

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра Педагогика и психология

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Детские травмы как источник дисгармонии во взрослой жизни:

регрессионная терапия в восстановлении целостности личности

Обучающийся

О.А. Грушева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

канд. психол. наук, И.В. Кулагина

руководитель

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы исследования детских психотравм и их влияния на личностную целостность.....	14
1.1 Психологическая травма в детском возрасте: понятие, классификация и последствия для личности .....	14
1.2 Механизмы отсроченного действия травматического опыта	18
1.3 Личностная целостность: эволюция понятия, структура и критерии оценки.....	23
1.4 Регрессионная терапия как метод восстановления личностной целостности.....	33
Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности регрессионной терапии в восстановлении личностной целостности .....	41
2.1 Организация, методы и этапы эмпирического исследования.....	41
2.2 Констатирующий этап: стратификация выборки и результаты первичной диагностики .....	45
2.3 Формирующий этап: разработка и апробация авторской модели консультативной работы с применением регрессионного подхода...	53
2.4 Результаты исследования эффективности регрессионной терапии как метода восстановления личностной целостности.....	61
Заключение.....	93
Список используемой литературы и используемых источников.....	96

## Введение

«Все мы родом из детства», – писал Антуан де Сент-Экзюпери, подчёркивая неразрывную связь между ранним опытом человека и его последующей жизнью. Эта мысль точно отражает психологические процессы становления личности: переживания детства становятся не просто этапом развития, но основанием, на котором выстраивается жизненный сценарий – восприятие, поведение, способы эмоционального реагирования, характер отношений и уровень психологического благополучия.

Проблематика детской психотравмы (далее – травмы) занимает особое место в современной психологической науке, так как она лежит в основе нарушений не только личностного функционирования, но и психологического здоровья взрослого человека. Классические труды З. Фрейда, Дж. Боулби, К. Роджерса, А. Маслоу и В. Франкла заложили основу для понимания того, что именно события раннего возраста формируют базовые представления человека о себе и мире, его способность к установлению эмоциональных связей, уровень доверия, автономии и самопринятия [5, 38, 44, 48, 57, 58]. Отечественные психологи – Е.Г. Дозорцева, И.В. Дубровина, Е.А. Петрова и другие – подчёркивают, что непржитые детские переживания продолжают влиять на личность во взрослом возрасте, даже если сами события не осознаются, и могут снижать уровень психологического здоровья, формируя хроническое внутреннее напряжение и чувство неустойчивости [19, 20, 42].

Психологическая травма детства рассматривается как одно из наиболее значимых явлений, определяющих структуру и динамику личности. По определению Б. Колка, травма – это «эмоциональный след, который сохраняется в теле и психике, даже если событие забыто сознательно» [6]. Таким образом, человек может не помнить само событие, но его последствия сохраняются в виде устойчивых эмоциональных реакций, телесных

ощущений или повторяющихся жизненных сценариев, что ведёт к потере внутренней согласованности и нарушению личностной целостности [10, 11].

В контексте данной работы рассматриваются не клинические случаи психических расстройств, а психологические проявления без патологической выраженности. Объектом анализа являются взрослые респонденты, столкнувшиеся с последствиями детских психотравм, проявляющихся в виде эмоциональной неустойчивости, внутреннего напряжения, сниженного самопринятия, тревожности, чувства вины и внутренней несогласованности [2, 6, 7, 19, 20, 23, 50, 51].

Работа с участниками осуществлялась исключительно в формате психологического консультирования. Термин «регрессионная терапия» используется как общепринятое название консультативного метода (по аналогии с арт-терапией, кинотерапией) и не означает медицинского или клинического вмешательства, далее может применяться наравне с обозначением «регрессионный подход». Консультативная сессия проводилась в состоянии естественного транса – естественной фокусировки внимания с применением авторской консультативной модели мультимодальной интеграции раннего опыта (регрессионный подход) (МИРО-РП). Доступ к материалу переживания осуществляется через модально управляемый доступ – четыре ведущие модальности (каналы): эмоциональная, соматическая, образная, вербальная, что служит осознанию и интеграции опыта [14, 54, 56, 68, 79].

Такой подход позволяет мягко и экологично прорабатывать последствия непрожитых переживаний, способствуя восстановлению внутренней целостности и повышению психологического благополучия при строгом соблюдении этических и профессиональных стандартов деятельности психолога [49]. Психотравмы детства нередко остаются неосознанными, но проявляются в форме повторяющихся внутренних конфликтов, эмоциональных блоков и защитных моделей поведения. Д. Калшед описывает этот процесс как формирование «внутреннего

охраняющего комплекса» – системы бессознательных защит, которая одновременно оберегает личность от боли и препятствует её развитию [24].

Современная психология рассматривает личность как динамическую, саморегулирующуюся систему, в которой интеграция различных уровней опыта – сознательного и бессознательного, эмоционального и когнитивного – обеспечивает её целостность и устойчивость. Гуманистическая традиция (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл) подчёркивает, что основой психологического здоровья является согласованность между внутренним «Я» и внешними проявлениями личности, способность к осмыслению собственного опыта и развитию позитивных жизненных целей [38, 48, 57].

В отечественной научной традиции психологическое здоровье трактуется как состояние динамического равновесия между внутренними и внешними аспектами жизнедеятельности, обеспечивающее адекватную адаптацию и устойчивое чувство целостности личности [4, 18, 20, 44].

В настоящем исследовании личностная целостность понимается как согласованность мотивационно-ценностных, эмоционально-волевых и когнитивных компонентов «Я», обеспечивающую устойчивое переживание внутренней непрерывности и психологического благополучия. В операциональном плане целостность проявляется через осмысленность и направленность жизни, психологическое благополучие, эмоциональную саморегуляцию и способность к вербализации чувств (снижение алекситимии), социально-психологическую адаптацию. Эти индикаторы далее используются для оценки динамики «до/после консультативного воздействия» [34, 35, 39, 41, 64].

В контексте современных исследований особое значение приобретает анализ механизмов отсроченного действия травматического опыта. Как подчёркивает Б. Колк, эмоциональные и телесные воспоминания хранятся в бессознательном и способны активироваться под воздействием стрессовых факторов, вызывая реакции, несоразмерные текущей ситуации, П. Левин отмечает, что «тело помнит то, что ум забыл», указывая на необходимость

интеграции телесно-эмоционального опыта в процесс психологической саморегуляции и консультативной практики [6, 32]. Эти механизмы объясняют, почему травматический опыт не исчезает со временем, а требует бережного осознания и интеграции.

Следовательно, травматический опыт детства может рассматриваться как система неинтегрированных переживаний, фрагментирующих личность и препятствующих полноценному функционированию взрослого человека. Отсутствие своевременной коррекции поддерживает компенсаторные механизмы (вытеснение, рационализация, избегание), которые со временем становятся устойчивыми паттернами и ограничивают способность к адаптации и росту [58, 59].

В трудах С. Грофа, Х. ТенДама, Р. Вулгера, В.А. Смирнова и других исследователей подчёркивается, что обращение к прошлому опыту в состоянии естественного транса способствует восстановлению эмоциональной согласованности и раскрытию внутренних ресурсов личности в консультативной работе [14, 15, 54, 55, 56, 77, 79]. В отличие от директивных форм гипнотерапии, регрессионная терапия в состоянии естественного транса акцентирует внимание не на внушении, а на осознанном переживании и интеграции травматических состояний [8, 9, 56, 65].

Актуальность настоящего исследования определяется сочетанием теоретических, практических и социально-психологических факторов. Во-первых, растёт число взрослых, испытывающих отсроченные последствия детской травматизации (снижение психологического благополучия, эмоциональная неустойчивость, трудности в построении близких отношений, нарушения саморегуляции) [6, 7, 10, 11, 12, 19, 24, 50, 69]. Во-вторых, при высоком запросе на методы глубинной помощи регрессионная терапия в отечественной науке представлена ограниченно: публикации преимущественно описательные, эмпирические исследования единичны [14, 15, 54, 55, 56, 79]. В-третьих, в условиях социальной неопределённости

возрастает потребность в методах, поддерживающих интеграцию травматического опыта и формирование зрелых форм адаптации, осознанности и эмоциональной устойчивости [6, 19, 20, 38, 62].

Таким образом, проверка эффективности техник регрессионной терапии как инструмента восстановления личностной целостности представляется актуальным и социально значимым направлением научного поиска. Проведённое эмпирическое исследование и апробация авторской модели консультативной работы нацелены на восполнение этого дефицита. Целостность личности трактуется как комплексная характеристика зрелости (устойчивость к стрессу, когерентность «Я»-образа, осознанность и способность к самоактуализации) [33, 34, 56], в этой связи особую значимость приобретает научная оценка эффективности консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП, направленной на мягкую переработку эмоциональной памяти и интеграцию вытеснённого травматического опыта. Такой подход позволяет ослабить последствия травм и восстановить внутренние ресурсы, необходимые для адаптации и личностного развития [14, 15, 56, 68, 79].

Проведение эмпирического исследования в данной области позволяет обосновать целесообразность применения регрессионных техник в психологическом консультировании, разработать диагностические и коррекционные критерии эффективности консультативной работы, а также расширить научное понимание взаимодействия сознательных и бессознательных уровней опыта в процессе личностной интеграции. Проблематика детской психотравматизации и её отдалённых последствий отражена в трудах отечественных и зарубежных исследователей. В научном дискурсе описаны различные подходы к диагностике и коррекции травматического опыта: когнитивно-поведенческий, психодинамический, гуманистический, телесно-ориентированный и интегративный. В работах З. Фрейда, К. Роджерса, Дж. Боулби, Б. Колка, С. Грофа подчёркивается значимость раннего травматического опыта для формирования структуры

личности, её устойчивости и способности к интеграции в зрелом возрасте [5, 6, 14, 15, 48, 58]. Несмотря на многообразие подходов, анализ литературы показывает, что регрессионный метод, ориентированный на работу с бессознательной эмоциональной памятью и восстановление личностной целостности, остаётся недостаточно исследованным в отечественной научной традиции: имеющиеся публикации преимущественно описательны, основаны на практическом опыте консультантов и не содержат систематизированных данных, полученных с соблюдением строгих эмпирических процедур. Исследования эффективности регрессионных техник в консультативной практике единичны, что затрудняет их научную верификацию и ограничивает распространение подхода [54, 56, 79].

На основании выявленного противоречия сформулирована научная проблема: требуется эмпирическая оценка результативности консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП при восстановлении личностной целостности у взрослых, переживших психотравматический опыт в детстве. Актуальность проблемы обусловлена тем, что регрессионные техники задействуют естественные механизмы осознания и переработки опыта, способствуя интеграции вытеснённых эмоциональных состояний. Научное осмысление и эмпирическая проверка эффективности данного консультативного подхода открывают возможности его включения в профессиональный инструментарий психолога и подтверждают его целесообразность при работе с последствиями детской травматизации и восстановлении внутренней согласованности личности [14, 15, 56, 79].

Цель исследования: эмпирическая оценка эффективности авторской консультативной модели МИРО-РП в восстановлении личностной целостности у взрослых с последствиями детской психотравматизации.

Объект исследования: личностные особенности лиц, переживших психотравматические события в детском возрасте.

Предмет исследования: динамика показателей личностной целостности в процессе реализации авторской консультативной модели МИРО-РП.

Гипотеза исследования: применение авторской консультативной модели МИРО-РП приводит к повышению осмысленности жизни, росту психологического благополучия, снижению выраженности алекситимии и укреплению социально-психологической адаптации по сравнению с контрольной группой и исходным уровнем.

Задачи исследования:

- провести теоретический анализ проблемы детской психотравматизации и ее отсроченного влияния на личностную целостность и психологическое здоровье взрослого человека;
- проанализировать регрессионный подход в психологическом консультировании как метод работы с последствиями детских травм;
- разработать и теоретически обосновать авторскую консультативную модель, направленную на восстановление личностной целостности;
- подобрать и теоретически обосновать комплекс валидных и надежных психодиагностических методик, адекватных цели и предмету исследования, для оценки уровня детской травматизации и компонентов личностной целостности;
- апробировать авторскую консультативную модель в ходе формирующего эксперимента и оценить динамику показателей личностной целостности, психологического благополучия, алекситимии и социально-психологической адаптации в экспериментальной группе в сравнении с контрольной;
- проанализировать и интерпретировать полученные эмпирические данные, сформулировать выводы и практические рекомендации по применению модели.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- концепции влияния детского опыта на развитие личности, представленные в работах классиков и современных психологов:

З. Фрейда, Дж. Боулби, К. Роджерса, А. Маслоу, Б. Колка, С. Грофа, Д. Калшеда, а также отечественных исследователей Е.Г. Дозорцевой, И.В. Дубровиной, М.М. Решетникова [5, 6, 14, 15, 17, 19, 20, 24, 38, 48, 57, 58];

– научные подходы к диагностике и классификации психотравмирующего опыта в детстве, основанные на работах Ю.В. Голубевой, Е.А. Петровой и других российских исследователей [10, 11, 12, 42, 80];

– теории личностной целостности и психологического благополучия, представленные в трудах К. Роджерса, В. Франкла, К. Рифф, Д.А. Леонтьева, а также в отечественной концепции психологического здоровья [1, 3, 4, 18, 34, 35, 44, 48, 57];

– идеи регрессионной терапии (подхода) как инструмента глубинной психологической, консультативной работы, разработанные Х. ТенДамом, Р. Вулгером, С. Грофом, В.А. Смирновым и другими исследователями, особое внимание уделено консультативной работе с техниками регрессионной терапии в состоянии естественного транса, основанной на использовании естественных механизмов воспоминания, телесной саморегуляции и внутреннего диалога без применения гипноза [14, 15, 54, 56, 79].

Методы исследования: теоретические методы – анализ и синтез научной литературы, концептуальный анализ понятия «личностная целостность»; эмпирические методы – психодиагностическое обследование на основе валидных методик и индивидуальное психологическое консультирование с использованием техник регрессионного подхода; методы математико-статистической обработки данных [31, 37].

Диагностический инструментарий для оценки уровней травматизации, личностной целостности, эмоциональной регуляции и психологического благополучия:

– социально-демографическая анкета;

- опросник детской травмы (СТQ-SF) [66];
- опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) [63, 69];
- шкала психологического благополучия К. Рифф (PWB) [35];
- шкала смысложизненных ориентаций (СЖО) [34];
- Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) [26, 64];
- опросник социально-психологической адаптации (СПА) [41];
- авторская анкета парной интегративной самооценки (АПИС), инструмент парных замеров «до/после» (экспериментальная группа).

Статистическая обработка данных: использовались критерий Манна–Уитни, критерий Вилкоксона для парных сравнений, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, расчёт размера эффекта ( $r$ ), сравнение долей критерием  $\chi^2$  Пирсона, при ожидаемых частотах  $< 5$  – точный критерий Фишера (двусторонний), а также контент-анализ для интерпретации текстовых данных. Статистическая обработка выполнялась в IBM SPSS Statistics 27, во всех проверках применялись двусторонние критерии при уровне значимости  $p < 0,05$  [30].

Эмпирическая база исследования: исследование проводилось на базе частной психологической практики (г. Тюмень) в 2025 году. В нём участвовали 62 респондента (мужчины и женщины) в возрасте от 20 до 62 лет.

Научная обоснованность и достоверность результатов обеспечены опорой на современные теоретические подходы к проблемам детской психотравматизации, личностной целостности и глубинного консультирования, использованием валидных диагностических методик, соответствием методов поставленным задачам, репрезентативностью выборки, а также применением статистических процедур, подтверждающих достоверность полученных различий и закономерностей.

Научная новизна данного исследования состоит в том, что:

- предложена и апробирована авторская консультативная модель МИРО-РП (структурированный алгоритм сессии, единые процедурные

требования), ориентированная на восстановление личностной целостности взрослых с последствиями детской травматизации;

– получены новые эмпирические данные о результативности авторской консультативной модели МИРО-РП: зафиксирована позитивная динамика показателей, связанных с целостностью личности (осмысленность жизни, психологическое благополучие, выраженность алекситимии, социально-психологическая адаптация) по схеме «до/после консультативного воздействия» и в сопоставлении с группой без вмешательства;

– апробирован авторский инструмент АПИС как средство интеграции количественных и качественных оценок динамики «до/после» в рамках консультативной работы.

Теоретическая значимость заключается в расширении представлений о регрессионном подходе как научно обоснованном консультативном методе и во вкладе в развитие концепции личностной целостности как системного показателя психологического здоровья.

Практическая значимость состоит в возможности применения полученных данных в консультативной практике со взрослыми, пережившими детские психотравмы, а также при подготовке специалистов и проведении супервизий в области глубинного консультирования.

Личное участие автора охватывало все этапы работы – от замысла до анализа результатов, включая теоретико-методологическое обоснование, эмпирическую часть и формулировку выводов.

Апробация результатов осуществлялась в рамках магистерской подготовки и представлена в научных публикациях:

– Грушевая О.А. Регрессионная терапия как инструмент преодоления последствий детских травм // Инновационные подходы в современной науке. 2025. № 1(181). М. : Интернаука. С. 35-40.

