitative study into modern psychoanalytic joining and mirroring through psychotherapeutic exchanges* [dissertation]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2022. <https://dsc.duq.edu/etd/2215>.
7. Авдеева НН. Особенности материнского отношения и привязанность ребёнка к матери. *Психологическая наука и образование.* 2006;11(2):82–92.
8. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М: Независимая фирма «Класс»; 2000.
9. Федоров ЯО, Белов ЕН, Белова ЕБ, Клокова МВ, Шиканова ЕА. *Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний.* Санкт-Петербург: ООО «ИПК «КОСТА»; 2017.
10. Verhülsdonk L, Petzold MB. Eine Untersuchung der Gegenübertragung in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. [German] *Forum Psychoanal.* 2024;40(3):357–374. <https://doi.org/10.1007/s00451-024-00552-0>.
11. Bird J, Caligor E. A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. *Authorea.* 2023. <https://doi.org/10.22541/au.169228820.03736190/v1>.
12. Shechter A. The join and distinction-union: a resonant and complex oneness. *Eur J Psychoanal.* 2021;8(2). <https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/the-join-and-distinction-union-a-resonant-and-complex-oneness>.
13. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process.* 2nd ed. New York (NY)/London (UK): The Guilford Press; 2011.
14. Лигнер Э. *Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении.* Ижевск: ERGO; 2014.
15. Кохут Х. *Анализ самости.* Москва: Когито-Центр; 2003.

Нуминозность как терапевтический фактор: движение от симптома к символу

Кузнецова О.В.*

Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.

Аннотация

В статье исследуется символ как ключевой медиатор между симптомом и бессознательными процессами в аналитической психотерапии. Симптом рассматривается не только как проявление психопатологии, но и как символическое выражение внутриличностного конфликта и травматического опыта. Анализируется многослойная природа символа, его связь с архетипическими и культурными образами, а также роль в перераспределении психической энергии, аккумулированной в симптомах и комплексах. Рассматриваются процесс символизации и метод амплификации как инструменты раскрытия бессознательных смыслов и интеграции личности. На примере иллюстративной клинической виньетки с мифологической амплификацией демонстрируется, как переживание символа активизирует процессы трансформации и индивидуации, способствуя психическому развитию и восстановлению целостности личности.

Ключевые слова: символ, симптом, мифологическая амплификация, индивидуация.

Получено: 30 декабря 2025 г.
Принято: 22 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г..

Для цитирования:
Кузнецова ОВ. Нуминозность как терапевтический фактор: движение от симптома к символу. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):47-51.
<https://doi.org/10.64435/ftcs7951>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Символ сам по себе является мостом или связью между нами и тайной существования, но, помимо этого, он отображает эту связь через образы, в которых он представлен.
Д. Калшед

С позиции глубинной психологии симптом представляет собой символически организованную форму психической адаптации, посредством которой бессознательные конфликты, травматические переживания и дефициты развития получают выражение и временную стабилизацию в структуре личности. Он выступает как компромиссное решение между сознанием и бессознательным, между инстинктивными потребностями индивида и психологическими и экзистенциальными потребностями личности [1, 2].

Как правило, симптомы продуцируются эмоционально заряженными группами идей (или комплексами), источник которых находится в глубинных слоях бессознательного. Некоторые комплексы приобретают автономный характер и выражаются через телесные функциональные нарушения, которые в клиническом плане проявляются как психосоматические расстройства или неврозы.

В конце XIX века Зигмунд Фрейд и Йозеф Брейер предположили, что невротические симптомы (истерия, некоторые виды боли и т.п.) несут в себе символическое значение. Так же,

как и сновидения, такие симптомы являются одной из форм выражения бессознательных психических процессов и содержат определённую символическую нагрузку [3]. Так, пациент, столкнувшись с психологически непереносимой ситуацией (с тем, что невозможно «переварить»), может развить симптом со стороны желудочно-кишечного тракта; а у пациента, отягощённого грузом ответственности, вероятно появление болей в спине и т.п. Таким образом, симптом может иметь символическое значение, представляя собой частный случай проявления символа. В этом случае аналитическая работа с символическим смыслом симптома позволяет исцелить внутренний конфликт, травматические переживания или другие психические противоречия, породившие симптом. Во многих этносах и культурах существовали древние целительские практики, включающие анализ символики симптомов. Примером такой традиции могут служить древнегреческие асклепионы — храмы, посвящённые Асклепию. Чтобы глубже понять исцеляющий механизм работы с символами в психотерапевтической практике, рассмотрим природу символов.

* E-mail: kseniko@mail.ru.

Символы представляют собой уникальные многоуровневые структуры, связующие видимое и невидимое. Это понятие имеет ключевое значение для выражения идей и реалий, не всегда поддающихся словесному описанию. Этимология этого термина раскрывает его объединяющую природу (символ — «соединённое» и «соединяющее»).

Символ — «наилучшее из возможных выражение или изображение чего-либо неизвестного» [4]. В искусстве, философии, психотерапии были предприняты многочисленные попытки осмысления самого понятия символа. Как самостоятельная эстетическая категория, символ стал рассматриваться в конце XVIII в. Так, И. В. Гёте и К. Ф. Мориц отмечали, что символ необходимо отличать от образа, знака и аллегии. А Г. Гегель вернулся к понятию символа в качестве знака или образа, обладающего значением. Различные идеи объяснения природы символа разрабатывались в трудах Шеллинга, Кассирера, Фрейда, Юнга, Гадamera, Лангер и многих других авторов [5, 6].

К. Г. Юнг различает «естественные» символы и символы, принесённые культурой. О происхождении первых он пишет, что они представляют собой бесконечные вариации основных архетипических образов (их развитие можно проследить, обращаясь к наследию древнейших культур) [3, 7]. Эти архетипические образы мы можем встретить, разглядывая наскальную живопись древних людей, египетское иероглифическое письмо или шумерскую клинопись. Символы, принесённые культурой («культурные символы») претерпели многочисленные метаморфозы и стали коллективными образами, частью общечеловеческой культуры. Созерцая эти образы, человек нередко встречается с нуминозным, испытывая сильнейший эмоциональный резонанс. Культурные символы по-прежнему могут нести в себе архаическое начало, «божественное», «сакральное».

Юнг отмечает, что современный человек оказался в плену своего рационализма, который нарушил его способность воспринимать божественные символы и идеи, *«отдал его на милость психической преисподней»; «...моральная и духовная традиция распалась..., что привело к дезориентации и разобщённости»* [3]. Контакт современного человека с природой оказался прерван, что повлекло за собой исчезновение глубинной эмоциональной (психической) энергии, которую давала эта связь.

Процесс символизации связан с поиском смысла и может стать ценным инструментом для глубокого понимания как внутриличностных, так и межличностных процессов, своего рода ключом для более глубокого осмысления реальности.

Когда мы хотим понять символ, мы движемся от его внешнего проявления к внутреннему значению. Каждое символическое выражение может открывать доступ к новым уровням понимания, что делает символы неисчерпаемыми в своих значениях. Символы представляют собой мост между материальным и духовным, индивидуальным и коллективным, позволяют нам осмысливать и интерпретировать наши переживания и идеи.

В аналитической работе это движение от внешних аспектов символа к поиску неочевидного на первый взгляд внутреннего смысла становится особенно ценным. Анализ развивает способность находить эту «невидимую» и неочевидную на первый взгляд реальность за видимой оболочкой. Природа символов — многозначна и неисчерпаема. Любой символ может быть интерпретирован в разных контекстах, являя новые грани смысла.

Первостепенной задачей аналитической работы является понимание, «расшифровка» символического послания, содержащегося в симптоме. В случаях распознавания и принятия символического смысла симптома выражаемый им конфликтный материал выводится на уровень сознания. Этот процесс связан с перераспределением психической энергии, ранее аккумулированной в комплексах, проявляющих себя через симптомы. Тогда символы могут играть роль своего рода «энергетических трансформаторов», с помощью которых психическая энергия, ранее связанная в симптомах, может быть интегрирована в жизнь. Движение от симптома к символу представляет собой важную часть психотерапевтической (аналитической) динамики [8–10].

Аналитическая работа — не только процесс толкования и интерпретации символического материала, но и исследование смыслов, связанных с чувствами и эмоциями, травмами и переживаниями, индивидуальным опытом и коллективной памятью. В терапевтическом контексте символы обогащают восприятие действительности. Символизировать — означает искать смысл, стоящий за конкретной ситуацией. Эта поисковая, символизирующая функция психики проявляется не только в симптомах и сновидениях, но и в самом терапевтическом процессе. Поэтому аналитику крайне важно замечать символические послания. Что говорит о внутриличностном конфликте пациента его рассказ о том, что он видел по дороге на сессию, что символизировало опоздания, или, наоборот, желание начать сессию на несколько минут раньше? Какие процессы разворачиваются в душе пациента, когда терапевт объявляет ему о грядущем отпуске? Что символизируется, повторяется, разыгрывается, возможно, спустя много лет?

Чтобы узнать больше о кататимно-имажинативной психотерапии, перейдите по ссылке: <https://aipp.education/articles/simboldrama>

Иллюстративная клиническая виньетка на основе реального случая терапии пациента со страхом публичных выступлений

Анамнез и симптоматика

Пациент С., 35 лет, менеджер, обратился в терапию с запросом на преодоление инвалидирующего страха публичных выступлений, который блокировал его профессиональное продвижение. Симптом, проявлявшийся соматически (тремор, гипергидроз, мышечный блок) и когнитивно (идеи самоуничтожения), впервые кристаллизовался в подростковом возрасте в ситуации систематической публичной критики со стороны преподавателя. Несмотря на академические успехи, у пациента сформировалась устойчивая ассоциация между актом самопредъявления перед аудиторией и экзистенциальным риском уничтожения.