– Грушевая О.А. От метода к модели: теоретико-методологическое обоснование и эмпирическая апробация авторской консультативной

модели МИРО-РП // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. 2025. № 11 (112)

На защиту выносятся следующие положения:

- детские психотравмы являются источником дисгармонии взрослой жизни: снижаются психологическое благополучие, осмысленность, эмоциональная регуляция и социальная адаптация, дисгармония поддаётся консультативной коррекции через интеграцию непрожитого опыта;
- консультативная работа в модели МИРО-РП обеспечивает доступ к исходным переживаниям через модальности (каналы) – эмоциональную, соматическую, образную и вербальную и создаёт условия для безопасного отреагирования и интеграции, что служит восстановлению личностной целостности;
- авторская консультативная модель МИРО-РП эффективна: растут психологическое благополучие и осмысленность жизни, снижается алекситимия, улучшается социально-психологическая адаптация по сравнению с исходным уровнем и с группой без вмешательства;
- интеграция данных стандартизированных методик с результатами авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС) повышает согласованность количественных и качественных данных при анализе изменений.

Структура магистерской диссертации: работа включает введение, две главы (теоретическую и эмпирическую), заключение, список литературы. Объём основного текста составляет 102 страниц, работа содержит 18 таблиц, 24 рисунка и список литературы, включающий 80 источников.

## **Глава 1 Теоретические основы исследования детских психотравм и их влияния на личностную целостность**

### **1.1 Психологическая травма в детском возрасте: понятие, классификация и последствия для личности**

Вопрос о влиянии детского опыта на становление личности занимает одно из центральных мест в современной психологической науке. Детство рассматривается как критический период, в течение которого формируются базовые механизмы эмоциональной регуляции, самоотношения и устойчивые модели взаимодействия с окружающим миром. Многочисленные исследования подтверждают: травматические события, пережитые в детстве, оказывают пролонгированное влияние на психику, нарушая процессы формирования личностной целостности и адаптационных механизмов [7].

Современные метаанализы подчёркивают, что ранние неблагоприятные переживания связаны не только с риском психических нарушений, но и с изменением нейropsychологического и соматического процессов, формируя устойчивую склонность к стрессовой гиперреактивности [6, 67]. Согласно исследованиям В. Фелитти и Р. Анда, полученные в детстве травматические переживания формируют устойчивые поведенческие и когнитивные паттерны, сохраняющиеся на протяжении всей жизни и ассоциированные с повышенным риском эмоциональных и соматических расстройств [2, 69].

Психологическая травма детства (далее – детская травма) – это не только травмирующее событие, но и его индивидуальное переживание ребёнком, которое может нарушать базовые структуры психоэмоционального развития, вести к утрате чувства безопасности и формированию устойчивых состояний тревоги, страха и беспомощности [6]. Таким образом, детская психотравма выступает не просто фактором стресса, а фактором дезинтеграции формирующейся личности. Она нарушает базовые процессы становления связного и целостного «Я», что в отдаленной перспективе

создает предпосылки для устойчивой личностной дисгармонии во взрослом возрасте [6, 19, 24].

Как отмечал Дж. Боулби, тесные эмоциональные связи с родителями жизненно необходимы для нормального психологического развития ребёнка, а их отсутствие ведёт к искажению модели привязанности, нарушению формирования устойчивого образа «Я» и затруднению эмоциональной регуляции [5, с. 98]. В рамках теории привязанности М. Эйнсворт было показано, что дефицит эмоционального отклика взрослого приводит к формированию небезопасных форм привязанности – тревожной, избегающей или дезорганизованной – что определяет характер последующих межличностных взаимодействий [5, 51, 74].

Истоки научного осмысления природы психотравмы восходят к трудам З. Фрейда [58]. Согласно его концепции, вытеснение является защитным процессом, посредством которого психика отгораживается от непереносимых аффектов, перемещая их в область бессознательного. Однако вытесненные переживания продолжают влиять на поведение человека, проявляясь в симптомах, сновидениях и повторяющихся жизненных сценариях. Развивая эти идеи, К.Г. Юнг рассматривал травму как столкновение сознания с бессознательными архетипическими содержаниями, которое при отсутствии интеграции ведёт к расколу личности и активации защитных комплексов [17, 40, 58, 59].

Гуманистическая психология (К. Роджерс, А. Маслоу) акцентирует внимание на нарушении процессов самоактуализации и личностной целостности под воздействием травматических факторов [38, 48]. Недостаток принятия и поддержки со стороны значимых взрослых препятствует формированию аутентичного «Я» и гармоничной самоидентичности. В. Франкл связывал переживание травмы с кризисом смысло-жизненной направленности, отмечая, что восстановление целостности возможно только через осмысление и поиск нового смысла [57].

Нейропсихологические исследования последних лет показывают, что последствия травматизации затрагивают не только эмоционально-психическую, но и нейрофизиологическую сферу: описаны гиперактивация миндалевидного тела, снижение активности и (по ряду данных) объёма гиппокампа, а также нарушение взаимодействия с префронтальной корой [6, 67]. Эти изменения затрудняют интеграцию эмоционального опыта, переработку стрессовых стимулов и осознание аффективных состояний. Хроническая активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси приводит к дисрегуляции кортизола, повышенной тревожности и снижению стрессоустойчивости [6, 69, 71].

Как подчёркивает Б. Колк, «травма живёт в теле: она фиксируется в телесной памяти, минуя сознательную переработку, и может воспроизводиться в форме соматических симптомов, сенсомоторных реакций и навязчивых воспоминаний» [6, с. 212]. Телесно-ориентированные исследователи что работа с сенсомоторными проявлениями способствует восстановлению связи между телом и психикой, возвращая доступ к подавленным чувствам [32].

Психологическая травма, особенно пережитая в раннем возрасте, оказывает разрушительное воздействие на структуру личности. Нарушается формирование устойчивого самовосприятия, искажается образ «Я», страдает способность к регуляции эмоций и построению зрелых социальных связей. Эти нарушения проявляются на различных уровнях:

- когнитивном (негативные убеждения о себе и мире, искажение интерпретации событий);
- эмоциональном (аффективная неустойчивость, трудности в идентификации и выражении чувств);
- поведенческом (избегание, изоляция, агрессия, самоповреждающее поведение);
- мотивационно-смысловом (потеря целей, смысла, дефицит самореализации);

– экзистенциальном (утрата чувства целостности, принадлежности, непрерывности личной истории).

Совокупное воздействие на эти уровни приводит к системному эффекту – фрагментации личности. Нарушается согласованность между различными компонентами «Я»: когнитивными схемами, эмоциональными реакциями, поведенческими паттернами и смысловыми структурами. Эта рассогласованность является прямым проявлением нарушения личностной целостности, что становится центральной проблемой для психологической коррекции у взрослых, переживших детскую травму [24, 33, 39]. Эти уровни взаимосвязаны и образуют эффект «травматического цикла» и представляют замкнутую систему повторяющихся переживаний и реакций [24]. Выраженной формой последствий является алекситимия – снижение способности осознавать и вербализовать эмоции, она коррелирует с тяжестью посттравматических симптомов и частотой соматических жалоб [6, 63]. В дальнейшем будем использовать термин модальности (каналы) для обозначения четырёх согласованных путей доступа к переживанию: эмоциональной, соматической, образной и вербальной. Работа в этих модальностях (каналах) обеспечивает целостный охват аффективных, телесных, образных и смысловых уровней опыта и задаёт операциональную основу авторской консультативной модели МИРО-РП.

Нередко у лиц с историей детской травматизации формируются нарушения привязанности: во взрослом возрасте чаще наблюдаются тревожно-амбивалентные, избегающие и дезорганизованные модели, сопровождающиеся страхом близости, эмоциональной неустойчивостью и дефицитом доверия [5; 74]. Описан феномен межпоколенческой передачи травмы – бессознательная трансляция неинтегрированных эмоциональных паттернов родителей, воспроизводимых в поведении и реакциях детей [10, 11, 23, 46, 50].

Личностная целостность в современной психологии определяется как согласованность и интеграция когнитивного, эмоционального, телесного,

поведенческого и экзистенциального уровней [24, 35, 36]. Детская травматизация нарушает эту интеграцию, вызывая диссоциацию между компонентами психики. В отечественной литературе (Е.Г. Дозорцева, М.М. Решетников и другие) выделяют три уровня воздействия травмы – структурный, функциональный и экзистенциальный [1, 19, 47].

На структурном уровне – нарушение базовой организации психики, выражающееся в расщеплении между чувствами, мыслями, телесными ощущениями и образом себя. На функциональном – снижение адаптивных возможностей: устойчивости к стрессу, эмоциональной регуляции и поведенческой согласованности. На экзистенциальном – утрата смысла и непрерывности личной истории, внутреннее ощущение пустоты и оторванности от собственного «Я». Эти эффекты особенно выражены при длительной, хронической или кумулятивной травматизации, создающей «зоны психической хрупкости» даже спустя десятилетия [19].

Таким образом, детская психотравма представляет собой системное многоуровневое нарушение, дезинтегрирующее структуру личности. Её отсроченные последствия проявляются в устойчивой деформации личности, снижении адаптивности, саморегуляции и способности к самоактуализации, что на концептуальном уровне описывается как утрата личностной целостности. Понимание данного механизма позволяет точнее определить направления эффективной психокоррекционной работы, нацеленной на реинтеграцию, включая подходы, основанные на естественном транссе и проработке эмоционально-телесного опыта [6, 14, 19, 32, 52, 70].

## **1.2 Механизмы отсроченного действия травматического опыта**

Значимая особенность детской психотравмы – способность оказывать отсроченное воздействие на психику взрослого человека: первичная симптоматика может быть слабо выраженной или отсутствовать, тогда как

клинические проявления возникают спустя годы (запаздывающая симптоматика) [53].

Современные исследования в области аффективной нейробиологии (Б. Колк, С. Гроф, Р. Джонсон) подтверждают, что детский травматический опыт оказывает долговременное влияние на функционирование структур мозга, прежде всего лимбической системы. Ключевую роль играют миндалевидное тело (амигдала) – центр формирования реакций страха, и гиппокамп, регулирующий процессы памяти и пространственной ориентации [6, 14, 15, 77]. Под воздействием травмы наблюдается гиперактивация амигдалы, усиливающая восприятие угрозы, а также снижение объёма гиппокампа, что нарушает интеграцию воспоминаний и осознание пережитого [6, 67]. Эти нейрофизиологические изменения создают биологическую основу для рассогласования ключевых функций личности. Нарушение интеграции памяти и гиперактивная система угрозы приводят к фрагментации восприятия себя и мира, что напрямую подрывает когнитивный и эмоциональный компоненты личностной целостности [6, 67]. Данные функциональной нейровизуализации у взрослых с историей детской травматизации показывают снижение функциональной связности между амигдалой и префронтальной корой, а также уменьшение объёма гиппокампа, что связано с трудностями эмоциональной регуляции и переработки стрессовых стимулов [6, 67, 69].

Травмирующие события активируют эволюционно древние программы «бей или беги» (fight-or-flight) с выбросом катехоламинов (адреналина и норадреналина). У детей нередко включается и реакция «замри» (freeze) – моторное и эмоциональное замирание при невозможности бегства или сопротивления. Закрепляясь в нервной системе, эти реакции формируют основу будущих дисфункциональных паттернов – повышенной тревожности, психосоматических проявлений и нарушений саморегуляции [6]. Параллельно выявляются изменения в работе префронтальной коры, отвечающей за когнитивный контроль и регуляцию эмоций: нарушение её

взаимодействия с лимбической системой приводит к усиленной эмоциональной реактивности, трудностям саморегуляции и когнитивной ригидности [6, 67, 69]. В совокупности это формирует нейрофизиологическую основу отсроченной симптоматики – тревожных и депрессивных расстройств, психосоматических симптомов и поведенческих нарушений [6].

Метаанализы (В. Фелитти, Р. Анда) показывают, что детские травматические переживания связаны с долговременными изменениями связности между системами стресс-реакции и когнитивного контроля; даже при отсутствии осознанных воспоминаний сохраняется гиперактивация стрессовой системы, повышающая уязвимость к тревожным и депрессивным состояниям во взрослом возрасте [69].

Понимание указанных процессов подводит к анализу психологических механизмов, посредством которых психика ребёнка справляется с непереносимым опытом. В первую очередь это вытеснение и диссоциация – защитные стратегии, обеспечивающие временное сохранение целостности «Я», но при длительной фиксации поддерживающие сохранение травматического следа в бессознательном. По З. Фрейду, вытеснение устраняет из сознания непереносимые аффекты, временно защищая личность, однако вытеснённые содержания продолжают действовать на уровне мотивации, самооценки и поведения [58]. Диссоциация, в свою очередь, разделяет травматический опыт и текущее сознание: память о событии сохраняется в виде фрагментированных образов, телесных ощущений и эмоциональных вспышек без когнитивного осознания [6]. Невозможность интегрировать травматический аффект ведёт к формированию эмоциональных «блоков», что проявляется алекситимией, эмоциональным онемением и снижением эмпатии [6, 63].

Исследования показывают, что такие формы защиты, будучи адаптивными в моменте, при хронификации становятся патогенетическим звеном развития посттравматических нарушений: посттравматического

стрессового расстройства, тревожно-депрессивных состояний и соматоформных расстройств [6, 67]. В контексте регрессионной терапии это понимание особенно важно: целенаправленная работа с диссоциированными фрагментами опыта восстанавливает связи между аффектом и когницией, возвращая доступ к вытесненному материалу и обеспечивая его переработку в безопасном консультативном пространстве [14, 15, 25, 65, 68].

Таким образом, формируется порочный круг дезинтеграции: нейрофизиологические изменения затрудняют обработку опыта, что провоцирует психологические защиты (вытеснение, диссоциацию), которые, в свою очередь, еще больше фрагментируют личностное пространство, не позволяя травматическому опыту стать частью связной истории «Я» [24, 31, 45]. Следовательно, эффективная консультативная работа с отсроченными последствиями травмы должна быть направлена на преодоление этой дезинтеграции и восстановление нарушенных связей на нейрофизиологическом и психодинамическом уровнях. Регрессионная терапия, опирающаяся на образы и телесные отклики в состоянии естественного транса, представляет собой один из методов, который позволяет бережно интегрировать вытесненное содержание, тем самым способствуя восстановлению личностной целостности через воссоединение разобщенных фрагментов опыта [16, 32, 54].

Переходя от механизмов психологической защиты, обеспечивающих адаптацию в момент травмы, к их отсроченным последствиям, важно рассмотреть, как именно эти защиты отражаются в клинической картине взрослой жизни. Это позволит понять, каким образом ранние психотравмы продолжают формировать поведение, эмоциональные реакции и типы привязанности человека в зрелом возрасте.

Отсроченное действие детской психотравмы во взрослой жизни проявляется широким спектром психологических, поведенческих и соматических симптомов, нередко маскирующихся под другие расстройства. Одной из наиболее частых форм является хроническая тревожность:

чрезмерная настороженность, тревога без объективной причины, склонность к катастрофизации и эмоциональная неустойчивость; нейробиологически это соотносится с повышенной активностью амигдалы [6, 69]. Нередко развиваются депрессивные состояния, характеризующиеся чувством пустоты, утратой интересов, снижением самооценки и хронической усталостью; они могут поддерживаться длительным вытеснением негативных аффектов и невозможностью их интеграции [78]. Соматоформные нарушения проявляются болевыми и вегетативными симптомами при отсутствии органической причины; телесно-ориентированные концепции описывают «запечатление» травмы в дыхательных, мышечных и двигательных паттернах [6, 32].

К частым последствиям относится ретравматизация – бессознательное воспроизведение сценариев, напоминающих первичную травму (выбор абьюзивных партнёров, избегание близости, самопожертвование), а также нарушения привязанности во взрослом возрасте (тревожно-амбивалентная, избегающее или дезорганизованное функционирование), сопровождающиеся страхом близости и дефицитом доверия [5, 74]. Существенны и дефициты саморегуляции: импульсивность, эмоциональная лабильность, низкая толерантность к неопределённости, тенденции к гиперконтролю или уходу от ответственности. Травма затрагивает идентичность: затрудняет формирование целостного образа «Я», осмысление собственных желаний, целей и ценностей, усиливает ощущение внутренней пустоты и «неаутентичности» [19, 47].

Диагностика отсроченных эффектов осложнена их латентным течением и маскировкой под другие состояния (генерализованное тревожное расстройство, адаптационные и соматоформные расстройства, акцентуации/расстройства личности). Необходимы клиническая чувствительность, реконструкция анамнеза и понимание механизмов защиты, позволяющие распознать травматическое происхождение симптомов [62, 80]. Консультативная работа должна быть комплексной и интегративной,

ориентированной на эмоциональную память, телесные ощущения и символические образы (регрессионная терапия, телесно-ориентированные подходы, десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ), психодрама, интегративные методы) [54, 78].

Следовательно, отсроченное воздействие травмы отражается как в клинических проявлениях, так и в нарушениях внутренней структуры личности [21]. Особенно остро встаёт вопрос о внутреннем единстве и согласованности психических процессов, что подводит к рассмотрению личностной целостности как ключевого конструкта для понимания последствий травматизации и разработки стратегии восстановления. Анализ эволюции представлений о целостности, её структуре и диагностических индикаторах позволяет обосновать выбор консультативных методов, ориентированных на восстановление внутреннего единства и интеграцию травматического опыта в систему «Я».

### **1.3 Личностная целостность: эволюция понятия, структура и критерии оценки**

Понятие личностной целостности имеет глубокие философские и психологические корни и отражает стремление науки осмыслить феномен внутреннего единства человека, его способность сохранять согласованность, непрерывность и устойчивость «Я» в изменяющихся условиях жизни. Исторически этот термин прошёл путь от психоаналитических представлений о структуре личности к современным интегративным и экзистенциальным моделям психологического здоровья [40].

В классических психоаналитических концепциях личность рассматривалась как сложная система внутренних сил и структур. З. Фрейд выделял три основных компонента – «Оно», «Я» и «Сверх-Я», находящиеся в постоянном динамическом взаимодействии. Конфликт между ними, по Фрейду, является источником развития личности, но при чрезмерном

напряжении приводит к потере внутренней согласованности и нарушению психического равновесия. Фрейд подчеркивал, что внутренние противоречия между этими инстанциями не только источник напряжения, но и механизм развития личности [58].

К.Г. Юнг предложил иной взгляд, рассматривая процесс становления целостной личности как индивидуацию – интеграцию сознательных и бессознательных аспектов психики вокруг архетипа «Самости». Юнг подчеркивал, что достижение внутреннего единства возможно лишь при осознании и принятии собственных «теневых» сторон, а архетип «Самости» символизирует состояние внутренней полноты и согласия [59, 60]. Его представления о коллективном бессознательном, архетипах и образах «Я» оказали значительное влияние на дальнейшие концепции личностной целостности [61].

К. Роджерс, один из основателей гуманистической психологии, рассматривал целостность личности через призму конгруэнтности – соответствия между опытом, осознанием и самовыражением. По его мнению, психологически здоровая личность стремится к самореализации, открыта опыту, гибка и осознаёт собственную ценность [48]. Он подчёркивал важность безоценочного принятия и эмпатического понимания как условий восстановления внутренней гармонии.

А. Маслоу, продолжая гуманистическую традицию, определял целостность как вершину самоактуализации. В своей иерархии потребностей он отводил особое место стремлению к смыслу, истине, красоте и целостности, подчеркивая, что эти «метапотребности» служат основой внутреннего равновесия и психологического роста [38].

Экзистенциальный подход В. Франкла дополняет эти идеи, подчёркивая, что подлинная целостность личности достигается через нахождение смысла даже в страдании, а способность к смыслообразованию является условием внутренней устойчивости и зрелости [44, 57].

В трансперсональной психологии С. Гроф развил представление о целостности как о результате интеграции биографического, перинатального и трансперсонального опыта. Он утверждал, что непроработанные травматические эпизоды из раннего или дородового периода способны искажать восприятие себя, тогда как осознанное обращение к ним через изменённые состояния сознания способствует восстановлению внутренней непрерывности [14, 15, 72, 73].

Современные авторы рассматривают личностную целостность как динамическое состояние, характеризующееся когнитивной, эмоциональной и поведенческой согласованностью. В рамках позитивной психологии К. Рифф выделяет шесть ключевых аспектов психологического благополучия, в том числе – автономию, личностный рост, контроль над окружением и целенаправленность, что согласуется с идеей внутренней целостности [31, 35].

Л.И. Кононова подчёркивает, что целостность проявляется в способности субъекта сохранять идентичность, устойчивость в трудных условиях и восстанавливать нарушенные связи между частями «Я». Нарушения целостности, по её мнению, являются следствием глубинных травм, вытесненных в бессознательное, что делает их недоступными для когнитивного анализа, но поддающимися проработке в терапевтическом процессе [29].

В отечественной психологии личностная целостность трактуется как результат формирования смысложизненных ориентаций и способности к рефлексии. Д.А. Леонтьев отмечает, что внутренняя согласованность «Я-концепции» обеспечивается через осмысленность, устойчивую мотивацию и способность к адаптации [34]. В рамках настоящего исследования личностная целостность операционализируется как комплексный конструкт, проявляющийся через согласованность четырёх ключевых компонентов, которые поддаются эмпирической диагностике и являются мишенью для консультативного воздействия.

Смысложизненная сфера: наличие целей, интереса к жизни и общей осмысленности, оцениваемое по тесту СЖО Д.А. Леонтьева [34]. Психологическое благополучие: уровень самопринятия, автономии, позитивных отношений с другими и управления средой, измеряемый по шкалам К. Рифф [35]. Эмоциональная саморегуляция: способность к идентификации и вербализации чувств, диагностируемая по уровню алекситимии (TAS-20) [26]. Социально-психологическая адаптация: способность к эффективному взаимодействию с окружением при сохранении внутреннего равновесия, оцениваемая по опроснику СПА [41].

Данный подход позволяет перейти от теоретического анализа к эмпирической проверке динамики личностной целостности в контексте консультативной работы [39].

В этом контексте понятие личностной целостности сближается с концепциями психологического благополучия (К. Рифф), эмоциональной зрелости (П. Левин) и внутренней согласованности (К. Роджерс) [1, 32, 35, 48].

Целостность личности, следовательно, выступает интегральным показателем психического здоровья. Речь идёт о согласованности между различными аспектами «Я-концепции», личной историей, системой ценностей и смыслов. Это качество особенно значимо в связи с последствиями детской травматизации, поскольку именно в детстве закладываются базовые представления о себе, мире и других людях. Нарушения на ранних этапах развития способны приводить к дисгармонии между частями личности и фрагментации идентичности.

Историческая траектория понятия демонстрирует переход от статической модели (З. Фрейд, К.Г Юнг) к процессуально-интегративной (К Роджерс, Д.А Леонтьев, С Гроф и другие) [4, 15, 34, 40, 48, 58, 59, 60, 72, 73].

В современной парадигме целостность понимается как способность личности к адаптации, устойчивости и восстановлению внутреннего баланса,

что становится особенно актуальным в свете необходимости коррекции последствий психологических травм, перенесённых в детстве.

Личностная целостность представляет собой внутреннее единство всех компонентов психики, обеспечивающее стабильность, согласованность и непрерывность индивидуального существования. Сегодня её рассматривают как динамическую характеристику, формирующуюся благодаря интеграции когнитивных, эмоциональных, поведенческих и смысложизненных компонентов [29, 34]. Эмпирические исследования с использованием опросника смысложизненных ориентаций и шкалы психологического благополучия выделяют индикаторы, отражающие выраженность целостности [34, 35].

Для аналитической ясности эти индикаторы целесообразно разделять на три взаимосвязанных уровня: интрапсихические характеристики, межличностные аспекты и адаптационные проявления. Подобная оптика позволяет показать многомерность феномена и его вклад в психологическое функционирование человека.

Интрапсихический уровень включает механизмы, обеспечивающие внутреннюю согласованность личности. Прежде всего это эмоциональная зрелость – способность осознанно проживать, выражать и регулировать чувства, включая противоречивые. По К. Рифф, высокий уровень самоконтроля и умение поддерживать внутреннее равновесие в сложных ситуациях – базовые критерии психологического благополучия [35]. Ключевым компонентом выступают также когнитивная сложность и рефлексивность – способность к самоанализу, построению целостного образа себя и критическому осмыслению опыта. По Д.А. Леонтьеву, рефлексивная функция интегрирует смыслы и укрепляет «Я-концепцию», особенно в условиях неопределённости [34]. Важна устойчивость «Я-образа» к внешним воздействиям: сохранение самоидентичности при изменении обстоятельств и социального давления. А. Маслоу связывал эту устойчивость с самоактуализацией и экзистенциальной зрелостью [38].

Межличностный уровень отражает способность выстраивать конструктивные отношения и поддерживать здоровые границы. Баланс автономии и близости – один из центральных признаков зрелости. Согласно теории привязанности Дж. Боулби, надёжная привязанность формирует уверенность и способность вступать в доверительные отношения, не теряя автономии [5]. Сюда же относятся навыки конструктивного разрешения конфликтов без разрушения отношений и нарушения границ. К. Роджерс подчёркивал, что открытость диалогу и уважение к позиции другого – маркеры целостной, зрелой личности [47]. Существенное значение имеют эмпатия и доверие: как писал В. Франкл, личностный смысл и доверие к миру делают возможным преодоление внутренних разрывов и восстановление согласованности [57].

Адаптационный уровень объединяет качества, обеспечивающие гибкость и устойчивость в меняющихся обстоятельствах. Среди них – поведенческая гибкость в стрессовых ситуациях с сохранением связи с ценностями и целями. По данным К. Рифф, адаптивная устойчивость положительно связана с показателями психологического благополучия [35]. Важным индикатором является согласованность жизненных целей и ценностей: отсутствие внутренних противоречий между «важным» и «желаемым» формирует ощущение смысловой направленности и внутренней целеустремлённости [34]. К признакам зрелости относится и субъектная позиция – осознанный выбор и принятие ответственности за последствия принятых решений [57].

В совокупности структура и индикаторы целостности охватывают как внутренние (когнитивные, эмоциональные, смысловые), так и внешние (социальные, поведенческие) проявления согласованности. Это не только диагностическая рамка для оценки уровня интеграции личности, но и ориентир для практика психологического консультирования. Нарушение перечисленных показателей часто сигнализирует о глубинных

травматических процессах, ведущих к расщеплению, внутренним конфликтам и истощению адаптационных ресурсов.

Современная психология всё более уверенно рассматривает личностную целостность как сложную, многоуровневую систему, включающую когнитивные, эмоциональные, поведенческие и смысловые компоненты. Исследователи подчёркивают её неврождённый характер: целостность формируется на протяжении жизни под воздействием значимых событий, рефлексии и личностного роста [29, 34]. Ключевым критерием выступает устойчивое, согласованное и осознанное «Я», которое сохраняет непротиворечивость даже в условиях стресса или неопределённости. По Л.И. Кононовой, целостная личность характеризуется «интеграцией поведенческих паттернов, эмоциональной саморегуляцией и принятием собственной идентичности» [29, с. 112]. Среди наиболее часто выделяемых структурных компонентов целостности:

- эмоциональная зрелость – осознание, выражение и регуляция чувств; связь с телесным самовосприятием, нарушаемая при ранней травматизации [32];
- осознанность и рефлексивность – самонаблюдение, анализ внутренних состояний и поддержание непрерывного «жизненного нарратива» [34];
- самоэффективность и автономия – принятие решений при опоре на собственные ценности и цели; у К. Роджерса – обязательное условие психического здоровья [48, с. 245];
- согласованность ценностей и целей – единая линия поведения без разрушительных внутриличностных конфликтов; положительная связь с психологическим благополучием [35];
- устойчивость межличностных отношений – способность к близости при сохранении границ; безопасная привязанность как фундамент внутреннего чувства целостности [5];

– принятие себя и своего прошлого – интеграция глубинных переживаний, включая травматические, как необходимое условие личностной зрелости [14].

Для диагностики выраженности указанных компонентов применяются валидированные инструменты. Опросник смысложизненных ориентаций (СЖО) выявляет степень сформированности жизненных смыслов и целей [34]. Шкала психологического благополучия К. Рифф оценивает автономию, контроль над средой, личностный рост и позитивные отношения [35]. Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) фиксирует трудности в идентификации и выражении эмоций, указывающие на возможную диссоциацию между эмоциональным и когнитивным компонентами личности [26].

Важно подчеркнуть, что целостность не предполагает отсутствие внутренних противоречий, а скорее – наличие способности осознавать, принимать и интегрировать противоречивые аспекты себя. Это динамическое состояние внутреннего согласия, позволяющее человеку действовать в согласии с собой и при этом адаптироваться к меняющимся условиям среды. Как подчёркивает Д.А. Леонтьев, «целостность личности – это не результат компромисса, а проявление зрелости, в которой объединены опыт, смысл и ответственность» [34, с. 48]. Следовательно, личностная целостность выступает критерием психологического взросления, зрелости и устойчивости к жизненным вызовам.

Суммируя, можно заключить, что структура целостной личности включает в себя как внутренние (когнитивные, эмоциональные, смысловые), так и внешние (социальные, поведенческие) индикаторы. Их сбалансированное проявление и согласованность друг с другом служат основой психологического благополучия. Однако при воздействии психотравмирующих факторов, особенно в детском возрасте, может происходить искажение или разрушение этих структур.

В рамках современной практики психологического консультирования восстановление личностной целостности рассматривается как приоритетная цель при работе с последствиями травматизации. Нарушение целостности личности проявляется в дисгармонии между когнитивной, эмоциональной и экзистенциальной сферами, что приводит к снижению психологического благополучия, расщеплению идентичности, внутренним конфликтам и дефициту смысложизненных ориентиров [34, 35, 56].

Психологическое воздействие, направленное на преодоление этих нарушений, осуществляется в формате консультирования, включающего когнитивно-реконструктивный, эмоционально-интегративный и экзистенциально-смысловой уровни. Такая структура позволяет поэтапно, но целостно, затронуть все ключевые компоненты личности, способствуя их восстановлению и интеграции.

Когнитивно-реконструктивный уровень ориентирован на коррекцию искажённых когнитивных схем, переработку травматических воспоминаний и восстановление логической непрерывности «Я-нарратива». Работа ведётся с мыслями, убеждениями и интерпретациями, сформированными под влиянием травматического опыта. К ключевым методам относятся когнитивно-поведенческая терапия, нарративный подход, десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) и техники когнитивной реструктуризации. Переработка травматических воспоминаний снижает их эмоциональную заряженность и способствует формированию новых интерпретаций, не отождествляющих личность с пережитым событием [15, 34, 73, 78].

Эмоционально-интегративный уровень фокусируется на работе с эмоциональными нарушениями, вызванными вытеснением и подавлением аффекта. Эти механизмы лежат в основе диссоциации, алекситимии и нарушений саморегуляции [55, 63]. Эффективны гештальт-подход, телесно-ориентированные методы, работа с образами и регрессионные техники в состоянии естественного транса (без гипноза). Цель – обеспечить доступ к

подавленным чувствам (страху, гневу, стыду, горю) и создать безопасное пространство для их проживания и интеграции в «Я-структуру» [55]. Важны развитие эмоционального интеллекта, навыки распознавания и вербализации эмоций, снижение полярности реакций. Используются практики осознанности и диалектико-поведенческая терапия (ДПТ), помогающие воспринимать чувства как естественные сигналы, а не угрозу, тем самым снижая внутренний конфликт [36, 64].

Экзистенциально-смысловой уровень направлен на переосмысление травматического опыта и восстановление смысловой целостности личности. Согласно экзистенциальному подходу, человек способен находить значение даже в страдании, переосмысленный опыт становится основой личностного роста [57]. Используются элементы логотерапии, нарративные практики, экзистенциально-ориентированное консультирование. Переосмысление травмы позволяет трансформировать установку «со мной произошло зло» в осознание внутренней силы: «этот опыт сделал меня глубже и устойчивее» [34; 59]. Важной задачей является формирование обновлённой идентичности – устойчивой, цельной, способной к развитию (работа с ролями, метафорами, проективными техниками). Постановка целей, визуализация желаемого «Я» и техники «линии жизни» помогают восстановить темпоральную согласованность и активировать процесс самоактуализации [34].

Регрессионная терапия, основанная на работе с воспоминаниями, вытесненными эмоциями и внутренними образами, выступает как интегративный метод, воздействующий сразу на все три уровня:

- на когнитивном уровне происходит переработка раннего опыта и пересмотр искажённых интерпретаций;
- на эмоциональном – повторное переживание заблокированных чувств, сопровождаемое поддержкой психолога-консультанта;
- на экзистенциальном – выстраивание новой смысловой линии жизни и восстановление чувства субъектности.

В ходе регрессии клиент с травмой отвержения может осознать установку «я никому не нужен», повторно пережить подавленную боль и сформировать новый смысл: «я важен для себя». Этот процесс обеспечивает не только терапевтический эффект, но и глубинную трансформацию. Трехуровневая модель учитывает многомерность травматических последствий, а регрессионный подход органично объединяет когнитивные, эмоциональные и смысловые ресурсы личности.

#### **1.4 Регрессионная терапия как метод восстановления личностной целостности**

Регрессионная терапия (подход) в настоящем исследовании рассматривается как метод глубинной психологической работы в консультативном, неклиническом формате, направленный на исследование, проживание и интеграцию ранее вытеснённого или диссоциированного опыта, преимущественно относящегося к детскому возрасту. В рамках данного исследования метод применяется в составе авторской модели – МИРО-РП (мультимодальная интеграция раннего опыта (регрессионный подход), далее по тексту – МИРО-РП). Таким образом, регрессионный подход рассматривается не просто как техника работы с травмой, а как метод, целенаправленно воздействующий на восстановление личностной целостности. Его терапевтический потенциал реализуется через последовательную работу по реинтеграции нарушенных травмой компонентов «Я» [16, 56]. Подход исходит из предпосылки, что нерешённые травматические переживания, сохраняющиеся в бессознательных слоях психики, продолжают влиять на поведение, эмоциональное состояние и систему убеждений. Работа в модели МИРО-РП позволяет восстановить доступ к этим пластам памяти, прожить их в безопасном консультативном пространстве и интегрировать в актуальную структуру личности [22, 55]. Метод применяется в рамках психологического консультирования, не

является медицинской процедурой и используется исключительно в контексте оказания психологической помощи.

Отличительная особенность регрессионной работы – фокус не на интерпретации (как в классическом психоанализе), а на непосредственном эмоциональном и телесном проживании опыта с последующим осмыслением. В модели МИРО-РП доступ к материалу организуется через согласованные модальности (каналы) – эмоциональную, соматическую, образную и вербальную, что обеспечивает многомерный охват аффективных, телесных, образных и смысловых уровней переживания. Предполагается, что восстановление внутренней согласованности возможно при реконструкции травматического эпизода в его многомерности – когнитивной, эмоциональной, телесной и смысловой [6, 32].