Динамика символов и терапевтический процесс

Посредством применения кататимно-имажинативной терапии (символдрамы)* пациенту было предложено представить страх в виде любого образа, который будет рисовать его воображение. Симптом был персонифицирован в спонтанном образе гротескной «Великанши»**, доминирующей над пространством и вызывающей у пациента состояние регрессивного детского ужаса. В имажинации пациент представил себя в виде маленького мальчика 5–6 лет. «Великанша» была констеллирована фигурой авторитарной бабушки и связана с вытесненным детским эпизодом унижительного принуждения к выступлению. Первоначальная интерпретация позволила связать актуальный страх с личной историей, деконструируя проекции на фигуры начальства.

Перелом в терапии наступил на этапе архетипической амплификации данного образа. Вместо дальнейшего анализа личной травмы, терапевтический фокус был смещён на исследование «Великанши» как носителя универсального мифологического мотива. Через обращение к кросс-культурной мифологии Пожирающей Матери (Кали, Бабы-Яги) пациенту было предложено рассмотреть свой образ в контексте архетипического столкновения с нуминозным.

В ходе направленной имажинации пациент вступил в диалог с образом. Он нашёл в себе силы посмотреть на «Великаншу», преодолевая свой страх. Постепенно образ маленького мальчика менялся, и пациент начал ощущать себя в имажинации уже в своём настоящем возрасте. Внезапно, в процессе этого взаимодействия, визуальная репрезентация «Великанши» претерпела спонтанную трансформацию: её устрашающие черты смягчились, а в руках вместо угрожающего жеста появилась связка ключей. Они были выкованы из металла, и на некоторых ключах были видны древние письмена.

Пациент сообщил о мощном, амбивалентном переживании: всепоглощающий страх сменился глубоким, почти священным трепетом. Он описал это как встречу не с персональным преследователем, а с древней, безличной силой, которая «не столько хочет уничтожить, сколько охраняет какую-то древнюю тайну, а теперь способна и дать доступ к этой тайне».

Появление ключей указывает на амбивалентную природу архетипа Матери: одновременно разрушительную и созидательную, пожирающую и рождательную. Этот момент был описан пациентом как наиболее значимый и энергетически заряженный за всю терапию — классическое проявление нуминозного опыта.

Интеграция и трансформация

Последующая аналитическая работа была посвящена интеграции этого переживания. Ключи были интерпретированы как дар «Великанши», которая уже не казалась столь угрожающей и пугающей пациента. И эти ключи символизировали новые возможности пациента — как указание на то, что энергия, ранее связанная в травматическом симптоме и негативном материнском комплексе, высвобождается для процесса индивидуации. Пациент начал спонтанно

* Кататимно-имажинативная психотерапия (символдрама) — это глубинно-ориентированный психотерапевтический подход, разработанный немецким психотерапевтом Ханскарлом Лейнером в 1950-х годах на основе идей психоанализа и юнгианской психологии, в котором бессознательный материал проявляется и перерабатывается через направленную работу с образами и символами в состоянии кататимного воображения.

** Американский психоаналитик Бруно Беттельхейм в работе «О пользе волшебства. Смысл и значение волшебных сказок» предполагает, что именно так, в виде великанов маленькие дети видят и воспринимают своих родителей. Во многих сказочных сюжетах дети побеждают великанов, становятся способными их перехитрить и завладеть их ресурсами (т.е., вырасти, стать большими, взрослыми).

использовать метафору ключей, открывающих новые двери, как метафору презентации новых проектов и разрешения себе говорить ясно, чётко, красиво. Метафора ключей появлялась на протяжении терапии несколько раз: ключ, которым можно что-то закрыть (отказаться от негативных паттернов и поведенческих программ), ключ, открывающий новые возможности, и ключ как ресурс (ключ, как бьющий из земли источник).

Катамнез

По завершении курса терапии пациент не только успешно справлялся с рабочими презентациями, но и добровольно вовлёкся в деятельность, требующую публичной речи. Он сообщил, что выступления перестали быть для него полем битвы, где он — жертва, и стали «местом встречи» и обмена. Терапевтический процесс завершился не просто редукцией симптома, но смещением жизненной позиции от защитной к проактивной.

Аналитический комментарий: работа с символом, интервенции и акценты

Представленный случай демонстрирует эволюцию терапевтической работы от уровня личного бессознательного (травма) к уровню коллективного бессознательного (архетип), где становится возможным подлинное символическое переживание. Можно выделить ключевые интервенции, сдвинувшие процесс в эту плоскость:

Переход от анализа образа к амплификации символа. Как указывал К.Г. Юнг, символ не является знаком, обозначающим нечто известное (как образ травмы), а является «наилучшим возможным выражением чего-то ещё непознанного» (архетипа). Амплификация «расширяет» личный материал до общечеловеческого, создавая почву для нуминозного переживания.

- Символ ключей как дар указывает на активизацию процесса индивидуации, где психическая энергия реканализируется из обслуживания комплекса (страха) в служение целостности личности. Амбивалентность нуминозного переживания подчёркивает трансцендентную функцию символа как посредника между противоположностями.
- Нуминозное переживание («ужас, смешанный с ощущением священного») — краеугольный камень преобразующего опыта. Оно обладает собственной исцеляющей силой, так как непосредственно связывает Эго с энергией архетипа.
- Интеграция через «живую» метафору: связка ключей, которыми можно открывать двери новых возможностей. Это соответствует юнгианскому пониманию символа как энергетического трансформатора. Символ не просто означает что-то; он делает что-то в психике — перераспределяет энергию. Пациент начал использовать энергию, ранее заблокированную в страхе, для творческого самовыражения, что и является целью аналитического процесса: не адаптация через подавление, а трансформация через интеграцию.

Таким образом, терапевтическая эффективность в этом случае была достигнута не благодаря проработке травмы (хотя это была необходимая основа), а благодаря сознательному фокусу на символе. Терапевт создал условия для того, чтобы личный образ, пройдя через амплификацию, открылся как окно в коллективное бессознательное, позволив пациенту испытать нуминозное переживание. Именно этот опыт, а не когнитивное понимание, стал катализатором глубинной переориентации психики от паттернов прошлого (травма) к потенциалу будущего (индивидуация).

Работа с символическим материалом результативна в том случае, когда символы не только становятся осмысленными, но и проживаются в эмоциональном плане [9]. Мария-Луиза фон Франц рассматривала архетипические переживания как центральный исцеляющий фактор в психотерапии. Вслед за Юнгом она отмечает, что если аналитик не стремится к распознаванию в сновидениях архетипического содержания, он, с одной стороны, не замечает глубины, а с другой стороны — упускает потрясающую возможность, так как, по Юнгу, «архетипические переживания посылают

нам бессознательное, и тогда они являются проявлениями благодати»; архетипические переживания «...нельзя вызвать искусственно» [10].

Живая энергия, исцеляющая сила и архаическая мощь символа высвобождаются лишь при его целостном чувственно-эмоциональном переживании. «Символы — это категории «сгущения»: символ «связывает» в себе целый ряд ассоциаций, но в связи с потребностью в определённости это вызывает у нас раздражение, а в связи с потребностью в тайне и наполненности смыслом это переживается как сокровище» [9].

Метод амплификации* — один из ключевых инструментов в юнгианской психологии, позволяющий углубить понимание личных симптомов, связывая их с архетипическими фигурами и мифологическими сюжетами. Прикосновение к этому материалу даёт возможность выявить глубинные психологические паттерны, а также осознать их универсальный смысл. Определение соответствующего мифа — первый шаг на этом пути. Следующий этап включает в себя осознание и интерпретацию архетипического ядра символического смысла, лежащего в основе как симптома, так и мифа. Оно объединяет индивидуальные переживания и архетипические мотивы, а также становится основой для понимания симптома и его корней. Завершающий этап этой работы — возвращение и применение найденного, осознанного смысла в жизни индивида, что способствует интеграции различных аспектов личности, а также является необходимым условием для достижения целостности.

Через аналитическую работу с символическим материалом проявляются не только актуальные трудности и внутренние препятствия, возникающие на пути, но и становятся видны перспективы и возможности развития. Символ разворачивает психику в направлении будущего, как в терапевтическом процессе, так и в реальной жизни. Через символическое раскрывается процесс индивидуации. «Символ остаётся вечным вызовом нашим мыслям и чувствам. Возможно, этим объясняется столь стимулирующий характер символической работы, почему она захватывает нас столь интенсивно» [7].

Таким образом, переход от симптома к символу в аналитической работе открывает путь к полному исцелению, позволяя не просто устранить проявление конфликта, а интегрировать его энергию в целостную структуру личности. Символ, будучи живым и многогранным, способствует восстановлению связи субъекта с архетипическими и глубинными слоями психики, преодолевая разрыв, вызванный чрезмерным рационализмом. Через эмоциональное проживание и амплификацию символического материала пациент обретает не только понимание своих внутренних процессов, но и ориентацию на будущее, раскрывая потенциал индивидуации. В этом отношении символ остаётся вечным источником смысла и трансформации, напоминая, что за каждым симптомом скрывается импульс для движения к целостности и интеграции личности.

Список литературы

1. Roesler C. Theoretical foundations of analytical psychology: recent developments and controversies. *J Anal Psychol.* 2019;64(5):669–81. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12540>.
2. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. М.: Когито-Центр; 2015.
3. Юнг КГ. Человек и его символы. М.: АСТ; 2020.
4. Araujo S. The symbol theory in S. Freud, C.G. Jung and C.S. Peirce. *Int J Jungian Stud.* 2017;9(2):92–105.
5. Зеленский ВВ. Толковый словарь по аналитической психологии. М.: Когито-Центр; 2008.
6. Jones R. Dialectics of sign and symbol and the utterance of archetype theory. *J Anal Psychol.* 2023;68(4):1–19. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12942>.
7. Юнг КГ. Архетип и символ. М.: Ренессанс; 1991.
8. Regovec M. *Cogito Alchymicum*. Zurich: Spring Journal Books; 2025.
9. Каст В. Динамика символов: основы юнгианской психотерапии. М.: Центр гуманитарных инициатив; 2020.
10. фон Франц МЛ. Кошка: сказка об освобождении феминности. М.: Класс; 2007.

* Мифологическая амплификация — это уточнение и прояснение отдельных образов в сновидениях и продуктах изобразительного творчества (рисунки, живопись, скульптура, «игра в песок» и т. д.) с помощью прямой ассоциации и в соответствии с данными гуманитарных дисциплин (символогии, мифологией, мистицизмом, фольклором, историей религии, этнологией и т.д.) [4].

Резильентность и качество жизни после травм верхних конечностей: роль возраста в контексте биопсихосоциальной модели МКФ

Сальвадор Эспин С.П.¹, Косталес Завгородняя А.И.^{2,*}

¹ Физиотерапевтический центр «Софи», Кито, Эквадор.

² Университет лос-Хемисфериос, Кито, Эквадор.

Получено: 16 апреля 2025 г.
Принято: 19 августа 2025 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Сальвадор Эспин С.П.,
Косталес Завгородняя А.И.
Резильентность и качество
жизни после травм верхних
конечностей: роль возраста
в контексте биопсихосо-
циальной модели МКФ.
Psychotherapy Science
Today. 2(2):52-58.
[https://doi.org/10.64435/
zddr6062](https://doi.org/10.64435/zddr6062)



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель: Выявить возрастные различия в резильентности** и субъективном качестве жизни у пациентов после травм верхних конечностей в контексте личностных факторов МКФ.

Методология: В поперечном исследовании приняли участие 22 пациента центра реабилитации кисти. Использовались опросник качества жизни ВОЗ WHOQOL-BREF и Шкала резильентности Вагнилд и Янга (RS). Для сравнения трёх возрастных групп («<24 лет», «25–40 лет», «>40 лет») применялся непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. Дополнительно проведён анализ утверждений шкалы RS.

Результаты: Обнаружены статистически значимые различия между возрастными группами в сфере «Психологическое здоровье» ($p = 0,05$). Наивысшее субъективное благополучие в этой сфере было зафиксировано у пациентов 25–40 лет. Тенденции к возрастным различиям выявлены в сферах «Физическое здоровье» (увеличение с возрастом) и «Социальные отношения» (пик в средневозрастной группе). Анализ утверждений шкалы RS показал, что наиболее выраженные возрастные различия касались аспектов, связанных с самостоятельностью***.

Заключение: Результаты указывают на нелинейную связь возраста с различными аспектами адаптации. Молодые пациенты (<24 лет) демонстрируют более низкие показатели психологического благополучия и самостоятельности. В то же время, субъективная оценка физического здоровья выше у пациентов старшего возраста. Полученные данные подчёркивают важность учёта возрастных и психологических факторов для персонализации программ реабилитации в рамках модели МКФ.

Ключевые слова: резильентность, качество жизни, специализированная терапия кисти, реабилитация травм верхних конечностей, МКФ.

Введение

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) — концептуальная основа для понимания здоровья и инвалидности в современном здравоохранении. Эта классификация предлагает биопсихосоци-

льный подход, учитывающий взаимодействие биологических, психологических, социальных и экологических факторов [1] и служит универсальным стандартом для сбора, анализа и разработки политики в области здравоохранения [2]. Однако несмотря на центральную роль личностных факторов в модели МКФ, они остаются

* Автор для корреспонденции, e-mail: annacostales@gmail.com.

** В оригинальной модели Вагнилд и Янга (1993) резильентность определяется как позитивная личностная характеристика, включающая пять ключевых компонентов: уравновешенность (equanimity), настойчивость (perseverance), самостоятельность (self-reliance), осмысленность жизни (meaningfulness) и экзистенциальная автономность (existential aloneness).

*** Самостоятельность в значении «уверенность в своих силах, способность полагаться на себя» (self-reliance).

наименее формализованным и клинически используемым компонентом, особенно в ортопедической реабилитации.

Травмы верхних конечностей, особенно кисти, часто приводят не только к физическим ограничениям, но и к выраженной психологической нагрузке, снижая качество жизни пациентов. Интегративный обзор Мэдиссон и др. выявил высокую распространённость психических расстройств среди лиц с такими травмами: депрессия наблюдается у 7–71% пациентов, тревога — у 23–71%, посттравматическое стрессовое расстройство — у 3–95% [3]. Ключевыми факторами риска неблагоприятных психологических исходов являются тяжесть травмы, хроническая боль, дисфункция конечности, негативное восприятие повреждённой руки, неэффективные механизмы копинга и ограниченная социальная поддержка. Эти психические симптомы могут сохраняться длительно, хотя в большинстве случаев ослабевают через три месяца после травмы. Систематический обзор Гицан и др. подчёркивает значительное психологическое воздействие сложных травм кисти на пациентов и настоятельно рекомендует междисциплинарный подход, сочетающий физическую реабилитацию с психологической помощью для достижения оптимальных функциональных и эмоциональных исходов [4].

В последние десятилетия в психологии произошёл важный парадигмальный сдвиг: от модели, акцентирующей риски, травмы и психопатологию, к профилактической модели, ориентированной на ресурсы, потенциал и сильные стороны личности. Центральным конструктом этой модели стала резильентность — способность человека противостоять жизненным невзгодам, преодолевать их и позитивно трансформироваться под их влиянием. Резильентность рассматривается как динамический процесс, зависящий от взаимодействия внутренних ресурсов (личностные черты, когнитивные стратегии) и внешних факторов (социальная поддержка, культурный контекст). Она выполняет защитную функцию, смягчая последствия стресса и превращая угрозы в возможности для роста [5]. Эмпирические данные подтверждают, что более высокий уровень резильентности ассоциирован с лучшими показателями психического здоровья после травм [6], более успешными результатами ортопедических операций на кисти [7], снижением психологической нагрузки от тяжёлых повреждений [8] и улучшением долгосрочного качества жизни у пожилых пациентов после травмы [9]. Эти исследования указывают, что резильентность не просто коррелирует с благополучием, а модифицирует влияние тяжести

травмы на функциональные и субъективные исходы реабилитации. Она является ключевым фактором, влияющим на траекторию восстановления.

Качество жизни, по определению ВОЗ, представляет собой индивидуальное восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры, системы ценностей, личных целей, ожиданий и интересов [10]. Это многомерное понятие включает как объективные (физическое функционирование, экономические ресурсы), так и субъективные аспекты (эмоциональное благополучие, удовлетворённость отношениями) [11]. В контексте реабилитации травм верхних конечностей качество жизни является интегральным показателем, а специализированная терапия кисти способствует его улучшению за счёт снижения боли, восстановления функциональности и содействия социальной реинтеграции [12, 13]. Однако эффективность таких вмешательств варьируется в зависимости от индивидуальных психологических ресурсов пациента, что подчёркивает необходимость персонализированного подхода с учётом резильентности и возрастных особенностей.

Целью данного пилотного исследования является оценка и сравнение уровней резильентности и качества жизни у пациентов, перенёсших травмы верхних конечностей и прошедших курс специализированной терапии кисти, с учётом возрастных различий в рамках биопсихосоциальной модели МКФ.

Методы

Дизайн и этика

Исследование проводилось как количественное, сравнительное, поперечное в период с октября 2023 года по апрель 2024 года. Процедура соответствовала Хельсинкской декларации, этическим принципам Американской психологической ассоциации [14] и Кодексу этики Минздрава Эквадора. Все участники дали информированное согласие.

Участники

В выборку вошли 22 пациента центра специализированной терапии кисти в г. Кито, Эквадор. Критериями включения были: травма верхней конечности, прохождение курса терапии кисти, возраст старше 18 лет и добровольное согласие.

Инструменты

1. Шкала резильентности Вагнилд и Янга (RS) — оценивает обобщённые показатели резильентности и два фактора: «Личная компетентность» и «Принятие себя и жизни» [15].

Резильентность выступает фактором, модифицирующим влияние тяжести травмы на функциональные и субъективные исходы.