Исторически корни подхода уходят в психоанализ. З. Фрейд описывал регрессию как возвращение к более ранним стадиям развития при столкновении с травмирующими обстоятельствами; рассматривал её как защитный, но потенциально восстановительный процесс [58]. Дальнейшее развитие связано с идеей естественных трансовых состояний. М. Эриксон показал, что человек может сохранять осознанность и контроль, получая доступ к глубинным уровням опыта [8, 9]. С. Гилипен развил эту линию, подчёркивая роль метафор, символов и мягких форм фокусировки внимания для актуализации бессознательных процессов без нарушения защит [8].

Существенное влияние оказала трансперсональная психология: С. Гроф описывает осознанное «погружение» в ранние, включая перинатальные, уровни опыта для интеграции экзистенциальных переживаний и восстановления непрерывности идентичности [14, 15]. В контексте консультирования приоритет отдаётся биографическому уровню, опирающемуся на реально прожитые события и телесно-эмоциональные маркеры, что повышает верифицируемость и безопасность процесса.

Одним из наиболее известных представителей европейской школы является Х. ТенДам, предложивший модель глубинной работы, сочетающую

когнитивную осознанность, телесные ощущения, эмоциональные реакции и символические образы. Регрессия понимается как способ восстановления внутреннего диалога и интеграции фрагментированных частей личности; специалист не навязывает интерпретации, а сопровождает клиента в собственном исследовании опыта [56]. В России метод активно развивался с 2000-х годов (А.В. Ефремов, М.Н. Гордеев) с адаптацией к отечественной консультативной практике [13, 22].

Основные принципы метода включают несколько ключевых положений. Во-первых, работа ведётся с многомерной памятью, поскольку травматический опыт сохраняется не только в когнитивных, но и в телесных, эмоциональных и образных формах [6, 32]. Клиент может не помнить событие, но ощущать телесное напряжение, внутреннее сжатие или оцепенение; задача специалиста – помочь восстановить целостную картину переживания через работу с телом, чувствами и внутренними образами. Во-вторых, метод предполагает использование естественных трансовых состояний, при которых сохраняется осознанность и самоконтроль. Применяются мягкие формы погружения – направленные визуализации, дыхательные техники, фокусировка на телесных ощущениях, что обеспечивает безопасность процесса и предотвращает ретравматизацию [8; 9]. В-третьих, важным элементом является диалог с внутренними частями личности. В ходе работы могут проявляться фигуры «внутреннего ребёнка», «защитника», «критикующего родителя» и других субличностей, отражающих адаптивные реакции на травму; взаимодействие с ними способствует интеграции разобщённых частей «Я» [24, 58].

Механизмы действия метода включают ретроспективный доступ к вытеснённому опыту, хранящемуся в имплицитной памяти, что делает возможной его переработку через телесные и образные каналы [32, 55], эмоциональное освобождение, или катарсическое проживание ранее подавленных чувств (страха, боли, стыда, гнева), которое восстанавливает естественный эмоциональный цикл и снижает внутреннее напряжение [32,

36], интеграцию опыта, когда после осознания и проживания события человек может переоценить его и включить в свой жизненный нарратив как ресурс личностного роста [56]. Описанные механизмы оказывают непосредственное влияние на ключевые компоненты личностной целостности. Ретроспективный доступ и эмоциональное освобождение способствуют снижению алекситимии и восстановлению контакта с чувствами. Интеграция травматического опыта в личный нарратив и переосмысление его смысла ведут к повышению осмысленности жизни и укреплению локуса контроля – Я. Восстановление внутреннего диалога и принятие вытесненных частей личности (таких как «внутренний ребенок») напрямую способствует росту самопринятия и психологического благополучия. Снижение внутреннего напряжения и обретение чувства субъектности закономерно улучшают показатели социально-психологической адаптации [16, 33, 43, 56].

Регрессионную терапию в состоянии естественного транса нередко ошибочно отождествляют с гипнозом или эзотерическими практиками. В отличие от гипноза, специалист не использует директивные внушения, а сопровождает процесс осознанного исследования внутреннего опыта [9, 13]. Подход не предполагает работу с гипотетическими «прошлыми жизнями» и опирается исключительно на биографически подтверждённые воспоминания, эмоциональные и телесные реакции, значимые для клиента [55, 79].

Несмотря на отсутствие полной стандартизации (в отличие от когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) или метода ДПДГ), регрессионный подход опирается на современные нейропсихологические и телесно-ориентированные данные. Исследования Б. Колка и Х. ГенДама подтверждают эффективность метода при работе с последствиями травматического опыта при условии профессионального сопровождения [6, 56]. Среди рисков выделяются возможность ложных воспоминаний при некорректном ведении процесса [76] и недостаток унифицированных протоколов [54].

Модель Х. ТенДама основана на взаимодействии четырёх взаимосвязанных уровней опыта: когнитивного (осознание), эмоционального (переживание), телесного (ощущение) и смыслового (интеграция). Проработка переживания на всех этих уровнях обеспечивает восстановление внутренней согласованности и целостного восприятия себя [56]. Хотя трансперсональные аспекты модели остаются дискуссионными, её биографическое и телесно-эмоциональное ядро подтверждается современными исследованиями памяти и психофизиологии [6, 24, 32].

С позиций глубинной психологии регрессия рассматривается как временное возвращение к ранним стадиям психического развития, необходимое для переработки вытеснённых конфликтов и восстановления внутреннего равновесия в безопасных условиях [58]. Телесно-ориентированные исследования (П. Левин, Б. Колк) объясняют эффективность метода через феномен «памяти тела» – физиологического разрядки и восстановления соматического баланса [6, 32, 33]. Нейронаучные данные также подтверждают, что переработка травматического материала связана с активацией лимбических структур (миндалины, гиппокампа) и последующей интеграцией при участии префронтальной коры [67]. В современных консультативных практиках метод регрессионной терапии успешно сочетается с доказательными подходами – КПТ, ДПДГ, практиками осознанности. Применение валидных шкал, например TAS-20 для оценки алекситимии, повышает объективность диагностики и анализа динамики состояния [64, 78].

Работа с последствиями детской травматизации имеет свою специфику: травма нарушает становление базовых представлений о себе, мире и других при незрелости когнитивной и эмоциональной систем; ведущие защиты – вытеснение и диссоциация [19, 28, 33]. Регрессионная терапия эффективна для реконструкции и переоценки раннего опыта, возвращения эмоциональной согласованности и субъектности. Используются мягкие техники фокусировки и дыхания [8, 13], работа с телесными маркерами

(напряжение, болевые зоны, зажимы) как «входами» к материалу [6, 32], поэтапное приближение к воспоминаниям и формирование внутреннего «безопасного места» [22, 56, 78]. В процессе интегрируются диссоциированные части личности, гармонизируется внутреннее пространство и телесная согласованность [6, 32, 56]. Цель – не «просто вспомнить», а трансформировать опыт: переоценить ограничивающие убеждения, завершить заблокированные реакции и включить событие в личную историю как ресурс зрелости [32, 56, 57].

Практические результаты консультативной работы с применением регрессионных техник включают снижение тревожности и депрессивной симптоматики, улучшение качества отношений, рост чувства контроля и внутренней целостности [6, 22, 27, 56]. Преимущества метода – глубина воздействия, относительная краткосрочность при сохранении эффективности [22], интегративность (сочетаемость с КПТ, телесными и арт-практиками, ДПДГ и техниками осознанности) [32, 56, 64, 78]. К ограничениям подхода относятся отсутствие унифицированных стандартов [54], риск ретравматизации при недостаточной квалификации специалиста, необходимость базовой психологической устойчивости и мотивации, противопоказания (острые психотические и тяжёлые депрессивные состояния) [6, 75].

В целом регрессионная терапия демонстрирует значимый потенциал в коррекции последствий детской психотравмы: она нацелена не только на ослабление симптомов, но и на восстановление нарушенной целостности «Я». Доступ к фрагментированным, вытеснённым слоям психики и их эмоционально-смысловая интеграция возвращают человеку контакт с собственной биографией, присвоение пережитого и новый смысл, что делает регрессию весомым компонентом современной комплексной помощи при глубинной травматизации [6, 22, 56]. Таким образом, теоретический анализ позволяет рассматривать регрессионную терапию как метод, обладающий значимым потенциалом для восстановления личностной целостности у

взрослых с последствиями детской психотравмы. Его механизмы направлены на преодоление дезинтеграции, вызванной травмой, и целенаправленную работу с её ключевыми проявлениями в смысловой, эмоциональной и адаптационной сферах личности. Данное теоретическое положение составляет основу для последующей эмпирической проверки эффективности авторской модели консультативной работы, представленной в следующей главе.

### Выводы по первой главе

Проведённый теоретико-методологический анализ позволил системно описать детскую психотравму как многоуровневое нарушение развития личности. Показано, что ранняя травматизация длительно влияет на формирование идентичности, привязанности, стрессоустойчивости и саморегуляции, а её отсроченные последствия проявляются в эмоциональной диссоциации, алекситимии, дефицитах смысложизненной регуляции, нарушениях привязанности и устойчивых дезадаптивных жизненных сценариях. Детская психотравма выступает не как разовый эпизод, а как фактор длительной дезинтеграции структуры «Я», создающий предпосылки для фрагментации личности во взрослом возрасте.

Понятие личностной целостности в главе уточнено как центральный конструкт, позволяющий описывать последствия травматизации через степень согласованности когнитивного, эмоционального, телесного, поведенческого и экзистенциально-смыслового уровней. Выделены её ключевые компоненты: эмоциональная зрелость и саморегуляция, осознанность и рефлексивность, самоэффективность, автономия, согласованность ценностей и целей, устойчивость межличностных отношений и принятие собственного прошлого. На этой основе обоснован выбор операциональных индикаторов целостности – осмысленности и направленности жизни (СЖО), психологического благополучия (шкалы

К. Рифф), уровня алекситимии (TAS-20) и социально-психологической адаптации (СПА), что создаёт основу для последующей количественной оценки динамики.

Анализ консультативных и психотерапевтических подходов показал, что при всём разнообразии методов сохраняется потребность в моделях, которые обеспечивают доступ к глубинному травматическому материалу и при этом остаются в поле психологического консультирования. В этом контексте регрессионный подход, опирающийся на работу с телесно-эмоциональной памятью, внутренними образами и жизненным нарративом, рассматривается как перспективный метод восстановления нарушенной целостности «Я». Теоретический обзор нейропсихологических, телесно-ориентированных и глубинных концепций подтвердил обоснованность использования состояния естественного транса и мультимодальной (эмоциональной, соматической, образной, вербальной) работы как базовых методологических опор.

В этих рамках авторская консультативная модель МИРО-РП концептуализируется как структурированный вариант регрессионного консультативного подхода, специально ориентированный на восстановление личностной целостности у взрослых с последствиями детской травматизации. Модель опирается на состояние естественного транса, модально управляемый доступ к травматическому опыту и последующую интеграцию эмоциональных, телесных, образных и вербальных компонентов. Таким образом, выбор регрессионного подхода в формате естественного транса и мультимодальной интеграции как основы модели МИРО-РП является теоретически обоснованным и внутренне согласованным с целью исследования, а сформированная в первой главе теоретическая база задаёт основания для её эмпирической проверки во второй главе.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности регрессионной терапии в восстановлении личностной целостности**

### **2.1 Организация, методы и этапы эмпирического исследования**

Эмпирическое исследование эффективности консультативной работы с использованием регрессионного подхода в восстановлении личностной целостности у взрослых, переживших детские психотравмы, выполнено как формирующее эмпирическое исследование. Основная цель – выявить изменения показателей личностной целостности после курса психологического консультирования в рамках авторской консультативной модели МИРО-РП, нацеленной на осознанную переработку раннего травматического опыта и восстановление внутренней целостности. Выбранный дизайн позволяет не только фиксировать связи между показателями, но и оценивать направленное влияние вмешательства. С учётом большей обращаемости женщин за психологической помощью в выборке есть гендерный дисбаланс, он учтён на этапе статистического анализа как контрольная переменная.

Исследование проводилось в 2025 году в онлайн-формате на базе частной психологической практики, г. Тюмень. Такой формат обеспечивал личное взаимодействие с участниками, возможность наблюдения их эмоциональных реакций и соблюдение принципов конфиденциальности. В исследовании приняли участие 62 человека в возрасте от 20 до 62 лет. Отбор респондентов осуществлялся на добровольной основе. Все участники были ознакомлены с целями исследования, его структурой, продолжительностью и возможными эмоциональными рисками и подписали информированное согласие. Исследование соответствовало этическим принципам психологической науки: добровольности, осведомлённости, анонимности и права на прекращение участия без объяснения причин [76]. Для обеспечения конфиденциальности каждому участнику присваивался индивидуальный код,

а все полученные данные обрабатывались в обезличенной форме. Пол кодировался бинарно (Ж/М), поэтому из-за малой доли мужчин полноценная стратификация по полу статистически затруднена и учтена на этапе анализа. После первичной диагностики респонденты распределялись в экспериментальную группу (ЭГ) и контрольную группу (КГ) по единому правилу с обеспечением исходной сопоставимости. Все участники заполнили социально-демографическую анкету и прошли шесть валидных методик. Для оценки ключевых аспектов, соотносимых с личностной целостностью, использовались: опросник детской травмы CTQ-SF (пять категорий неблагоприятного опыта детства), опросник ACE-IQ (совокупное воздействие стрессовых событий детства), шкала психологического благополучия К. Рифф (PWB: автономия, личностный рост, самопринятие, цели в жизни, позитивные отношения, управление окружением), шкала смысложизненных ориентаций (СЖО), Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20); тест социально-психологической адаптации (СПА), а также авторская анкета парной интегративной самооценки ((АПИС), парные замеры только в ЭГ). Выбор инструментария напрямую следует из операционализации конструкта «личностная целостность» во введении: осмысленность/цели (СЖО), психологическое благополучие (PWB), эмоциональная саморегуляция/вербализация чувств (TAS-20), адаптация и межличностные установки (СПА). Процедура включала три этапа.

Первый – констатирующий этап (измерение «до консультативного воздействия»). Проводилось первичное диагностирование исходных уровней травматизации, психологического благополучия, осмысленности жизни, алекситимии и социально-психологической адаптации. На основании результатов CTQ-SF и ACE-IQ выполнялось распределение в ЭГ и КГ с обеспечением сопоставимости по выраженности детской травматизации; дополнительно проверялась сопоставимость по возрасту и полу (балансировка в пределах уровней травматизации, контроль пропорций по

полу на уровне групп). Выполнялся описательный и предварительный аналитический разбор исходных данных.

Второй – формирующий этап (консультативное воздействие по авторской консультативной модели МИРО-РП). Участники ЭГ проходили индивидуальные онлайн-сессии в рамках модели МИРО-РП. Сессии проводились в состоянии естественного транса (естественная фокусировка внимания), доступ к материалу переживаний обеспечивался через четыре модальности (каналы): эмоциональную, соматическую, образную и вербальную – как инструменты осознания и интеграции опыта. КГ консультативного воздействия не получала и проходила только диагностические замеры в сопоставимые календарные окна.

Третий – контрольный этап (измерение «после консультативного воздействия»). Повторное диагностирование проводилось через 2–3 недели после завершения курса консультаций у участников ЭГ и в сопоставимый срок у КГ, что позволило оценить динамику по каждому показателю и сравнить изменения между группами.

Статистическая обработка. Для описания данных рассчитывались средние значения (M) и стандартные отклонения (SD). Динамика оценивалась как разность «после» минус «до» на индивидуальном и групповом уровнях. Для парных сравнений внутри ЭГ и КГ использовался критерий Вилкоксона, для межгрупповых сравнений дельт – критерий Манна–Уитни, связи между показателями оценивались коэффициентом ранговой корреляции Спирмена (r). Сравнение долей –  $\chi^2$  Пирсона, при ожидаемых частотах  $< 5$  – точный критерий Фишера (двусторонний). Рассчитывался размер эффекта (r) для непараметрических критериев. Уровень значимости –  $p < 0,05$ . Для проверки устойчивости результатов пол рассматривался как контрольная переменная при анализе дельт, взаимодействие «группа×пол» не оценивалось ввиду недостаточной мощности.

Качественный анализ. Проводился контент-анализ кратких самоописаний и отзывов участников (по стандартизированному шаблону), что позволило соотнести количественную динамику с содержательными изменениями (снижение доминирования проблемных тем – тревоги, чувства вины, межличностного стресса – и рост упоминаний ресурсных состояний – внутреннего спокойствия, самооценности, уверенности).

Обработка данных выполнялась в IBM SPSS Statistics 27; описательные показатели и визуализация – в Microsoft Excel. Выбранная организация исследования, инструментарий и статистические процедуры непосредственно вытекают из гипотезы и операционального определения личностной целостности, обеспечивая логичную проверку эффектов консультативного воздействия по схеме «до/после» с контролем по группе без вмешательства.