2. Опросник качества жизни ВОЗ (WHOQOL-BREF) — содержит 26 вопросов, оценивающих качество жизни по четырём сферам: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения, окружающая среда.
3. Для стратификации тяжести повреждений была использована разработанная авторами на основе общепринятых критериев оценки функции верхней конечности клиническая классификационная шкала, которая учитывает такие характеристики, как невропатическая или диссоциированная боль, глубокие сенсорные потери или тяжёлые нарушения, полная дисфункция в функциональных задачах, а также необходимость междисциплинарного подхода (медицинская, физическая и трудовая терапия, психология). Данная шкала основана на общепринятых клинических критериях оценки верхней конечности [16–18] и предлагает следующие уровни:
 - Уровень 0 — Отсутствие функциональных нарушений: полный и симметричный объём движений; отсутствие боли или сенсорных нарушений; нормальная сила и координация; полная независимость в повседневных функциональных действиях.
 - Уровень 1 — Лёгкое повреждение: лёгкая или периодическая боль; незначительные ограничения подвижности или силы; минимальные нарушения в тонких или повторяющихся движениях; способность к повседневной активности, хотя и с компенсаторными приёмами.
 - Уровень 2 — Умеренное повреждение: постоянная или локализованная боль, частично мешающая; снижение силы и/или амплитуды движений в суставах от 25 до 50%; умеренные сенсорные нарушения; затруднения при выполнении повседневных действий без помощи или адаптации; требуется активная терапия для восстановления функции.
 - Уровень 3 — Тяжёлое повреждение: выраженная или ограничивающая боль; ограничение движений или силы более чем на 50%; значительные сенсорные нарушения; невозможность выполнения основных повседневных активностей без посторонней помощи; наличие отёка, атрофии или выраженной тугоподвижности; возможное использование шин, ортезов или технических средств.

- Уровень 4 — Критическое или комплексное повреждение: отсутствие произвольных движений в ключевых сегментах или всей конечности.

Обработка и анализ данных

Данные кодировались и обрабатывались в Statgraphics Centurion. Использовались методы дескриптивной статистики. Для сравнения трёх независимых возрастных групп («<24 лет», «25–40 лет», «>40 лет») по показателям резильентности и КЖ, ввиду ненормальности распределения, применялся непараметрический Н-критерий Краскела-Уоллиса. Уровень статистической значимости был установлен на $p < 0,05$.

Результаты

Социодемографическая характеристика

Выборка была разделена на три возрастные группы: до 24 лет ($n = 6$), 25–40 лет ($n = 7$) и старше 40 лет ($n = 9$). Группы были сопоставимы по полу. Большинство участников имели среднее специальное или высшее образование. Социально-экономический статус и семейное положение варьировали в зависимости от возраста, что соответствует ожидаемым демографическим различиям.

Возрастные различия в качестве жизни

Как показано в [таблице 2](#), единственным показателем, по которому были обнаружены статистически значимые различия между возрастными группами, стала сфера «Психологическое здоровье» ($H = 5,99$; $p = 0,05$). Наивысшая медиана была зафиксирована в группе 25–40 лет (24 балла), тогда как в самой молодой группе она была минимальной (18 баллов).

В сферах «Физическое здоровье» ($p = 0,11$) и «Социальные отношения» ($p = 0,16$) различия не достигли уровня статистической значимости, однако наблюдалась тенденция к более высоким оценкам в старших возрастных группах. По остальным показателям качества жизни значимых различий или тенденций выявлено не было.

Анализ аспектов резильентности

В рамках исследования проводился сравнительный анализ ответов на утверждения Шкалы резильентности Вагнилд и Янга (RS). Анализ выявил, что наиболее выраженные возрастные различия касались утверждений, тематически связанных с самостоятельностью и уверенностью в собственных силах. Непараметрический анализ этих утверждений показал статистически

Диагноз	МКБ-10	Уровень повреждений верхней конечности	Время от момента травмы до начала физиотерапии	Хирургическое вмешательство	Консервативная терапия	Продолжительность проведённой реабили- тации, сессий	Травма доминантной руки	Травма недоминантной руки
Травма нескольких мышц-сгибателей и сухожилий на уровне запястья и кисти	S66.6	4	5 дней	■	□	1	■	□
Синдром запястного канала	G56.0	1	3 недели	□	■	15	■	□
Перелом нижнего конца лучевой кости	S52.5	2	3 дня	■	□	20	■	□
Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата на уровне запястья и кисти	S63	2	5 дней	□	■	10	■	□
Ушиб пальца(ев) кисти без повреждения ногтевой пластинки	S60.0	0	1 день	□	■	5	■	□
Синдром запястного канала левой кисти	G56.0	2	7 дней	□	■	10	■	□
Спонтанный разрыв сухожилий разгибателей	M66.2	3	1 день	■	□	30	■	□
Травматический разрыв связки запястья и пясти	S63.3	2	15 дней	□	■	10	■	□
Травматический разрыв связки запястья и пясти	S63.3	2	4 недели	■	□	15	□	■
Перелом нижнего конца лучевой кости	S52.5	2	6 недель	□	■	5	■	□
Перелом тела [диафиза] лучевой кости	S52.3	0	1 день	□	■	10	■	□
Другая нестабильность сустава	M25.3	0	1 день	□	■	10	■	□
Синдром запястного канала	G56.0	2	5 дней	□	■	10	■	□
Несрастание перелома [псевдартроз]	M84.1	3	5 дней	■	□	20	■	□
Перелом другой пястной кости	S62.3	3	5 дней	■	□	20	■	□
Травматическая ампутация пальцев (частичная)	S68.2	4	1 день	■	□	40	■	□
Последствия перелома на уровне запястья и кисти	T92.2	4	1 день	■	□	40	■	□
Синдром запястного канала	G56.0	1	10 дней	■	□	20	■	□
Перелом первой пястной кости левой кисти	S62.2	2	3 дня	■	□	20	■	□
Другая нестабильность сустава	M25.3	3	7 дней	■	□	20	■	□
Перелом тела [диафиза] локтевой кости	S52.2	2	7 дней	■	□	20	■	□
Плохое срастание перелома	M84.0	2	1 день	■	□	20	■	□
Перелом другого пальца кисти	S62.6	2	1 день	■	□	20	■	□
Ганглион правого запястья	M67.431	1	15 дней	■	□	10	□	■
Ганглион левого запястья	M67.432	1	15 дней	■	□	15	■	□
Травма нескольких мышц-сгибателей и сухожилий на уровне запястья и кисти	S66.6	2	1 день	■	□	15	■	□
Тугоподвижность в суставе, не классифицированная в других рубриках, 4-й палец, правая рука	M25.6	3	6 недель	□	■	10	■	□
Перелом другого пальца	S62.6	0	5 дней	□	■	1	■	□

Примечание. Данные указаны в соответствии с критериями МКБ-10.

Таблица 1. Данные участвующих пациентов в соответствии с критериями МКБ-10

Переменные	Медианы			Статистика теста Краскела-Уоллиса	Р-значение
	< 24	25–40	> 40		
Общее восприятие качества жизни	4	4	5	0,86	0,65
Общее восприятие здоровья	3	3	4	3,40	0,18
Физическое здоровье	24	27	28	4,44	0,11
Психологическое здоровье	18	24	22	5,99	0,05*
Социальные отношения	31	41	39,5	3,70	0,16
Окружающая среда	4	4	4	0,02	0,99

* $p < 0,05$. Показатели сфер 1–4 представлены в баллах по стандартной процедуре подсчёта WHOQOL-BREF.

Таблица 2. Показатели качества жизни (WHOQOL-BREF) в разных возрастных группах

значимую разницу между группами ($N = 5,82$; $p = 0,05$): медианные значения были ниже в группе до 24 лет (10 баллов) по сравнению с группами 25–40 лет и старше 40 лет (по 12 баллов), что свидетельствует о более низком уровне самостоятельности у молодых пациентов. По другим тематическим аспектам резильентности, таким как настойчивость или осмысленность, столь явных различий обнаружено не было.

Сводный эффект возраста

В совокупности, полученные данные указывают на то, что возрастные различия у пациентов после травм кисти в наибольшей степени проявляются в субъективном психологическом благополучии (качество жизни) и в таком психологическом ресурсе, как чувство самостоятельности и опоры на себя (резильентность).

Обсуждение и выводы

Проведённое пилотное исследование позволило выявить ряд возрастных паттернов в субъективном качестве жизни и психологических ресурсах пациентов, перенёвших травму верхней конечности. Ключевым результатом стало обнаружение статистически значимых различий в сфере «Психологическое здоровье» (WHOQOL-BREF), причём наивысшие показатели были свойственны группе 25–40 лет. Этот возрастной период, часто характеризующийся пиком профессиональной и социальной активности, вероятно, обеспечивает больший доступ к копинг-ресурсам, целеполаганию и социальной поддержке, что смягчает психологическое воздействие травмы [3, 6]. Полученные данные согласуются с работами, отмечающими, что психологическое благополучие нелинейно зависит от возраста и опосредовано текущими жизненными обстоятельствами и ресурсами [9].

Особый интерес представляет дифференцированная возрастная динамика других аспектов качества жизни. Показатели по сферам «Физическое здоровье» и «Социальные отношения» хотя и не достигли уровня статистической значимости, демонстрируют разнонаправленные тенденции. Субъективная оценка физического здоровья возрастала в старших группах, достигая максимума у пациентов старше 40 лет. Этот результат может быть объяснён феноменом смещения внутренних стандартов оценки: имея больший жизненный опыт и, возможно, другие сопутствующие возрастные изменения, пациенты старшего возраста могут оценивать последствия травмы в сравнении с общим состоянием организма менее критично [11]. В то же время, оценки социальных отношений были максимальны в средневозрастной группе (25–40 лет), что, вероятно, отражает пик социальной активности и вовлечённости в этом возрасте. Небольшое снижение этого показателя в группе >40 лет может указывать на естественную возрастную тенденцию к большей избирательности в социальных контактах.