Процедурный контроль качества. После каждой сессии по модели МИРО-РП консультант заполнял Чек-лист адгезии к протоколу консультативной сессии по модели МИРО-РП. Чек-лист использовался как рабочий журнал прохождения этапов протокола и работы через модальности (каналы) с пометками «выполнено / частично / нет». Показатель адгезии не рассчитывался в процентах и специально не анализировался статистически. Все сессии были проведены по унифицированному протоколу МИРО-РП. В одном случае доступ к материалу детского возраста не был достигнут, применена альтернативная траектория внутри модели: работа с актуальным отношением к матери и последующая самостоятельная коммуникация участницы. В чек-листе этот случай отмечен как «частично», без исключения из выборки.

Стандартизированный комплект документов исследования (форма информированного согласия, бланк предсессионной подготовки и протокол консультативной сессии, чек-лист адгезии к протоколу, шаблон авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС) и кодбук) вместе с полными сводными таблицами первичных результатов хранится в

исследовательском архиве автора и предоставляется по запросу научного руководителя, в основной текст включены агрегированные результаты и операционально значимые иллюстрации.

## **2.2 Констатирующий этап: стратификация выборки и результаты первичной диагностики**

Констатирующий этап – исходная фаза эмпирического исследования, на которой формировались две сопоставимые группы до начала консультативной работы с применением регрессионного подхода. Цели этапа: описать выборку, проверить эквивалентность групп и зафиксировать исходные психологические характеристики для дальнейшего анализа динамики.

Формирование выборки происходило поэтапно. На первом шаге проведён набор респондентов с критериями включения: 18–65 лет, выраженная мотивация к самоисследованию, готовность к участию в консультативной работе. Каждому потенциальному участнику предоставлялась информация о целях, содержании и продолжительности исследования, после чего подписывалось информированное согласие с гарантиями добровольности, осведомлённости и конфиденциальности.

На втором этапе участники проходили первичное диагностирование (до консультативного воздействия). Заполняли социально-демографическую анкету и проходили шесть психодиагностических методик: опросник детской травмы (СТQ-SF), опросник неблагоприятного детского опыта (АСЕ-IQ), шкалу психологического благополучия (РWB), шкалу смысловых ориентаций (СЖО), Торонтскую алекситимическую шкалу (ТАS-20) и тест социально-психологической адаптации (СПА). Опросники СТQ-SF и АСЕ-IQ использовались для расчёта интегрального показателя фоновой травматизации; остальные методики – для оценки личностной целостности, эмоциональной регуляции, смысловой сферы и адаптации.

Комплекс методик позволял зафиксировать ключевые параметры как травматического опыта детства, так и текущего состояния личностной целостности, эмоциональной регуляции и социальной адаптации. На основании результатов CTQ-SF и ACE-IQ был рассчитан интегральный индекс детской травматизации (ACE-IQ+ CTQ-SF), отражающий суммарный уровень неблагоприятного детского опыта (диапазон фактических значений: 30–104 балла). Для статистической сопоставимости проведено терцильное деление распределения и выделены три уровня травматизации: низкий ( $\leq 45$  баллов); средний (46–58 баллов); высокий ( $\geq 59$  баллов).

Стратификация выборки проводилась с учётом ключевых демографических параметров – возраста и пола участников. Особенностью выборки стала невысокая доля мужчин, что отражает общую тенденцию большей обращаемости женщин за психологической помощью. Данный фактор был учтён на последующих этапах анализа в качестве контрольной переменной.

Формирование групп осуществлялось методом ручного чередования по принципу «первый – второй – первый – второй...», что обеспечило создание двух статистически эквивалентных групп – экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ), по 31 человеку в каждой. Такой подход позволил сохранить баланс как по демографическим характеристикам, так и по психометрическим показателям. Для верификации корректности стратификации было проведено статистическое сравнение распределения участников по уровням травматизации между группами. Анализ с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона с применением точного критерия Фишера (двусторонний) показал отсутствие статистически значимых различий ( $p > 0,50$ ). Результаты распределения участников по уровням детской травматизации наглядно представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение участников по уровням детской травматизации (интегральный индекс ACE+СТQ), n (%)

Уровень травматизации	Контрольная группа, всего n=31, n (%)	Экспериментальная группа, всего n=31, n (%)
Низкий уровень	n=10 (32,3%)	n=11 (35,5%)
Средний уровень	n=11 (35,5%)	n=9 (29,0%)
Высокий уровень	n=10 (32,3%)	n=11 (35,5%)

Примечание: с учётом малых ожидаемых частот дополнительно применён точный критерий Фишера (двусторонний);  $p > 0,50$

Полученная картина на рисунке 1 демонстрирует практическое совпадение долей участников с низким, средним и высоким уровнями травматизации в экспериментальной и контрольной группах, что подтверждает отсутствие систематических различий по интегральному индексу детской травматизации на старте исследования.

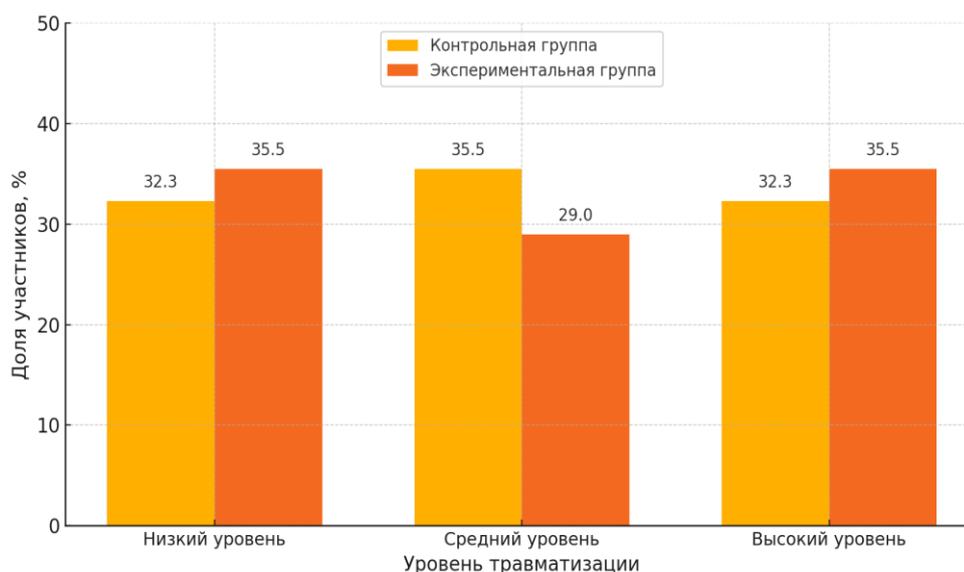


Рисунок 1 – Гистограмма распределения участников экспериментальной и контрольной групп по уровням травматизации (ACE+СТQ), %

Демографические параметры: возраст участников – 20–62 года; средний возраст – 39 лет в контрольной группе и 42 года в экспериментальной группе ( $U = 410,5$ ;  $p = 0,327$ ). Наибольшая доля

респондентов (43,5 %) – 40–49 лет. Распределение по возрастным категориям представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение участников по возрастным категориям в ЭГ и КГ после стратификации, (%)

Возрастная категория	КГ, %	ЭГ, %
20–29 лет	3,6	13,3
30–39 лет	32,1	23,3
40–49 лет	50,0	43,3
50–59 лет	10,7	13,3
60–69 лет	3,6	6,7

Визуальное представление распределения участников исследования по возрастным категориям в ЭГ и КГ отражено на рисунке 2.

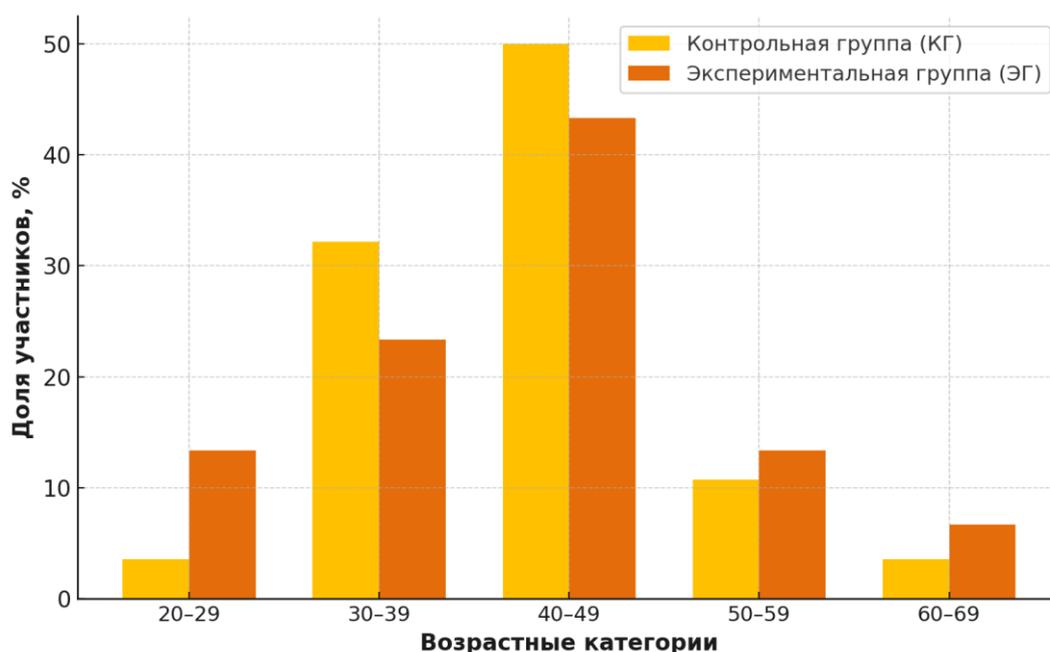


Рисунок 2 – Гистограмма распределения участников исследования по возрастным категориям, %

Распределение участников по уровням детской травматизации также не выявило значимых различий между группами ( $p > 0,50$ ). В экспериментальной группе распределение по уровням травматизации

составило: низкий уровень – 11 человек (35,5%), средний – 9 (29,0%), высокий – 11 (35,5%). В контрольной группе: низкий уровень – 10 человек (32,3%), средний – 11 (35,5%), высокий – 10 (32,3%). По полу выборка преимущественно женская, что отражает общую тенденцию большей обращаемости женщин за психологической помощью. В экспериментальной группе было 30 женщин (96,8%) и 1 мужчина (3,2%), в контрольной – 29 женщин (93,5%) и 2 мужчины (6,5%). Для проверки эквивалентности групп по полу использовался точный критерий Фишера (двусторонний), который показал отсутствие статистически значимых различий ( $p > 0,50$ ). Несмотря на статистическую однородность групп, гендерный дисбаланс был учтён в дальнейшем анализе в качестве контрольной переменной при оценке динамики показателей «до/после консультативного воздействия».

Полученные результаты подтверждают успешность процедуры стратификации и обеспечивают методологическую обоснованность последующих сравнительных анализов. Исходная эквивалентность групп по основным демографическим и психометрическим показателям позволяет с высокой долей уверенности интерпретировать последующие изменения как следствие консультативного вмешательства по модели МИРО-РП.

Для проверки исходной сопоставимости экспериментальной и контрольной групп проведён сравнительный анализ данных первичной диагностики. Это необходимо для уверенности, что различия, выявленные на формирующем этапе, будут обусловлены консультационным вмешательством по модели МИРО-РП, а не исходными особенностями групп. Сравнение выполнялось по шкалам двух опросников: травматического опыта детства (СТQ-SF) и неблагоприятного детского опыта (АСЕ-IQ). Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты первичного диагностирования по опросникам CTQ-SF и ACE-IQ в ЭГ и КГ.

Шкала	КГ, М	КГ, SD	ЭГ, М	ЭГ, SD	U	p	r
Физическое пренебрежение (CTQ)	7,48	2,94	7,87	2,40	411,0	0,323	0,12
Эмоциональное пренебрежение (CTQ)	14,29	5,29	13,58	4,82	517,0	0,611	0,07
Эмоциональное насилие (CTQ)	10,00	4,18	10,03	4,12	476,0	0,955	0,01
Физическое насилие (CTQ)	6,68	2,61	6,48	2,84	505,5	0,711	0,04
Сексуальное насилие (CTQ)	5,55	1,31	6,39	1,96	395,0	0,135	0,15
Отрицание (CTQ, M/D)	0,45	0,68	0,29	0,74	563,0	0,132	0,15
Бинарный индекс (ACE)	5,94	2,11	6,10	2,24	476,0	0,954	0,01
Частотный индекс (ACE)	2,23	1,65	1,90	1,33	528,0	0,495	0,08

Примечание: все различия статистически незначимы ( $p > 0,05$ ); размер эффекта малый ( $r < 0,20$ ).

Результаты анализа показывают, что различия между экспериментальной и контрольной группами по всем шкалам CTQ-SF и ACE-IQ статистически незначимы. Средние значения близки, а величины эффекта малы ( $r < 0,20$ ). Это свидетельствует об исходной эквивалентности групп по уровню детской травматизации и подтверждает корректность стратификации.

На рисунке 3 представлена гистограмма, демонстрирующая сравнение средних значений по шкалам CTQ-SF и индексам ACE-IQ в ЭГ и КГ.

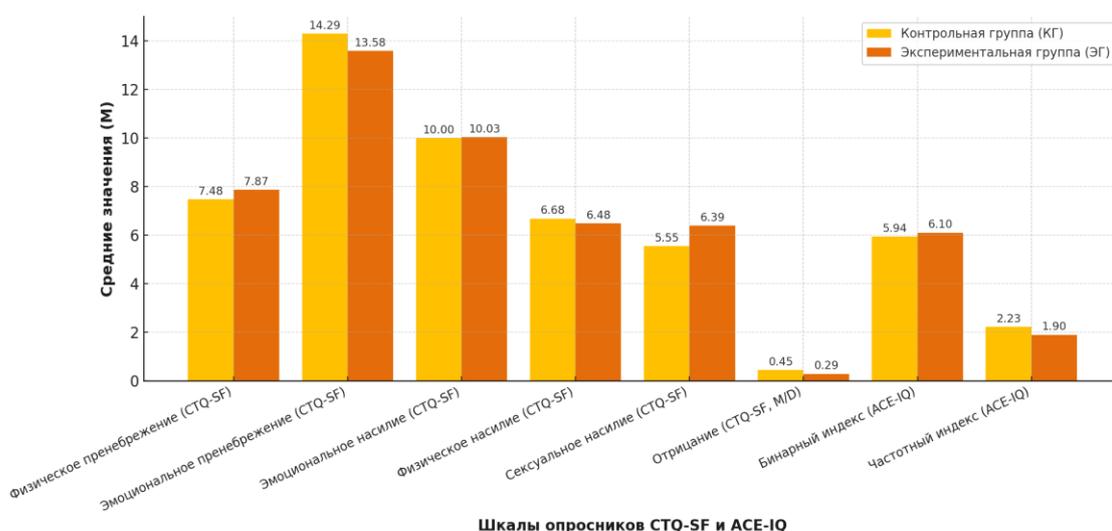


Рисунок 3 – Гистограмма результатов первичного диагностирования – средние показатели по шкалам CTQ-SF и индексам ACE-IQ в ЭГ и КГ

Из гистограммы видно, что профили групп практически идентичны: различия по всем шкалам не достигают статистической значимости.

Для оценки исходного уровня личностного функционирования на констатирующем этапе «до консультативного воздействия» использован блок взаимодополняющих методик: TAS-20 (эмоционально-когнитивная регуляция, алекситимия), PWB (шесть компонентов психологического благополучия и общий балл), СЖО (осмысленность, целенаправленность), СПА (адаптация, межличностные установки).

Интегральные показатели «до консультативного воздействия» подтверждают отсутствие статистически значимых различий между экспериментальной и контрольной группами по всем шести методикам, представлены в таблице 4. Визуализация на рисунке 4.

Таблица 4 – Интегральные показатели по шести методикам у участников экспериментальной и контрольной групп (первичная диагностика)

Метод	Показатель	КГ, М	КГ, SD	ЭГ, М	ЭГ, SD	U	p	r
СТQ-SF	Интегральный индекс травматического опыта	8,90	2,70	9,10	2,50	493,0	0,482	0,080
АСЕ-IQ	Интегральный индекс неблагоприятного детского опыта	6,00	2,10	6,20	2,20	476,0	0,954	0,010
TAS-20	Уровень алекситимии	63,48	9,12	62,16	8,75	472,5	0,628	0,070
PWB	Психологическое благополучие (общий балл)	271,45	34,29	274,10	36,05	481,0	0,542	0,060
СЖО	Смысло-жизненные ориентации (итоговый индекс)	102,26	14,11	104,19	13,83	502,0	0,411	0,090
СПА	Социально-психологическая адаптация (интегральный индекс)	108,61	15,47	110,48	14,83	489,0	0,506	0,070
Примечание: сравнения выполнены U-критерием Манна–Уитни; приведены U, p и размеры эффекта r.								