Дополнительный анализ утверждений Шкалы резильентности Вагнилд и Янга, сфокусированный на аспектах самостоятельности, также выявил возрастные различия. Более низкие показатели по этой группе утверждений у пациентов младше 24 лет могут отражать возрастную особенность формирования личностной автономии и уверенности в собственных силах в ситуации кризиса, вызванного травмой. Стабильно высокие показатели в группах старше 25 лет согласуются с моделью психологического развития, предполагающей рост самостоятельности и способности опираться на внутренние ресурсы с возрастом и опытом [5]. Важно подчеркнуть, что другие аспекты резильентности (например, настойчивость, осмысленность) не показали выраженных различий, что может свидетельствовать

об относительной стабильности базовой способности к адаптации в данной выборке.

Ограничением исследования является малый размер и клиническая неоднородность выборки, что не позволяет экстраполировать выводы на всю популяцию и требует осторожности в интерпретации, особенно в отношении результатов, не достигших уровня статистической значимости. Тем не менее, полученные результаты имеют важное практическое значение. Они указывают на необходимость дифференцированного подхода в реабилитации: для пациентов молодого возраста (<24 лет) программа может быть дополнена элементами, направленными на укрепление чувства самостоятельности и психологической поддержки. Для пациентов среднего возраста актуальной может быть работа по поддержанию высокой социальной вовлечённости как ресурса восстановления. В старшей возрастной группе можно использовать сформированные навыки адаптации и реалистичную оценку возможностей для персонализации реабилитации.

Выводы, сделанные на основе данного пилотного исследования, подчёркивают ценность интеграции оценки качества жизни и специфических психологических ресурсов (резильентности) в клиническую практику реабилитации. Это позволяет не только оценивать функциональные исходы лечения, но и выявлять мишени для психосоциального вмешательства в рамках целостной биопсихосоциальной модели МКФ, способствуя разработке более персонализированных и эффективных реабилитационных стратегий.

Заключение

Проведённое исследование демонстрирует информативность оценки резильентности и качества жизни у пациентов после травм верхних конечностей. Результаты подчёркивают наличие возрастных различий в психологической адаптации и субъективном благополучии: молодые пациенты (< 24 лет) характеризуются более низким уровнем самостоятельности и психологического здоровья, тогда как пациенты среднего и старшего возраста проявляют более высокие значения этих показателей. Полученные данные обосновывают необходимость интеграции психологических инструментов оценки, таких как шкала резильентности и WHOQOL-BREF, в междисциплинарную реабилитационную практику. Такой подход позволяет выявлять ключевые психологические ресурсы и формировать персонализированные стратегии восстановления, повышая эффективность терапии и качество жизни пациентов.

Заявление о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Исследование не получало внешнего финансирования.

Список литературы

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO; 2002. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf>.
2. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Reed G, Gerold S, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). [Spanish]. Rev Esp Salud Publica. 2009;83(6):775–783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200900060002&lng=es&tng=es.
3. Maddison K, Perry L, Debono D. Psychological sequelae of hand injuries: an integrative review. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(1):35–40. <https://doi.org/10.1177/17531934221117429>.
4. Ghițan AF, Gheorman V, Pîrvu D, Gheorman V, Udriștoiu I, Ciurea ME. A review of psychological outcomes in patients with complex hand trauma: a multidisciplinary approach. Curr Health Sci J. 2023;49(2):143–150. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10541061>.
5. Quiñones Rodríguez MA. Creatividad y resiliencia: análisis de 13 casos colombianos [dissertation in Spanish]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2006. <http://hdl.handle.net/10486/2631>.
6. Zarzaur BL, Bell TM, Zanskas SA. Resiliency and quality of life trajectories after injury. J Trauma Acute Care Surg. 2017;82(5):939–945. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001415>.
7. Anderson JC, Milam RJ, Drayer NJ, Zalneraitis BH, Hood DK, Shin EH, Kang DG. Resilience and patient-reported outcomes in patients undergoing orthopedic hand surgery. HAND. 2025;20(2):305–311. <https://doi.org/10.1177/15589447231201872>.
8. Werner D, Alawi SA. Hand Bionic Score: a clinical follow-up study of severe hand injuries and development of a recommendation score to supply bionic prosthesis. Eur J Plast Surg. 2021;44(1):81–96. <https://doi.org/10.1007/s00238-020-01679-z>.
9. Reitan I, Dahlin LB, Rosberg HE. Patient-reported quality of life and hand disability in elderly patients after a traumatic hand injury – a retrospective study. Health Qual Life Outcomes. 2019;17:148. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1215-9>.
10. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997. <https://iris.who.int/handle/10665/63482>.
11. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. [Spanish] Terapia Psicológica. 2012;30(1):61–71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
12. Yeo S, Soro NM, Mobiot-Aka C, Ta Bi DW, Traoré A. Qualité de vie après un traumatisme grave de la main: à propos de 36 cas. [French] Ann Chir Plast Esthet. 2023;68(3):218–221. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2022.10.005>.
13. John R, Verma CV. Changes in the health status and functional outcomes in acute traumatic hand injury patients, during physical therapy treatment. Indian J Plast Surg. 2011;44(2):362–367. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.85358>.
14. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington (DC): APA; 2018. <https://www.apa.org/ethics/code>.
15. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1993;1(2):165–178.
16. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C, et al. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (Disabilities

- of the Arm, Shoulder and Hand). Am J Ind Med. 1996;29(6):602–608. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0274\(199606\)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0274(199606)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L).
17. Parker SL, Jebson PJL. Evaluation of hand function. In: Skirven TM, Osterman AL, Fedorczyk JM, Amadio PC, editors. Rehabilitation of the hand and upper extremity. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
18. Michlovitz SL, Bellew JW. Modalities for therapeutic intervention. Philadelphia: F.A. Davis; 2012.

Нарушения Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, как мишени психотерапевтического вмешательства

Фаустова А.Г.* , Сафронова М.О.

Кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии,
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия.

Аннотация

Цель: Настоящее пилотное исследование направлено на выявление нарушений Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, для определения потенциальных мишеней психотерапевтического вмешательства, ориентированного на коррекцию личностного функционирования.

Методы: Выборка — 51 человек в возрасте от 18 до 23 лет, средний возраст $19,255 \pm 1,214$, всего 28 девушек и 23 юноши. Критерий дифференциации — результаты методики «Опросник травматических ситуаций (LEQ)»: экспериментальная группа — 22 человека, подвергшихся психологической травматизации различного генеза (природные катастрофы и стихийные бедствия, домашнее насилие, дорожно-транспортные происшествия, разбойные нападения); контрольная группа — 29 человек без опыта психологической травматизации. Применялись следующие методики: Шкала ясности Я-концепции (SCCS); Методика оценки изменчивости Я-образа; классический вариант методики изучения самооценки Дембо-Рубинштейн; Тест-опросник самоотношения; Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ). Для математико-статистической обработки данных применялись U-критерий Манна-Уитни, критерий ранговой корреляции r -Спирмена.

Результаты: Уровень ясности Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, значительно ниже, чем у тех, кто не сталкивался с психотравмирующим опытом, также они обладают неопределённой изменчивостью Я-образа. Для экспериментальной выборки характерны: умеренно сформированное представление о себе, относительная согласованность его компонентов и устойчивость их во времени. Также они обладают средним и низким значением общего уровня саморегуляции, что может указывать на негативное воздействие психологической травматизации на механизмы саморегуляции. Половине респондентов из экспериментальной выборки свойственно ярко выраженное чувство «за» самого себя, что указывает на их способность противостоять негативным воздействиям и сохранять позитивное отношение к себе. Вторая половина испытывает противоположное чувство — «против» самого себя. Это может быть связано с тем, что они столкнулись с более серьёзными психологическими травмами, которые вызывают у них негативные эмоции и сомнения в собственной ценности.

Выводы: Формирование и укрепление позитивного самоотношения, повышение ясности Я-концепции, тренировка навыков саморегуляции являются важными компонентами в психотерапевтической работе с последствиями психотравмирующих событий.

Ключевые слова: Я-концепция, молодой возраст, мишени психокоррекции, психологическая травматизация.

Получено: 3 декабря 2025 г.
Принято: 22 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Фаустова АГ, Сафронова МО. Нарушения Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, как мишени психотерапевтического вмешательства. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):59-67. <https://doi.org/10.64435/koxw9115>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

* Автор для корреспонденции, e-mail: anne.faustova@gmail.com.

Введение

В современном обществе представители различных возрастных групп часто сталкиваются со значительным количеством факторов, провоцирующих психологическую травматизацию. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 70% людей хотя бы раз в жизни подвергались воздействию психотравмирующих факторов, таких как физическое или психологическое насилие, утрата близких, стихийные бедствия, аварии, террористические акты [1, 2]. Столкновение с психотравмирующими событиями сопровождается серьёзными последствиями для психического здоровья, особенно для молодых взрослых, находящихся на этапе активного становления личности [3–5]. Молодой возраст является критическим периодом, когда человек формирует систему основных жизненных приоритетов и ценностей, корректирует и уточняет когнитивные схемы относительно собственной личности, окружающих людей и мира в целом, что обуславливает уязвимость к негативным последствиям психотравмирующих событий [6, 7].