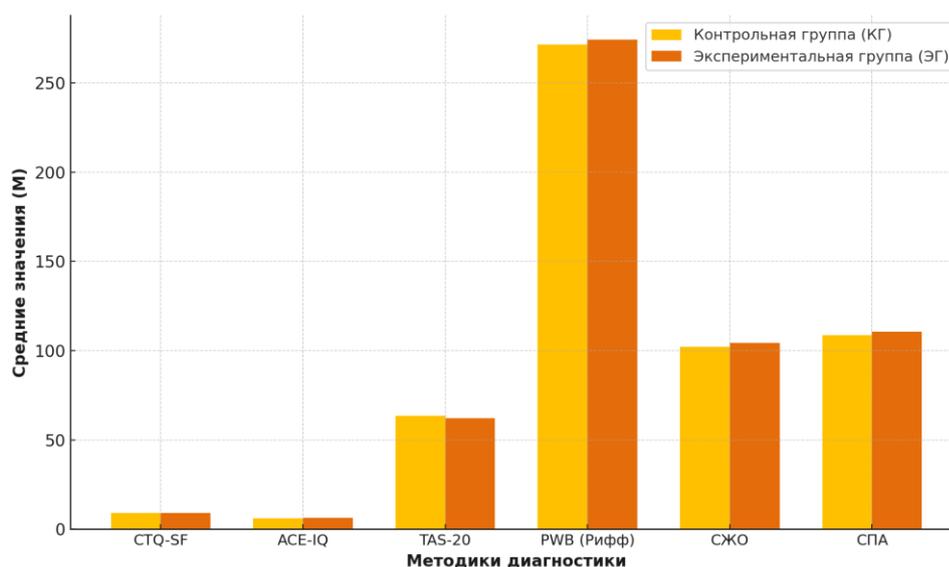


Рисунок 4 – Средние значения интегральных показателей по шести методикам у участников КГ и ЭГ (первичная диагностика, T<sub>1</sub>)

Во всех случаях значения критерия Манна–Уитни оказались незначимыми ( $p > 0,05$ ), а величины эффекта малы ( $r < 0,10$ ), что указывает на высокую степень исходной эквивалентности групп. Профиль показателей демонстрирует близость средних значений по всем направлениям диагностики. По CTQ-SF и ACE-IQ регистрируется умеренная выраженность неблагоприятного детского опыта без межгрупповых различий, по TAS-20 – умеренная алекситимия, по PWB – уровень устойчивого психологического благополучия, по СЖО – умеренная осмысленность и целенаправленность, по СПА – адекватная адаптированность.

По результатам констатирующего этапа можно заключить, что экспериментальная и контрольная группы сопоставимы по возрасту, полу и исходным психологическим показателям. Это обеспечивает «чистоту» последующих сравнений и позволяет рассматривать изменения, выявленные на формирующем этапе, как эффект консультативной работы по модели МИРО-РП, а не следствие исходных различий.

### **2.3 Формирующий этап: разработка и апробация авторской модели консультативной работы с применением регрессионного подхода**

Формирующий этап эмпирического исследования являлся центральным звеном эмпирической работы формирующего типа. На этом этапе разрабатывалась, внедрялась и проверялась авторская консультативная модель МИРО-РП (мультимодальная интеграция раннего опыта, регрессионный подход) – индивидуальное психологическое консультирование в состоянии естественного транса с модально управляемым доступом. Методологическую основу составил интегративный подход с техниками регрессионной терапии в состоянии естественного транса Х. ТенДама [56] и современные представления о работе с последствиями психологической травматизации. Организационная структура этапа включала чёткое разведение экспериментальной и контрольной групп. Участники контрольной группы (n=31) не получали психологического вмешательства, взаимодействие ограничивалось напоминаниями о сроках повторной диагностики через две–три недели после первичного тестирования. В экспериментальной группе (n=31) проводилось целевое консультативное вмешательство по авторской консультативной модели МИРО-РП.

Предсессионная подготовка в экспериментальной группе включала комплекс диагностических процедур, позволивших сформировать целостное представление о каждом участнике. На основании данных шести стандартизированных методик констатирующего этапа (СТQ-SF, ACE-IQ, TAS-20, PWB, СЖО, СПА) и авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС) составлялся индивидуальный диагностический профиль. АПИС разработана специально для данного исследования. Формулировки шкал и интерпретация динамики представлены в таблице 5.

Таблица 5 – АПИС: шкальные вопросы и интерпретация (оценка 1–10)

Шкала-вопрос	Формулировка (как в бланке)	Рост значения трактуется как...
Q1	Моё общее эмоциональное состояние на сегодня	снижение эмоционального дистресса, больше стабильности
Q2	Моё осознание и выражение эмоций на сегодня	лучшее распознавание и вербализация чувств (снижение алекситимии)
Q3	Мой контроль над своей жизнью на сегодня	усиление контроля/локуса Я
Q4	Мой смысл и направление в жизни на сегодня	рост осмысленности и целеполагания
Q5	Мой уровень энергии и интерес к жизни на сегодня	больше витальности и мотивации
Q6	Моя внутренняя цельность и собранность на сегодня	укрепление внутренней согласованности (целостности)
Q7	Моя уверенность в себе на сегодня	повышение самоэффективности/самопринятия
Q8	Моё удовлетворение качеством личных отношений на сегодня	улучшение межличностного функционирования
Q9	Моё удовлетворение работой/самореализацией на сегодня	рост удовлетворённости деятельностью и ролями
Q10	Ценностность моей личности на сегодня	усиление чувства собственной ценности/достоинства
Примечание: после шкал – один открытый вопрос для краткого описания состояния «на сегодня». (Q11) для контент-анализа индивидуальной динамики		

АПИС включает десять шкал с десятибалльной оценкой ключевых аспектов текущего функционирования и один открытый вопрос. Анкета фиксирует состояние «на сегодня» и связывает результаты стандартизированной диагностики с фокусом консультативной сессии. Совместный анализ количественных показателей и данных анкеты обеспечивал многомерное понимание индивидуальных особенностей и позволял выделить приоритетные направления последующей работы.

Непосредственно перед началом каждой сессии проводилась процедура информированного согласия. Участнику разъяснялись цели и задачи предстоящей работы, последовательность этапов, возможные реакции во время и после сессии, правила безопасности, принцип добровольности участия и разграничение регрессионного подхода в формате психологического консультирования и клинической гипнотерапии (последняя в исследовании не применялась). После получения полной

информации участник подписывал согласие на участие в исследовании и на аудиозапись сессии.

Унифицированный протокол консультативной сессии по модели МИРО-РП в настоящем исследовании означает фиксированную структуру работы, единый набор техник и формулировок, согласованные временные рамки этапов и стандартизированный пакет документов. Каждая сессия проводилась по одной и той же семиэтапной схеме с идентичной логикой переходов. Использовались одни и те же способы фокусировки внимания и четыре модальности (каналы) доступа к исходному переживанию – эмоциональная, соматическая, образная и вербальная – с унифицированными инструкциями консультанта.

Для подготовки и фиксации хода работы применялись разработанные формы – «Бланк предсессионной подготовки и протокол консультативной сессии (модель МИРО-РП)» и «Чек-лист адгезии к протоколу консультативной сессии (модель МИРО-РП)», дополненные регламентом безопасного ведения сессии при признаках перегрузки. Чек-лист заполнялся после каждой сессии как процедурная фиксация выполнения этапов и использования модальностей (каналов), без последующего количественного анализа. Регламент описывает признаки перегрузки, порядок краткой паузы, базовые техники стабилизации и критерии продолжения или завершения сессии. Алгоритм авторской консультативной модели МИРО-РП представлен на рисунке 5.

## Алгоритм консультативной модели МИРО-РП

(мультимодальная интеграция детского опыта (регрессионный подход))

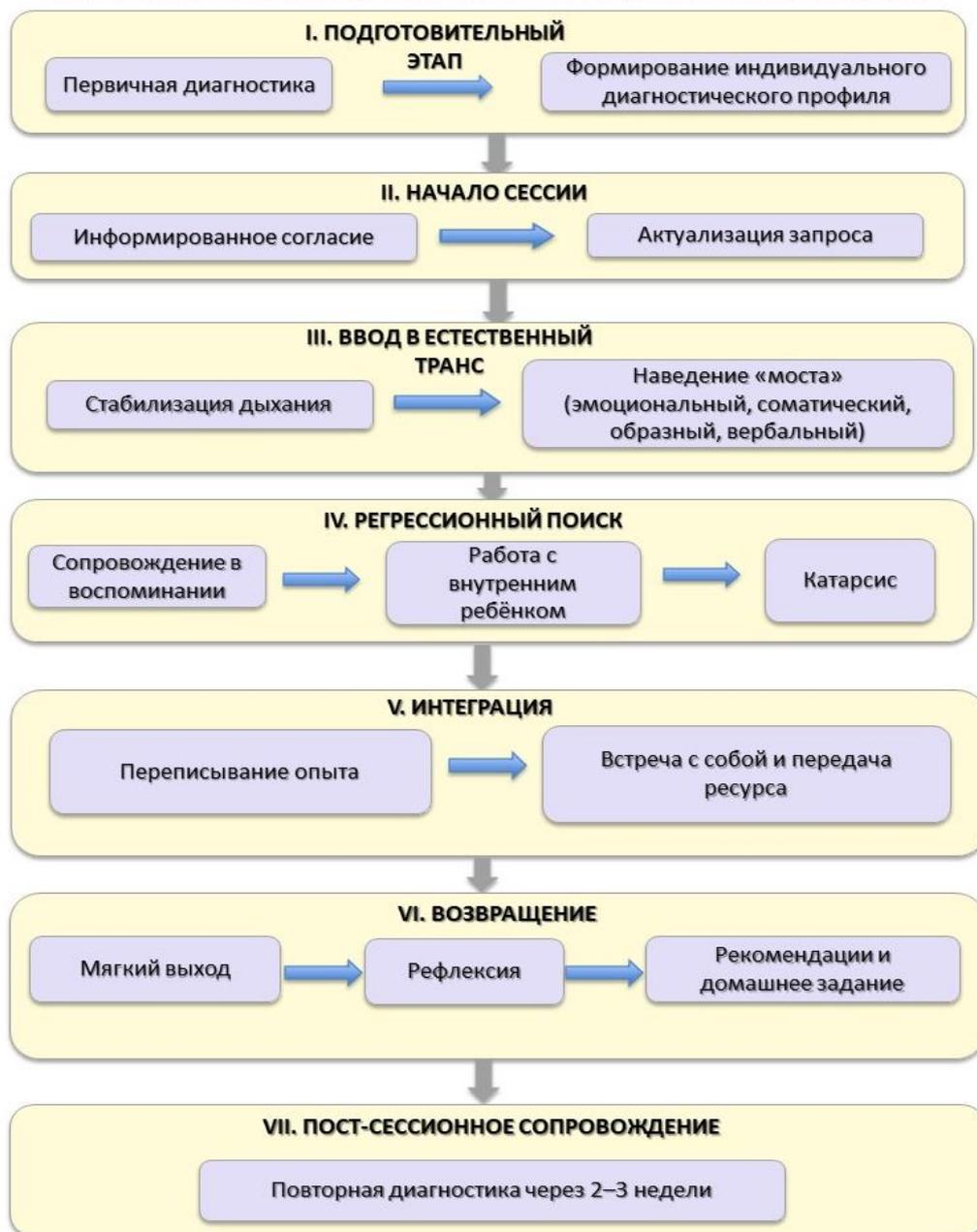


Рисунок 5 – Структурная схема алгоритма консультативной модели МИРО-РП

Схема визуализирует последовательность семи этапов (I–VII) и точки контроля безопасности (ввод/стабилизация/завершение), а также четыре канала доступа (эмоциональный, соматический, образный, вербальный), через которые организуется переход к ключевым эпизодам переживания.

Фрагмент бланка предсессионной подготовки и протокола приведён на рисунке 6.

**БЛАНК ПРЕДСЕССИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПРОТОКОЛ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЕССИИ (МОДЕЛЬ МИРО-РП)**

КОД УЧАСТНИКА: \_\_\_\_\_  
 ИМЯ: \_\_\_\_\_  
 ДАТА: \_\_\_\_\_  
 ВЕДУЩИЙ: \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ГИПОТЕЗА**

Шкала	Балл	Интерпретация и ключевая гипотеза для сессии
АСЕ-IQ		
СТQ-SF		
TAS-20		
PWB		
СЖО		
SRA		
АПИС		

Краткий вывод и фокус сессии:

---



---



---

**ЧАСТЬ 2. СТРУКТУРА СЕССИИ (для пометок психолога)**

**1. ВХОД В КОНТАКТ (5-10 мин)**

Приветствие и благодарность  
 Объяснение процесса естественного транса  
 Обозначение безопасности и права на паузу  
 Получение устного согласия на 3 ключевых пункта:  
 «Вы готовы исследовать воспоминания... Вы подтверждаете добровольное согласие... Вы понимаете мою роль сопровождающего...»

---



---

**2. АКТУАЛИЗАЦИЯ ЗАПРОСА (5-15 мин)**

Явный запрос клиента:  
 Уточнение/Углубление запроса через:  
 Телесный отклик  
 Повторяющуюся эмоцию  
 Внутренний образ  
 Рабочая формулировка запроса для сессии:

---



---

**3. ФОКУСИРОВКА И ВХОД В ТРАНС (5-10 мин)**

Рисунок 6 – Бланк предсессионной подготовки и протокол консультативной сессии (модель МИРО-РП) (фрагмент авторской формы)

Данная форма содержит идентификаторы (код участника, дата, этап Т<sub>1</sub>/Т<sub>2</sub>), краткую фиксацию запроса/целей, отмеченный ведущий канал доступа, поле для протоколирования ключевых эпизодов, блок постсессионного мини-интервью и выдачи поведенческой задачи.

Содержание и последовательность консультативной работы были стандартизированы в виде семиэтапного протокола.

Этап I. Подготовительный (10–15 мин). Окончательная верификация индивидуального профиля, формулирование рабочих целей, проверка критериев включения/исключения, оценка психологической готовности; установление рабочего альянса.

Этап II. Начало сессии (15–20 мин). Определение безопасной рамки, повторное обсуждение целей, подтверждение согласия, уточнение запроса и формулирование фокуса.

Этап III. Ввод в состояние естественного транса и фокусировка (20–30 мин). Мягкая фокусировка внимания без директивного гипноза, дыхательные техники с удлинённым выдохом, перевод внимания на телесно-эмоциональные переживания. Используются четыре канала доступа:

- эмоциональный (актуальные чувства «здесь и сейчас»);
- соматический (телесные зажимы, зоны напряжения, дыхательные паттерны);
- образный (устойчивые внутренние сцены и символические образы);
- вербальный (повторяющиеся «заряжённые» фразы и установки).

Выбор канала определяется ведущим способом переживания и может меняться в ходе процесса.

Этап IV. Регрессионный поиск и перепроживание (60–90 мин). Переход от повествования к непосредственному эмоционально-телесному проживанию значимых эпизодов, реконструкция сцены (контекст, лица, последовательность, чувства, телесные ощущения). Поддерживающие формулировки в состоянии естественного транса сохраняют автономию участника. Отдельный фокус – встреча с образом внутреннего ребёнка и завершение незавершённых реакций; безопасное выражение подавленных эмоций и снижение напряжения.

Этап V. Интеграция и ресурсирование (30–40 мин). «Дозаполнение» сцены отсутствовавшими ресурсами (принятие, защита, поддержка), диалог «взрослая часть – детская часть», включение ресурса в структуру «Я», формулирование поведенческой задачи на 7–10 дней.

Этап VI. Завершение (15–20 мин). Плавный возврат к обычному состоянию (осознавание телесных ощущений, нормализация дыхания), постсессионное мини-интервью (ощущения, инсайты, ожидаемая динамика), индивидуальные рекомендации по режиму самоподдержки (например, техника «Письмо себе»).

Этап VII. Постсессионное сопровождение (2–3 недели). Организационная поддержка через закрытый канал связи, напоминания о повторной диагностике, ответы на технические вопросы, по отдельному письменному согласию аудиозапись сессии передавалась после прохождения повторного тестирования.

Продолжительность одной индивидуальной сессии по модели МИРО-РП – 2,5–3 часа, с возможными краткими паузами для стабилизации. Все сессии проводились онлайн в условиях приватности, аудиодокументирование с кодировкой индивидуальным идентификатором.

Система контроля качества и безопасности. После каждой сессии консультант заполнял чек-лист адгезии для фиксации выполнения/невыполнения пунктов без расчёта процентной адгезии и без статистического анализа. Фрагмент формы чек-листа адгезии показан на рисунке 7. При признаках психологической перегрузки или ретравматизации применялся стандарт стабилизации, включающий дыхательные техники и методы соматической регуляции. Если признаки перегрузки сохранялись, сессия завершалась досрочно с последующей маршрутизацией к профильному специалисту. Нежелательные явления регистрировались в стандартизированной форме для последующего анализа. Квалификационные требования к специалисту включали профильную подготовку в регрессионном подходе и регулярную супервизию. Критерии исключения: острые психотические состояния, выраженная суицидальная активность, состояния интоксикации, участие в текущих судебных-психиатрических процедурах.

**ЧЕК-ЛИСТ АДГЕЗИИ К ПРОТОКОЛУ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЕССИИ ПО  
МОДЕЛИ МИРО-РП**

Код участника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Консультант: \_\_\_\_\_

T<sub>1</sub> дата: \_\_\_\_\_ T<sub>2</sub> дата (через 2–3 недели): \_\_\_\_\_

**Инструкция.** Отмечайте выполнение каждого пункта: «Да» = 1; «Частично» = 0,5; «Нет» = 0.

№	Этап / Пункт контроля	Да	Част.	Нет	Комментарий
I.1	Критерии включения/исключения проверены				
I.2	Индивидуальный диагностический профиль сформирован				
I.3	Рабочая гипотеза и фокус сессии определены				
II.1	Информированное согласие получено				
II.2	Актуализация запроса, фокус сформулирован				
II.3	Правила безопасности и границы проговорены				
III.1	Стабилизация дыхания (удлинённый выдох)				
III.2	Применён «КАНАЛ» (тип в комментарии)				
III.3	Устойчивая внутренняя фокусировка достигнута				
IV.1	Реконструкция сцены (контекст, фигуры, действия, эмоции, тело)				
IV.2	Контакт с образом внутреннего ребёнка установлен				
IV.3	Произошла эмоциональная разрядка (катарсис) или её эквивалент				
V.1	«Дозаполнение» сцены (защита/принятие/поддержка)				
V.2	Диалог «тогда–сейчас», передача ресурса				
V.3	Согласована поведенческая задача на 7–10 дней				
VI.1	Мягкий выход, заземление				
VI.2	Пост-интервью (ощущения, инсайты, динамика)				
VI.3	Выданы рекомендации/домашнее задание				
VII.1	Организационная поддержка: напоминание о T <sub>2</sub>				

Послесессионные реакции: [ ] не отмечены [ ] отмечены (кратко описать): \_\_\_\_\_

**Рисунок 7– Чек-лист адгезии к протоколу консультативной сессии  
(фрагмент)**

Повторное диагностическое тестирование проводилось через две–три недели после консультативной работы тем же набором методик, что и на констатирующем этапе (СТQ-SF, ACE-IQ, TAS-20, PWB, СЖО, СПА) и авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС) в экспериментальной группе. В контрольной группе повторное тестирование проходило в те же временные промежутки теми же методиками без замера по АПИС.

Представленная авторская консультативная модель МИРО-РП является структурированным протоколом, обеспечивающим воспроизводимость процедуры, безопасность участников и методическую строгость воздействия. Единообразие процедурных аспектов, стандартизация диагностического инструментария и системный контроль качества создают эмпирическую базу для оценки эффективности регрессионного подхода в восстановлении личностной целостности у взрослых с последствиями детской психотравматизации.

#### **2.4 Результаты исследования эффективности регрессионной терапии как метода восстановления личностной целостности**

Контрольный этап исследования был направлен на проверку гипотезы об эффективности консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП для восстановления личностной целостности у взрослых с опытом детских травм. На данном этапе решались следующие задачи:

- оценка внутригрупповой динамики показателей в контрольной (КГ) и экспериментальной (ЭГ) группах между первичным ( $T_1$ ) и повторным ( $T_2$ ) тестированием;
- сопоставление межгрупповых различий по величине приростов ( $\Delta = T_1 - T_2$ );
- определение статистической значимости изменений и размеров эффектов в контексте оценки личностной целостности как интегративного результата.

Повторная диагностика ( $T_2$ ) проводилась с использованием того же блока методик, что и на констатирующем этапе: TAS-20 (алекситимия), PWB (психологическое благополучие), СЖО (смысложизненные ориентации) и СПА (социально-психологическая адаптация). Исходная сопоставимость групп, подтверждённая на констатирующем этапе ( $T_1$ ), позволила

интерпретировать динамику в экспериментальной группе как следствие проведённого консультативного воздействия.

#### Внутригрупповые динамики в группах.

С целью оценки фоновой динамики психологических показателей, которая могла бы наблюдаться вне зависимости от проводимого консультативного воздействия, в контрольной группе респондентов был осуществлен сравнительный анализ данных, полученных на этапах первичного ( $T_1$ ) и повторного ( $T_2$ ) диагностического обследования. Для детализации изменений, касающихся способности к идентификации и вербализации эмоциональных состояний, были проанализированы сводные результаты, зафиксированные с помощью валидного психодиагностического инструмента – Торонтской алекситимической шкалы (TAS-20). Полученные количественные данные с разбивкой по субшкалам и интегральному индексу на двух временных срезах наглядно представлены в таблице 6, а их графическая интерпретация отражена на рисунке 8.

Таблица 6 – Динамика показателей алекситимии (TAS-20) в контрольной группе на этапах  $T_1$  и  $T_2$

Шкала	М $T_1$	SD $T_1$	М $T_2$	SD $T_2$	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
А/ Трудность идентификации чувств	17,03	5,92	17,13	6,55	0,10	-1,02	0,30663	0,189	31
В/ Трудность с описанием чувств	13,55	3,70	12,90	3,61	-0,65	-1,17	0,24036	0,224	31
С/ Внешне-ориентированное мышление	16,16	4,02	15,16	3,98	-1,00	-1,17	0,23845	0,229	31
Т/ Общий уровень алекситимии	46,74	10,82	43,52	11,68	-3,22	-1,67	0,09389	0,321	31

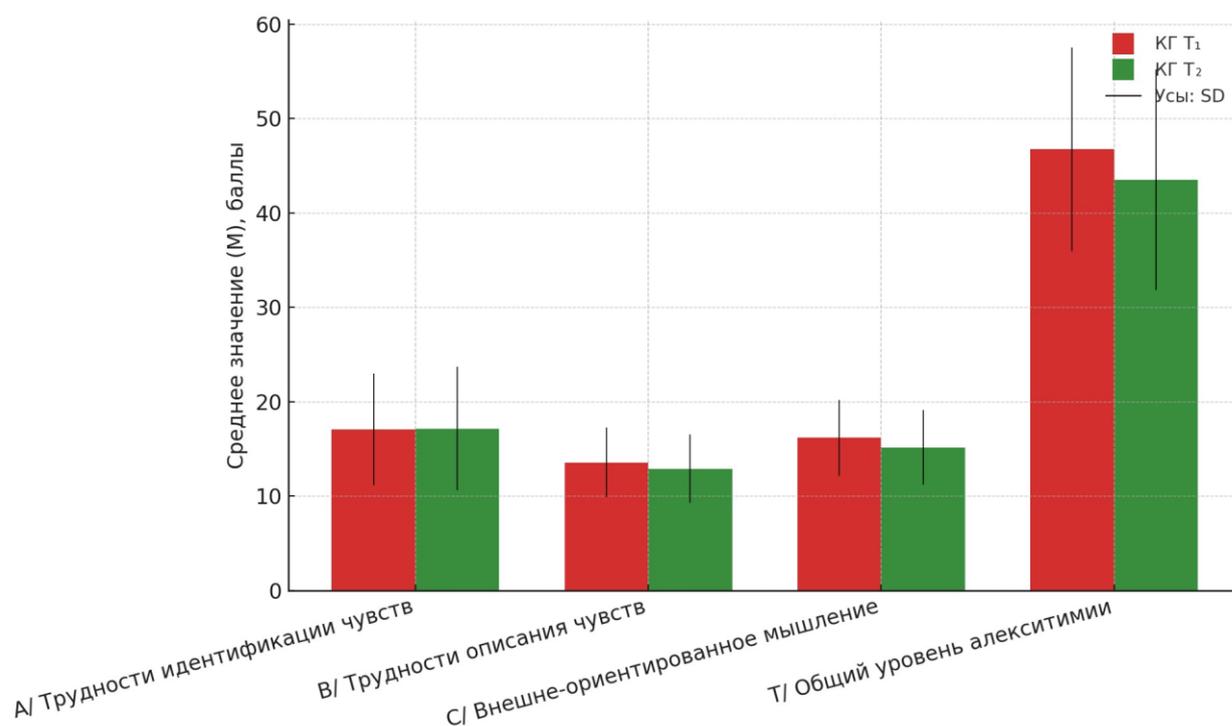


Рисунок 8 – Гистограмма средних значений субшкал TAS-20 в контрольной группе на этапах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub>

Интерпретация результатов. В контрольной группе по всем субшкалам TAS-20 статистически значимых изменений между замерами T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub> не выявлено. По подшкале «Трудности идентификации чувств» наблюдаемый незначительный прирост ( $\Delta = +0,10 \pm 6,31$ ) укладывается в диапазон фоновой вариативности ( $Z = \text{минус } 1,02$ ;  $p = 0,30663$ ;  $r = 0,189$ ). По подшкале «Трудности описания чувств» зафиксировано небольшое снижение ( $\Delta = \text{минус } 0,65 \pm 2,95$ ), которое не достигает статистической значимости ( $Z = \text{минус } 1,17$ ;  $p = 0,24036$ ;  $r = 0,224$ ). Аналогично, по подшкале «Внешне-ориентированное мышление» умеренное уменьшение ( $\Delta = \text{минус } 1,00 \pm 3,33$ ) является незначимым ( $Z = \text{минус } 1,17$ ;  $p = 0,23845$ ;  $r = 0,229$ ). По общему индексу алекситимии отмечается тенденция к снижению ( $\Delta = \text{минус } 3,22 \pm 9,81$ ), также не достигающая уровня значимости ( $Z = \text{минус } 1,67$ ;  $p = 0,09389$ ;  $r = 0,321$ ). Таким образом, профиль алекситимии в контрольной группе остался стабильным, а наблюдаемые колебания не выходят за пределы

случайных и не свидетельствуют о целенаправленном улучшении способности к осознанию и вербализации эмоций.

Для оценки естественной динамики психологического функционирования в контрольной группе были сопоставлены данные по шкале психологического благополучия (PWB). Результаты представлены в таблице 7. Виуализация представлена на рисунке 9.

Таблица 7 – Динамика психологического благополучия (PWB) в контрольной группе на этапах  $T_1$  и  $T_2$

Шкала	M $T_1$	SD $T_1$	M $T_2$	SD $T_2$	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
A/ Положительные отношения	57,10	9,00	59,03	8,83	1,93	1,51	0,12925	0,291	31
B/ Автономия	56,68	11,24	58,16	11,00	1,48	1,39	0,16340	0,263	31
C/ Управление окружением	56,06	12,68	57,55	12,39	1,49	0,92	0,35614	0,171	31
D/ Личностный рост	69,03	8,63	69,32	6,79	0,29	0,31	0,75383	0,060	31
E/ Цель в жизни	60,58	11,55	60,45	11,00	-0,13	-0,13	0,89474	0,025	31
F/ Самопринятие	56,19	14,45	58,06	15,02	1,87	0,80	0,42231	0,163	31

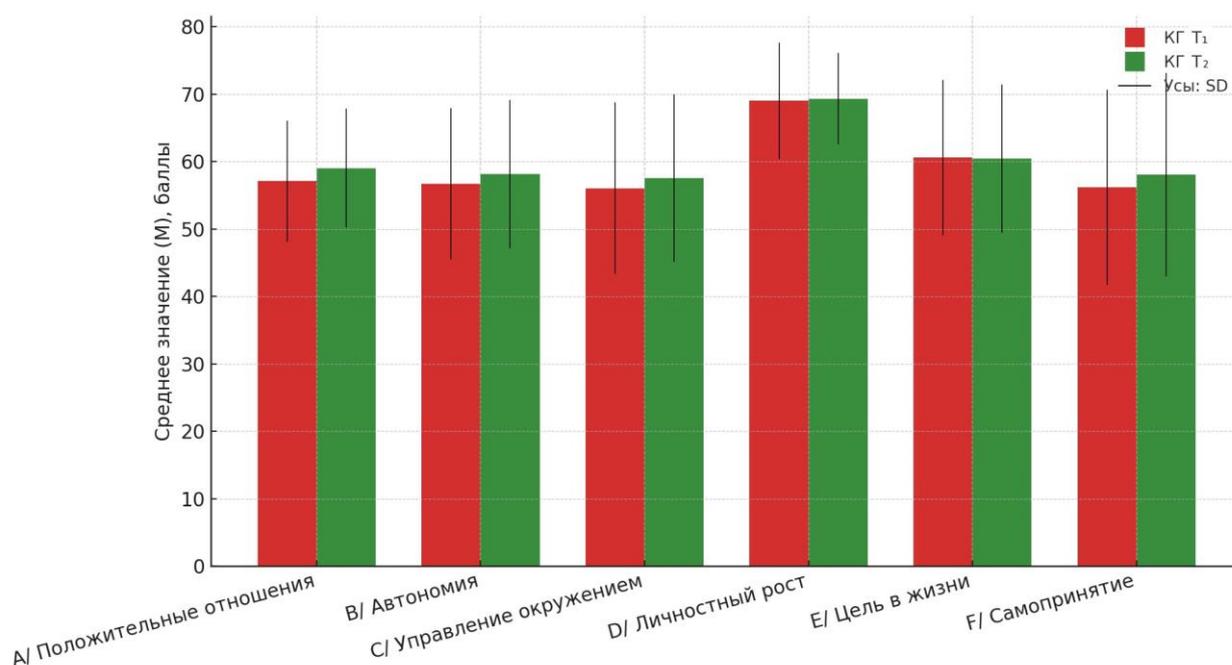


Рисунок 9 – Гистограмма средних значений субшкал PWB в контрольной группе на этапах  $T_1$  и  $T_2$

Интерпретация результатов. В контрольной группе по всем компонентам психологического благополучия значимой положительной динамики не обнаружено. Наибольшие, но статистически незначимые приросты наблюдаются по шкалам «Позитивные отношения» ( $\Delta = +1,93 \pm 5,37$ ;  $Z = 1,51$ ;  $p = 0,12925$ ;  $r = 0,291$ ), «Самопринятие» ( $\Delta = +1,87 \pm 9,88$ ;  $Z = 0,80$ ;  $p = 0,42231$ ;  $r = 0,163$ ) и «Автономия» ( $\Delta = +1,48 \pm 6,15$ ;  $Z = 1,39$ ;  $p = 0,16340$ ;  $r = 0,263$ ). По шкалам «Управление окружением» ( $\Delta = +1,49 \pm 7,62$ ) и «Личностный рост» ( $\Delta = +0,29 \pm 5,21$ ) изменения минимальны и незначимы ( $p > 0,35$ ). По шкале «Цели в жизни» динамика практически отсутствует ( $\Delta = \text{минус } 0,13 \pm 7,95$ ;  $p = 0,89474$ ). Полученная картина свидетельствует об отсутствии систематического улучшения в компонентах, составляющих личностную целостность, таких как самовосприятие, качество отношений и целевая направленность.

С целью оценки динамики смысловой сферы в контрольной группе было проведено сравнение показателей методики СЖО. Данные представлены в таблице 8 и на рисунке 10.

Таблица 8 – Динамика смысловых ориентаций (СЖО) в контрольной группе на этапах  $T_1$  и  $T_2$

Шкала	Среднее $T_1$	SD $T_1$	Среднее $T_2$	SD $T_2$	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
Показатель осмысленности жизни	355,65	54,41	362,48	51,54	6,83	1,24	0,21314	0,227	31
Цели в жизни	96,90	19,47	99,42	21,31	2,52	0,76	0,44511	0,144	31
Процесс жизни	29,35	7,19	30,00	7,06	0,65	0,36	0,71610	0,073	31
Результативность жизни	27,94	7,45	29,03	7,04	1,09	1,35	0,17684	0,269	31
Локус контроля – Я	24,97	6,40	25,00	6,99	0,03	-0,21	0,82922	0,044	31
Локус контроля – жизнь	19,71	5,06	20,32	5,40	0,61	0,22	0,82650	0,042	31

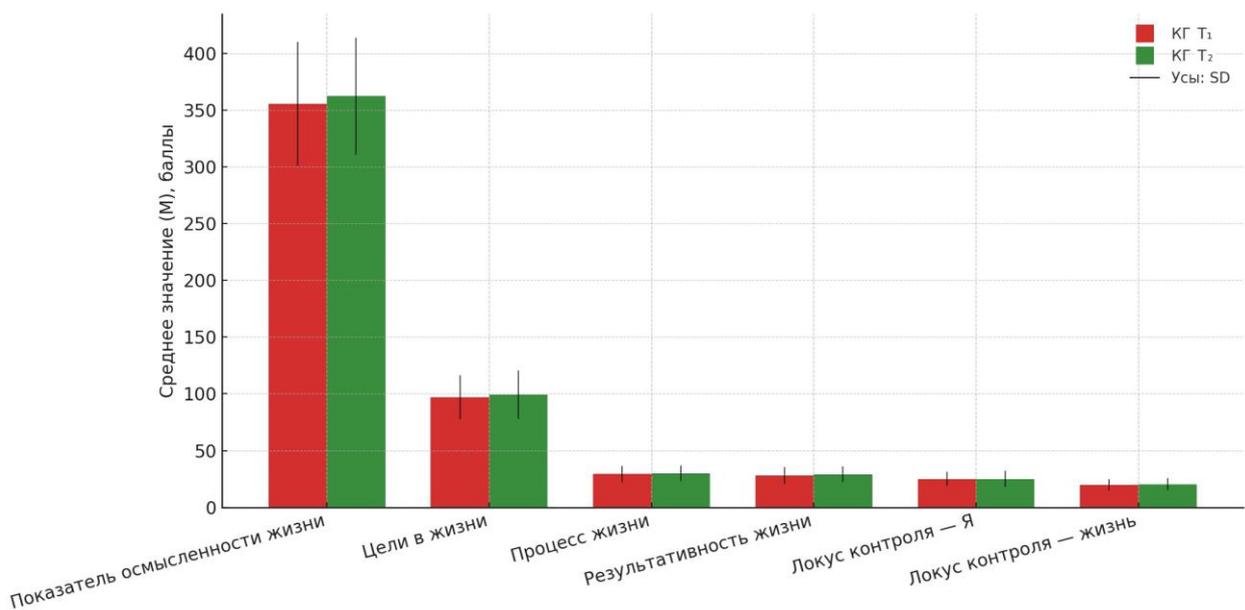


Рисунок 10 – Гистограмма средних значений шкал СЖО в контрольной группе на этапах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub>

Интерпретация результатов. Анализ динамики в контрольной группе не выявил статистически значимых сдвигов по шкалам смысло-жизненных ориентаций. Наибольший прирост наблюдается по интегральному показателю осмысленности жизни ( $\Delta = +6,83 \pm 31,01$ ), однако он не достигает значимости ( $Z = 1,24$ ;  $p = 0,21314$ ;  $r = 0,227$ ). Незначимые изменения также зафиксированы по шкалам «Цели в жизни» ( $\Delta = +2,52 \pm 13,21$ ;  $p = 0,44511$ ), «Результативность жизни» ( $\Delta = +1,09 \pm 4,41$ ;  $p = 0,17684$ ) и «Процесс жизни» ( $\Delta = +0,65 \pm 6,10$ ;  $p = 0,71610$ ). Показатели локуса контроля – «Я» ( $\Delta = +0,03 \pm 5,30$ ) и «Жизнь» ( $\Delta = +0,61 \pm 4,38$ ) – остались практически неизменными ( $p > 0,82$ ). Отсутствие значимой динамики по шкалам СЖО указывает на стабильность смысловой регуляции и картины мира в контрольной группе на протяжении периода исследования.