По данным ВОЗ, до 70% людей в возрасте 18–23 лет хотя бы раз в жизни переживали психотравмирующее событие, связанное с насилием, утратой близких, природными катастрофами или социальными конфликтами [1, 8]. Среди молодежи в возрасте от 18 до 23 лет посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) диагностируется у 7–8% пострадавших [2, 9, 10]. В этой возрастной группе женщины в 2 раза чаще сталкиваются с ПТСР, чем мужчины, что преимущественно связано с повышенной вероятностью сексуального насилия и социальной дискриминации [11].

Последствия психологической травматизации могут быть различными: у 18% молодых взрослых с психотравмирующим опытом развиваются депрессивные состояния [11–14]. До 15% молодежи с тяжёлыми посттравматическими переживаниями сообщают о суицидальных намерениях [8, 12, 15].

Исследование особенностей Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, имеет важное теоретическое и практическое значение. С одной стороны, оно позволяет глубже понять механизмы формирования и трансформации Я-концепции под влиянием психотравмирующего опыта. С другой стороны, его результаты могут быть использованы для разработки программ клинико-психологического вмешательства, направленных на восстановление позитивного образа «Я», повышение самооценки и уровня субъективного благополучия [16–19]. Своевременная психотерапевтическая работа с молодыми взрослыми,

пережившими психологическую травматизацию, может предотвратить развитие у них хронических психических расстройств и способствовать успешной социальной адаптации.

Изучение влияния психотравмирующих событий на Я-концепцию позволит разработать психолого-профилактические меры, направленные на проактивное повышение психологической устойчивости среди подрастающего поколения. Формирование навыков эмоциональной и поведенческой саморегуляции, развитие стрессоустойчивости и ориентации на социальную поддержку являются важными компонентами таких программ [7, 19, 20].

Таким образом, исследование особенностей Я-концепции у лиц молодого возраста, подвергшихся психологической травматизации, является актуальным. Оно помогает не только понять природу изменений, происходящих в личности под влиянием психотравмирующего опыта, но и разработать эффективные методы психологической помощи и поддержки. В условиях растущего числа кризисных ситуаций и психотравмирующих событий в современном мире данное направление исследований приобретает всё большую значимость, оказывая влияние на улучшение качества жизни и психического здоровья молодых людей.

Метод

Проведено эмпирическое исследование нарушений Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, для определения оптимальных мишеней психотерапевтического вмешательства, направленного на коррекцию личностного функционирования.

В качестве объекта исследования выбрана Я-концепция. В качестве предмета исследования выступают отклонения в функционировании Я-концепции у молодых взрослых, перенесших психологическую травматизацию.

Целью исследования является выявление нарушений Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, для определения потенциальных мишеней психотерапевтического вмешательства, ориентированного на коррекцию личностного функционирования.

Гипотезы исследования:

1. Представления о самих себе у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, не имеют внутренней согласованности и стабильности, характеризуются дистимической, дисфорической и неадекватной изменчивостью Я-образа.

2. Саморегуляция у молодых взрослых с опытом психологической травматизации развития на низком уровне.

3. Самоотношение у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, отличается низким уровнем самоуважения и самопонимания, недостаточной аутосимпатией и самопринятием, что сочетается с выраженной тенденцией к самообвинению.

В исследовании были использованы следующие стандартизированные психодиагностические методики:

- Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire, LEQ), авторы — Дж. Норбек, И. Сарасон, в адаптации Н. В. Тарабриной.
- Шкала ясности Я-концепции (Self-Concept Clarity Scale, SCCS) в адаптации В. В. Вдовенко, С. А. Щебетенко.
- Методика оценки изменчивости Я-образа, автор — В. Бойко.
- Классический вариант методики изучения самооценки Дембо-Рубинштейн.
- Тест-опросник самоотношения, авторы — В. В. Столин, С. И. Пантеев.
- Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ), автор — В. И. Моросанова.

Для математико-статистической обработки эмпирических данных применялись U-критерий Манна-Уитни, критерий ранговой корреляции г-Спирмена.

Общий объём выборки — 51 человек, 28 — женского пола, 23 — мужского пола. Средний возраст: $19,255 \pm 1,214$ лет. В качестве дифференцирующего критерия выбран результат по методике «Опросник травматических ситуаций (LEQ)»:

- экспериментальная группа — 22 человека, подвергшихся психологической травматизации различного генеза (природные катастрофы и стихийные бедствия, домашнее насилие, дорожно-транспортные происшествия, разбойные нападения);
- контрольная группа — 29 человек без опыта психологической травматизации.

Основная и контрольная выборки оказались сопоставимы по социально-демографическим характеристикам.

Критерии исключения из выборки:

- черепно-мозговые травмы;

- хронические нарушения мозгового кровообращения;
- перенесённые нейроинфекции;
- опухоли головного мозга различной этиологии;
- сахарный диабет 2-го типа;
- заболевания щитовидной железы;
- хронический авитаминоз;
- злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;
- диагностированные психические расстройства.

Программа эмпирического исследования была одобрена на заседании Локального этического комитета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол от 28 августа 2024 года). На всех этапах исследования соблюдались этические принципы организации и проведения психологического исследования, заключающиеся в добровольном участии, непричинении вреда, беспристрастности, полной конфиденциальности и анонимности.

Результаты

По результатам применения методики «Шкала ясности Я-концепции» были получены следующие данные (рис. 1). Молодые взрослые, перенесшие психологическую травматизацию, преимущественно обладают средним (68,2%, 15 человек) и низким уровнем ясности Я-концепции (18,2%, 4 человека). Высокая ясность Я-концепции более свойственна респондентам без психотравмирующего опыта (37,9%, 11 человек), чем тем, кто подвергся психологической травматизации (13,6%, 3 человека). Данные различия статистически достоверны (табл. 1).

Результаты применения «Методики оценки изменчивости Я-образа» показывают, что респонденты с опытом психологической травматизации в большей степени обладают неопределённой изменчивостью Я-образа* (63,6%, 14 человек) (рис. 2). Анализ результатов выполнения респондентами методики изучения самооценки Дембо-Рубинштейн показывает, что половина респондентов экспериментальной группы обладают высокой самооценкой (50%, 11 человек), лишь пятая часть — заниженной (22,7%, 5 человек) (рис. 3).

У травмированных молодых взрослых выявлена более низкая ясность Я-концепции по сравнению с молодыми взрослыми без опыта психотравматизации.

* В рамках «Методики оценки изменчивости Я-образа» В. В. Бойко «неопределённая (недифференцированная) изменчивость» трактуется как специфический диагностический признак. Он отражает состояние самоописания, для которого характерны неустойчивые, противоречивые и фрагментированные характеристики, не имеющие внутренней логической связи ни с ситуационным контекстом, ни с направленным личностным развитием. В отличие от других типов изменчивости — «адекватной (прогрессивной)», «дистимической» или «дисфорической» — неопределённая изменчивость указывает на дезинтегрированность Я-концепции, затруднённую формирование целостного и устойчивого образа «Я».

	Мх в экспериментальной группе (N = 22)	Мх в контрольной группе (N = 29)	Значение Uэмп
Ясность Я-концепции	3,00	3,49	194, $p \leq 0,01$
Самооценка счастья в настоящий момент	53,40	70,86	185, $p \leq 0,01$
Самопонимание	54,19	75,54	185,5, $p \leq 0,01$

Таблица 1. Результаты межгруппового сравнения по U-критерию Манна-Уитни

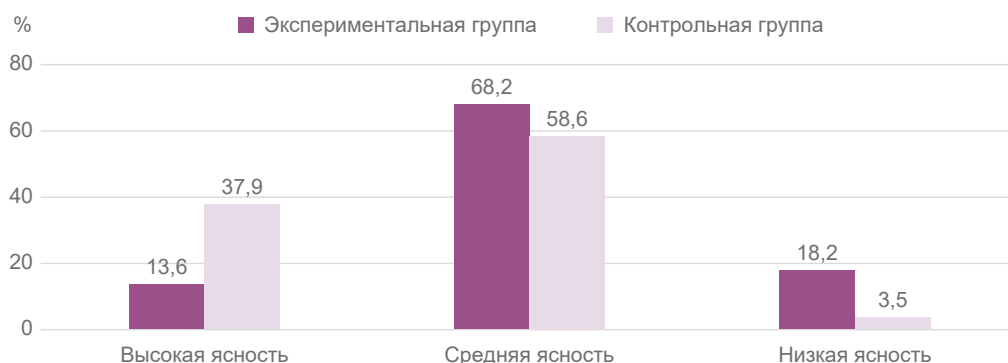


Рисунок 1. Распределение респондентов по уровню ясности Я-концепции



Рисунок 2. Распределение респондентов по видам изменчивости Я-образа

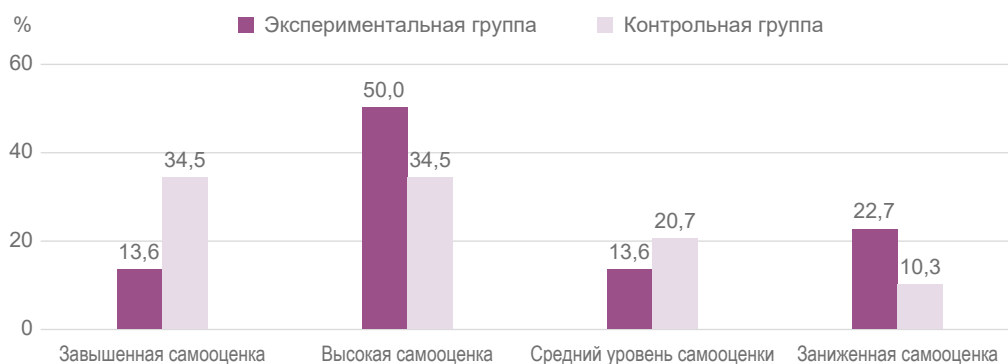


Рисунок 3. Распределение респондентов по уровню самооценки

Методика изучения самооценки Дембо-Рубинштейн также позволяет установить уровни притязания в каждой группе респондентов (рис. 4). Среди молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, наблюдаются завышенный (36,4%, 8 человек) и высокий (31,8%, 7 человек) уровни притязаний.

По результатам применения методики «Тест-опросник самоотношения (ОСО)» были получены следующие данные (рис. 5). Более половины респондентов из экспериментальной группы обладают ярко выраженным чувством «за» самого себя (59,1%, 13 человек). Менее четверти респондентов испытывают противоположное чувство — «против» самого себя (22,7%, 5 человек).

Результаты выполнения методики «Стиль саморегуляции поведения» демонстрируют, что молодые взрослые, имеющие психотравмирующий опыт, обладают средним (31,8%, 7 человек) и низким значением общего уровня саморегуляции (68,2%, 15 человек) (рис. 6).

Обнаружены статистически значимые различия между экспериментальной выборкой и контрольной группой в степени ясности Я-концепции, в уровне самооценки состояния счастья и самопонимания (табл. 1).

Корреляционный анализ переменных, измеренных в экспериментальной группе, показал наличие статистически значимых взаимосвязей (табл. 2).

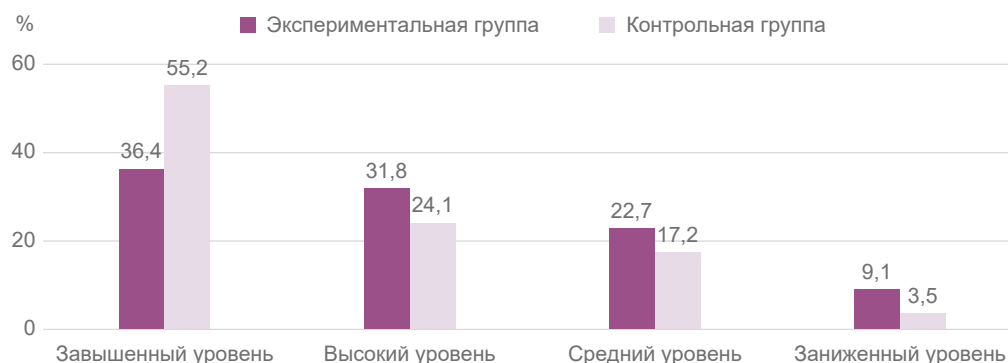


Рисунок 4. Распределение респондентов по уровню притязаний



Рисунок 5. Распределение респондентов по выраженности глобального самоотношения

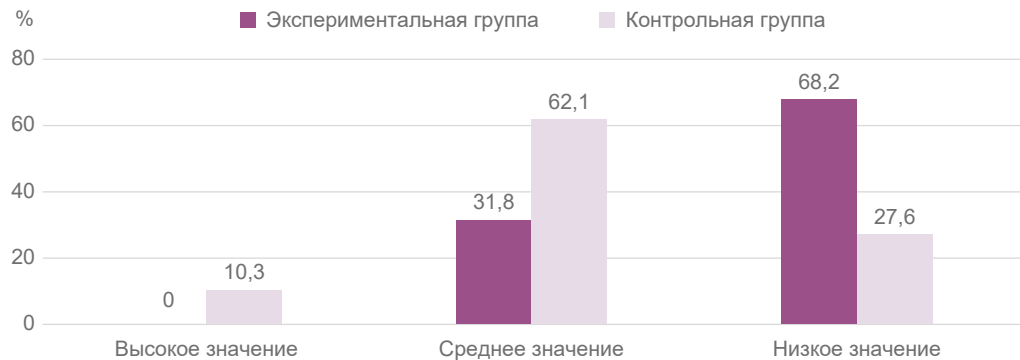


Рисунок 6. Распределение выборки по значению общего уровня саморегуляции

Шкалы методик	Значение коэффициента	Уровень значимости
Количество пережитых психотравмирующих событий (LEQ) x Надёжность (ССПМ)	-0,457	$p \leq 0,05$
Количество пережитых психотравмирующих событий (LEQ) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	-0,426	$p \leq 0,05$
Степень влияния психотравмирующих событий на жизнь респондента за последний год (LEQ) x Надёжность (ССПМ)	-0,494	$p \leq 0,05$
Ясность Я-концепции (SCCS) x Среднее значение самооценки (Дембо-Рубинштейн)	0,479	$p \leq 0,05$
Ясность Я-концепции (SCCS) x Оценивание результатов (ССПМ)	-0,603	$p \leq 0,01$
Ясность Я-концепции (SCCS) x Надёжность (ССПМ)	0,535	$p \leq 0,05$
Среднее значение самооценки (Дембо-Рубинштейн) x Интегральное самоотношение (ОСО)	0,507	$p \leq 0,05$
Среднее значение самооценки (Дембо-Рубинштейн) x Самоуважение (ОСО)	0,442	$p \leq 0,05$
Среднее значение самооценки (Дембо-Рубинштейн) x Аутосимпатия (ОСО)	0,503	$p \leq 0,05$
Среднее значение самооценки (Дембо-Рубинштейн) x Настойчивость (ССПМ)	0,427	$p \leq 0,05$
Расхождение между уровнем притязаний и самооценкой (Дембо-Рубинштейн) x Гибкость (ССПМ)	-0,437	$p \leq 0,05$
Самоуважение (ОСО) x Программирование действий (ССПМ)	0,575	$p \leq 0,01$
Самоуважение (ОСО) x Настойчивость (ССПМ)	0,477	$p \leq 0,05$
Самоуважение (ОСО) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0,616	$p \leq 0,01$
Аутосимпатия (ОСО) x Программирование действий (ССПМ)	0,458	$p \leq 0,05$
Аутосимпатия (ОСО) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0,446	$p \leq 0,05$
Саморуководство (ОСО) x Моделирование значимых условий достижения целей (ССПМ)	0,439	$p \leq 0,05$
Саморуководство (ОСО) x Программирование действий (ССПМ)	0,605	$p \leq 0,01$
Саморуководство (ОСО) x Настойчивость (ССПМ)	0,480	$p \leq 0,05$
Саморуководство (ОСО) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0,678	$p \leq 0,01$
Самообвинение (ОСО) x Программирование действий (ССПМ)	-0,443	$p \leq 0,05$
Самообвинение (ОСО) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	-0,46	$p \leq 0,05$
Самоинтерес (ОСО) x Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0,556	$p \leq 0,01$
Самопонимание (ОСО) x Настойчивость (ССПМ)	0,440	$p \leq 0,05$

Таблица 2. Значимые корреляционные связи по критерию г-Спирмена в экспериментальной группе (N = 22)

Обсуждение результатов

Данное эмпирическое исследование было проведено с целью выявления отклонений в Я-концепции, потенциально связанных с перенесённой психологической травматизацией, и определения соответствующих мишеней психотерапевтического вмешательства.

Обнаружено, что пережитый психотравмирующий опыт оказывает разнонаправленное воздействие на различные аспекты личностного функционирования. С одной стороны, психологическая травматизация снижает устойчивость психической регуляции и ясность Я-концепции, тем самым усложняя адаптацию пострадавшего индивида. С другой стороны, высокие показатели самооценки, самоуважения, аутосимпатии и саморукводства свидетельствуют о достаточной осознанности и уверенности в своих силах, что формирует фундамент совладания с последствиями психотравмирующих событий. При этом у молодых взрослых, перенесших психологическую травматизацию, наблюдается недостаточный уровень самопонимания, что ограничивает их в понимании и осознании своих эмоциональных переживаний. Результаты проведённого корреляционного анализа могут быть интерпретированы следующим образом.

Чем больше психотравмирующих событий пережил индивид, и чем более существенное влияние они оказали на него, тем ниже выявляемые способности к сознательной регуляции психической активности, поведения и деятельности в сложных жизненных ситуациях.

Ясность Я-концепции положительно коррелирует с самооценкой. Люди с чётким и стабильным представлением о самих себе имеют более высокую самооценку, что сопровождается уверенностью в своих силах, способностью к саморегуляции и более адекватной оценкой своих действий.

Высокая самооценка, в свою очередь, способствует развитию более позитивного отношения к себе, уверенности в своих силах, упорству в достижении целей, а также дружелюбности к собственному «Я». Люди с устойчивой высокой самооценкой демонстрируют большую настойчивость, внутреннюю согласованность и способность контролировать свою жизнь. Напротив, низкая самооценка сопровождается склонностью к самообвинению, недоверием к себе и фиксации на своих недостатках.

Дружелюбное отношение к себе (аутосимпатия), высокий уровень самоуважения и самопонимания способствуют осознанному планированию действий, упорству в достижении целей и развитию системы сознательной регуляции поведения.

Склонность к самообвинению отрицательно коррелирует с осознанным построением действий и построением системы регуляции поведения. Люди с низким уровнем самообвинения более эффективно планируют свои действия и достигают лучших результатов.