Для завершающей оценки стабильности адаптационного профиля в контрольной группе был проведен анализ динамики по ключевым шкалам опросника СПА. Результаты по двенадцати репрезентативным шкалам представлены в таблице 9. Визуализация представлена на рисунке 11.

Таблица 9 – Динамика социально-психологической адаптации (СПА) в контрольной группе на этапах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub>

Шкала	Среднее T <sub>1</sub>	SD T <sub>1</sub>	Среднее T <sub>2</sub>	SD T <sub>2</sub>	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
Адаптивность, A1	143,42	15,99	142,52	16,99	-0,90	-0,63	0,52923	0,115	31
Ведомость, D2	20,81	11,65	19,58	8,37	-1,23	0,22	0,82793	0,041	31
Внешний контроль, I2	26,94	17,94	21,97	12,51	-4,97	-1,79	0,07335	0,338	31
Внутренний контроль, I1	60,19	10,73	56,48	9,46	-3,71	-2,86	0,00418	0,560	31
Деадаптивность, A2	83,06	34,22	75,97	35,21	-7,09	-1,82	0,06835	0,344	31
Интегральный показатель неприятия себя, S2	14,58	10,84	11,77	11,69	-2,81	-2,28	0,02143	0,439	31
Интегральный показатель интернальности, I	62,52	10,93	65,26	12,71	2,74	1,72	0,08520	0,331	31
Интегральный показатель принятия себя, S	65,90	12,94	66,26	13,42	0,36	0,26	0,79637	0,047	31
Интегральный показатель принятия других, L	62,23	10,32	65,52	10,96	3,29	0,17	0,86422	0,032	31
Интегральный показатель ведомости, D	63,42	15,48	67,39	15,77	3,97	0,80	0,42497	0,151	31
Интегральный показатель стремления к доминированию, D1	55,68	15,84	51,35	13,75	-4,33	-2,91	0,00358	0,531	31
Интегральный показатель эмоциональной комфортности, E	56,94	20,42	58,65	20,64	1,71	1,12	0,26203	0,205	31

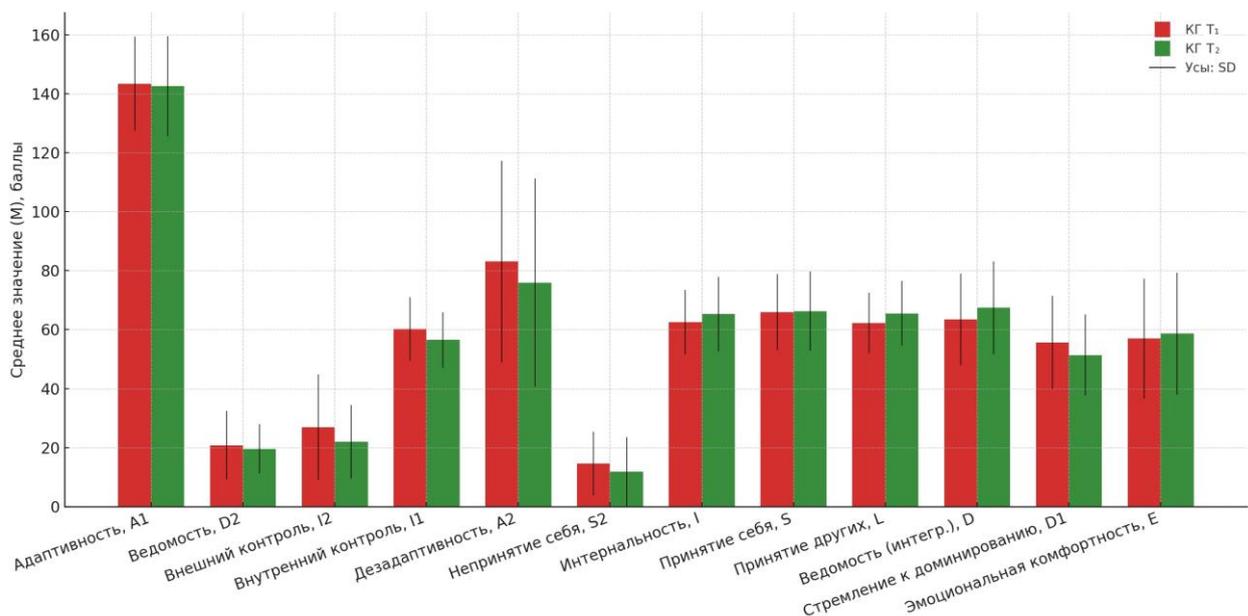


Рисунок 11 – Гистограмма средних значений ключевых показателей СПА в контрольной группе на этапах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub>

Интерпретация результатов. В контрольной группе по большинству показателей СПА статистически значимых изменений не выявлено. Исключение составили три шкалы: наблюдается значимое снижение по шкалам «Внутренний контроль» ( $\Delta$  = минус 3,71;  $Z$  = минус 2,86;  $p$  = 0,00418;  $r$  = 0,560), «Стремление к доминированию» ( $\Delta$  = минус 4,33;  $Z$  = минус 2,91;  $p$  = 0,00358;  $r$  = 0,531) и «Непринятие себя» ( $\Delta$  = минус 2,81;  $Z$  = минус 2,28;  $p$  = 0,02143;  $r$  = 0,439). Так как интегральные показатели адаптивности, принятия себя и других и эмоциональной комфортности не изменились, отдельные разнонаправленные сдвиги не дают целостной картины улучшения. Скорее это частные колебания, а не системный рост социально-психологической адаптации.

Суммарный анализ внутригрупповой динамики в контрольной группе подтверждает общую стабильность психологического состояния участников на протяжении исследования. Незначимые колебания по методикам TAS-20, RWB и СЖО, наряду с отсутствием позитивной системной динамики по СПА, задают референтный базовый уровень. Это свидетельствует о том, что без целенаправленного психологического вмешательства глубинное

состояние личности, включая способность к интеграции травматического опыта и восстановлению целостности, склонно оставаться относительно неизменным. Полученная картина обеспечивает корректность последующего сравнения с динамикой в экспериментальной группе, где было применено консультативное воздействие.

Для оценки эффекта консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП в экспериментальной группе был проведён сравнительный анализ результатов диагностирования до ( $T_1$ ) и после ( $T_2$ ) вмешательства. Анализ динамики по методике Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) представлен в таблице 10 и на рисунке 12.

Таблица 10 – Внутригрупповое сравнение по методике TAS-20 – Торонтская алекситимическая шкала в экспериментальной группе

Шкала	М $T_1$	SD $T_1$	М $T_2$	SD $T_2$	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
А/ Трудность идентификации чувств	17,77	5,87	16,45	5,25	-1,32	-1,47	0,14024	0,273	31
В/ Трудность с описанием чувств	13,81	3,89	11,52	3,26	-2,29	-3,15	0,00158	0,575	31
С/ Внешне-ориентированное мышление	16,58	2,67	16,45	3,49	-0,13	-0,50	0,61497	0,102	31
Т/ Общий уровень алекситимии	48,16	10,29	43,10	10,67	-5,06	-2,58	0,00980	0,471	31

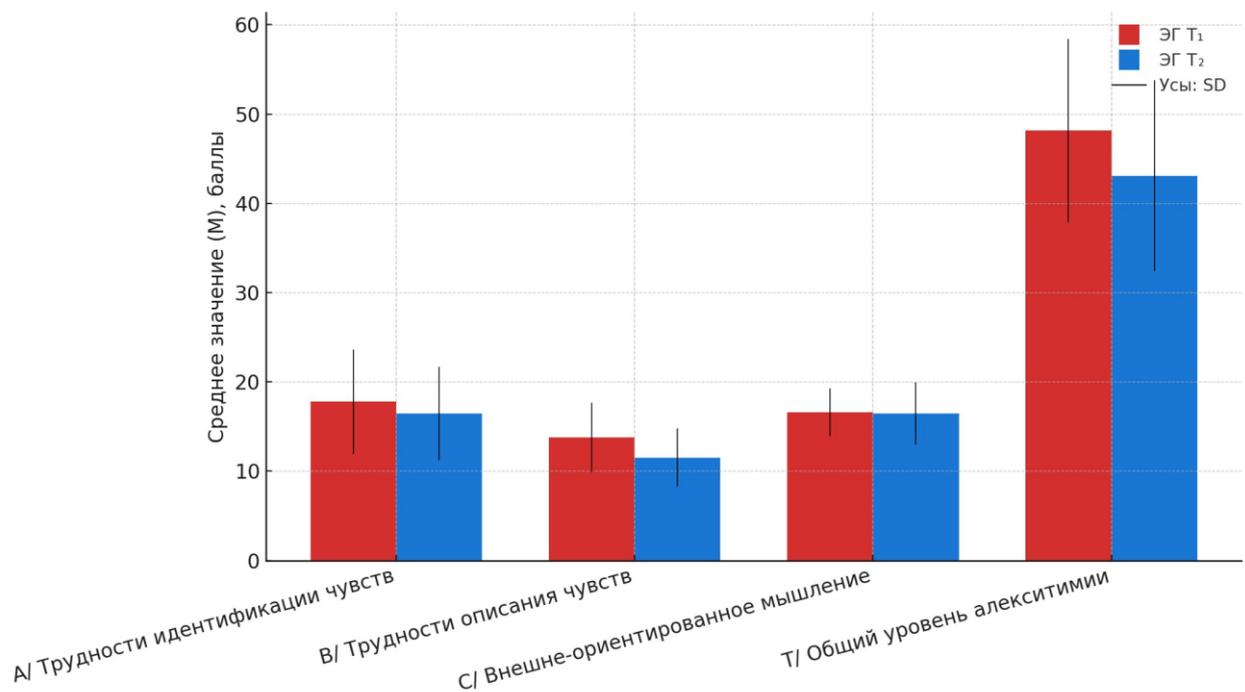


Рисунок 12 – Средние значения по субшкалам методики Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) в экспериментальной группе

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе по общему индексу алекситимии зафиксировано статистически значимое снижение ( $\Delta =$  минус  $5,06 \pm 9,77$ ;  $Z =$  минус  $2,58$ ;  $p = 0,00980$ ;  $r = 0,471$ ). Ключевой вклад в эту динамику внесла подшкала «Трудности описания чувств», где снижение было наиболее выраженным и значимым ( $\Delta =$  минус  $2,29 \pm 3,30$ ;  $Z =$  минус  $3,15$ ;  $p = 0,00158$ ;  $r = 0,575$ ). По подшкале «Трудности идентификации чувств» наблюдается направленное снижение ( $\Delta =$  минус  $1,32 \pm 5,28$ ), не достигшее уровня значимости ( $Z =$  минус  $1,47$ ;  $p = 0,14024$ ;  $r = 0,273$ ), но согласующееся с общей тенденцией. По подшкале «Внешне-ориентированное мышление» изменения оказались минимальными и незначимыми ( $\Delta =$  минус  $0,13 \pm 3,19$ ;  $Z =$  минус  $0,50$ ;  $p = 0,61497$ ;  $r = 0,102$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что консультативная работа способствовала значимому улучшению способности к вербализации эмоций, что является ключевым механизмом в интеграции травматического опыта и восстановлении личностной целостности.

Для оценки динамики психологического функционирования в экспериментальной группе были сопоставлены данные по шкале психологического благополучия (PWB). Результаты представлены в таблице 11 и на рисунке 13.

Таблица 11 – Внутригрупповое сравнение по шкале Психологическое благополучие (PWB) в экспериментальной группе

Шкала	Среднее T <sub>1</sub>	SD T <sub>1</sub>	Среднее T <sub>2</sub>	SD T <sub>2</sub>	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
A/ Положительные отношения	59,55	10,65	65,48	8,67	+5,93	4,38	0,00001	0,828	31
B/ Автономия	56,29	8,01	60,90	6,92	+4,61	3,02	0,00185	0,542	31
C/ Управление окружением	56,23	9,84	61,42	8,18	+5,19	3,60	0,00031	0,694	31
D/ Личностный рост	70,61	6,18	72,00	6,78	+1,39	1,22	0,22068	0,227	31
E/ Цель в жизни	61,03	9,82	65,19	8,22	+4,16	2,39	0,01678	0,444	31
F/ Самопринятие	57,77	11,10	66,29	8,47	+8,52	4,28	0,00002	0,809	31

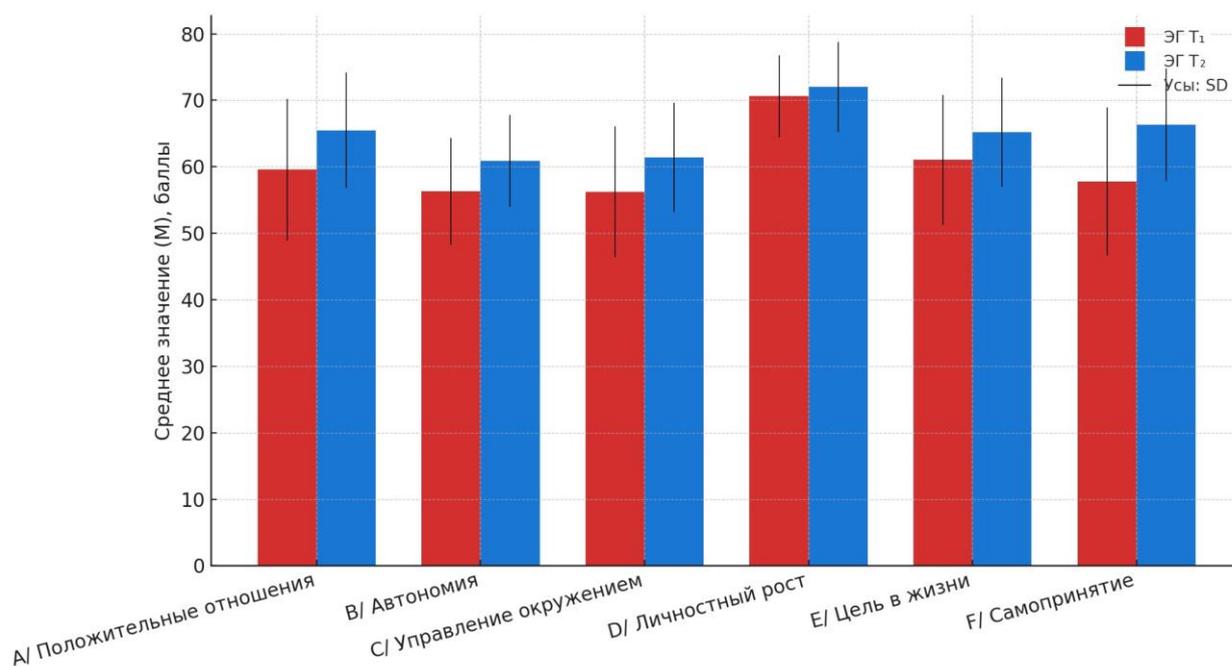


Рисунок 13 – Средние значения по подшкалам шкалы Психологическое благополучие (PWB) в экспериментальной группе

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе по всем компонентам психологического благополучия, за исключением

«Личностного роста», зафиксированы статистически значимые положительные изменения. Наиболее выраженный прирост наблюдается по шкале «Самопринятие» ( $\Delta = +8,52 \pm 8,49$ ;  $Z = 4,28$ ;  $p = 0,00002$ ;  $r = 0,809$ ) и «Позитивные отношения» ( $\Delta = +5,94 \pm 6,36$ ;  $Z = 4,38$ ;  $p = 0,00001$ ;  $r = 0,828$ ). Значимое улучшение также отмечено по шкалам «Управление окружением» ( $\Delta = +5,19 \pm 6,72$ ;  $Z = 3,60$ ;  $p = 0,00031$ ;  $r = 0,694$ ), «Автономия» ( $\Delta = +4,61 \pm 7,30$ ;  $Z = 3,02$ ;  $p = 0,00185$ ;  $r = 0,542$ ) и «Цели в жизни» ( $\Delta = +4,16 \pm 8,60$ ;  $Z = 2,39$ ;  $p = 0,01678$ ;  $r = 0,444$ ). По шкале «Личностный рост» прирост был минимальным и незначимым ( $\Delta = +1