Полученные результаты позволяют обозначить следующие мишени для психотерапевтического вмешательства, направленного на достижение субъективного благополучия личности молодых взрослых с психотравмирующим опытом:

- низкий уровень ясности Я-концепции;
- неопределённая изменчивость Я-образа;
- заниженная самооценка;
- завышенный уровень притязаний;
- негативное самоотношение;
- низкий уровень саморегуляции.

Следовательно, задачи оказания психологической помощи молодым взрослым, перенесшим психологическую травматизацию, формулируются следующим образом:

- повышение уровня ясности Я-концепции, преодоление внутриличностного конфликта;
- развитие адекватной и устойчивой самооценки, обеспечивающей гармоничное развитие личности;
- оптимизация уровня притязаний;
- формирование непротиворечивого позитивного самоотношения;
- развитие навыков самопонимания и самоприятия;
- формирование навыков саморегуляции и стрессоустойчивости.

При оказании психологической помощи молодым взрослым, перенесшим психотравмирующее воздействие, следует руководствоваться принципами:

- *последовательность и системность* — психотерапевтическое вмешательство начинается с создания безопасной обстановки, за этим следует психотерапевтическая работа с эмоциями, далее — с когнитивными установками;
- *индивидуальный подход* — учёт личного опыта и особенностей личности, степени психологической травматизации и масштаба её влияния на субъективное благополучие;
- *активное участие* — клиента следует, по возможности, активно вовлекать в психотерапевтический процесс, что способствует увеличению его субъективного контроля над происходящими изменениями;
- *ориентация на ресурсы* — при подборе и осуществлении психотерапевтических вмешательств акцент смещается на сильные стороны личности клиента для восстановления баланса и укрепления Я-концепции.

Выводы

1. Уровень ясности Я-концепции у молодых взрослых, подвергшихся психологической травматизации, значительно ниже, чем у тех, кто не сталкивался с психотравмирующим опытом. Для данной категории характерны: умеренно сформированное представление о себе, относительная согласованность его компонентов и устойчивость их во времени. У психологически травмированных индивидов искажаются представления о самих себе, уровень убеждений и мотивов, направленных на себя. Данная группа респондентов характеризуется более низкой степенью внутренней согласованности Я-концепции и уверенности в себе, что также влияет на структуру Я-концепции в целом.
2. Молодые взрослые, перенесшие психологическую травматизацию, обладают неопределённой изменчивостью Я-образа. У них наблюдаются нарушения целостности самовосприятия, трудности в формировании устойчивого представления о себе, колебания самооценки и сложности в самоидентификации. Логично предположить, что психологическая травматизация существенно влияет на формирование Я-образа, приводя к его нестабильности и неоднородности проявлений.
3. Большинство респондентов из экспериментальной группы, пережившие психотравмирующие ситуации, обладают высокой самооценкой, и лишь пятая часть данной выборки — заниженной. Такие результаты позволяют предположить, что высокая самооценка выступает в качестве нарциссической защиты, помогая успешно справляться с трудностями и адаптироваться к сложным жизненным ситуациям.
4. У молодых взрослых с опытом психологической травматизации чаще наблюдается завышенный или высокий уровень притязаний. Они стремятся к чрезвычайно высоким целям и могут нереалистично оценивать свои возможности.
5. Около половины респондентов из экспериментальной выборки обладают ярко выраженным чувством «за» самого себя, что указывает на их способность противостоять негативным воздействиям и сохранять позитивное отношение к себе. С другой стороны, часть респондентов испытывает противоположное чувство — «против» самого себя. Это может быть связано с тем, что они столкнулись с более серьёзными психоло-

гическими травмами, которые вызывают у них негативные эмоции и сомнения в собственной ценности.

6. Молодые взрослые, перенесшие психотравмирующие ситуации, обладают средним и низким значением общего уровня саморегуляции, что может указывать на негативное воздействие психологической травматизации на механизмы саморегуляции, недостаточную сформированность осознанной саморегуляции.
7. Формирование и укрепление позитивного самоотношения, повышение ясности Я-концепции, тренировка навыков саморегуляции являются важными компонентами в психотерапевтической работе с последствиями психотравмирующих событий.

Учитывая пилотный характер проведённого исследования и специфику полученных результатов, мы считаем целесообразными следующие перспективы продолжения научной работы:

- проведение лонгитюдного исследования динамики Я-концепции с периодическими регулярными замерами показателей Я-образа, самооценки и самоотношения в течение 1–3 лет в выборке подростков или молодых взрослых, что позволит более детально охарактеризовать причинно-следственные связи между психотравмирующим опытом и изменениями в самосознании, а также выявить протективные факторы, обуславливающие устойчивость и ясность Я-концепции;
- проведение сравнительных исследований с учётом возрастных параметров (возраст на момент психологической травматизации; возраст на момент участия в исследовании), что позволит более детально понять роль нарциссических защит в различных возрастных контекстах;
- разработка и тестирование системы психотерапевтических интервенций, направленных на стабилизацию и повышение ясности Я-концепции, развитие навыков эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

Список литературы

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup5):1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.
2. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017;47(13):2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.
3. Берчун АВ, Падун МА. Особенности структурной организации Я-концепции у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. *Консультативная психология и психотерапия.* 2020;28(3):8–30.

4. Губарева НА. Психотравма и жизненная перспектива личности: теоретический анализ и адаптационные механизмы. Актуальные проблемы психологических исследований. 2025;1(2):45–62.
5. Кочетова ЮА, Климакова МВ, Емельянова ЕА. Психологическая травма в разные периоды детства: влияние на Я-концепцию. Социальная психология и общество. 2025;16(2):112–128.
6. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27(1): 78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>.
7. Truskauskaitė-Kuneviciene I, Brailovskaia J, Kamite Y, Petrauskaitė G, Margraf J, Kazlauskas E. Does Trauma Shape Identity? Exploring the Links Between Lifetime Trauma Exposure and Identity Status in Emerging Adulthood. *Front Psychol*. 2020;11:570644. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570644>.
8. Всемирная организация здравоохранения. Насилие и психическое здоровье. Женева: ВОЗ; 2021. <https://www.who.int>.
9. Labouvie-Vief G. Postformal thought and adult development. In: Sternberg RJ, editor. *Adult development*. New York: Praeger; 1990.
10. Pynoos RS, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic Stress in Childhood and Adolescence: Recent Developments and Current Controversies. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(4):345–368.
11. Marcia JE. Development and validation of ego-identity status. *J Pers Soc Psychol*. 1966;3(5):551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>.
12. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (МКБ-11). Женева: ВОЗ; 2018–2021. <https://icd.who.int>.
13. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2013;26(3):299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>.
14. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.
15. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>.
16. Cloitre M. The "one size fits all" approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>.
17. Katoch N. Trauma Exposure During Adolescence and Its Impact on Self-Concept Among Adults. *Int J Indian Psychol*. 2025;13(2):208. <https://ijip.in/articles/trauma-exposure>.
18. Melamed DM, Botting J, Lofthouse K, Pass L, Meiser-Stedman R. The Relationship Between Negative Self-Concept, Trauma, and Maltreatment in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2024;27(1): 220–234. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00472-9>.
19. van der Kolk BA. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking Press; 2014. p. 147–172.
20. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspect Psychol Sci*. 2013;8(6):651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>.



АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ

СИМВОЛДРАМА

(КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ)



aipp.education/kip

Профессиональная переподготовка
с сентября 2026 г. по июнь 2027 г.



АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ — это русско-сербская школа психотерапии с представительством в России и Сербии, которая предоставляет глубокие и структурированные знания, а также все необходимые практические навыки для успешной работы в области психотерапии и психологического консультирования.

Мы являемся лицензированным российским учреждением дополнительного профессионального образования. Образовательная лицензия № ЛО35-01298-77/00624104.

В нашей Академии вы можете освоить:

- ☑ современные методы психотерапии;
- ☑ интегральную каузальную психотерапию (ИКП) — наш инновационный подход.

С нами начинающие психотерапевты быстро переходят к практике и становятся компетентными специалистами, а опытные психотерапевты открывают новые горизонты в профессии.

ПРЕИМУЩЕСТВА НАШЕЙ ШКОЛЫ

- ☑ Преподаватели — ведущие эксперты в своей области.
- ☑ Практическое обучение на клинических кейсах и с демонстрацией техник.
- ☑ Доступность всех лекций в записи.
- ☑ Структурированные материалы с ясными алгоритмами.
- ☑ Профессиональное развитие в международном сообществе.

Наш подход — интегральная каузальная психотерапия (ИКП) — это современный психодинамический метод, который в краткосрочной перспективе помогает устранить причины многих психологических дисфункций, а в долгосрочной — способствует формированию здорового и стабильного Эго. ИКП сочетает и синергически использует нейромоделирование, психодинамику и символдраму. Теория личности и программа обучения ИКП высоко оценены профессиональным сообществом в России и Сербии.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА

- ☑ Мультимодальная психотерапия с интеграцией различных подходов.
- ☑ Чёткая структура работы с заданными мишенями психотерапии.
- ☑ Разнообразные точки входа для работы с материалом клиента.
- ☑ Разработанные методики для работы с агрессией и самооценкой.
- ☑ Структурированные протоколы для работы с ключевыми запросами клиентов.

Приглашаем вас узнать больше о нашей школе на сайте

<https://aipp.education>

Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами
по электронной почте mail@aipp.education.



КАУЗАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



с 7 октября 2026 г.

■ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА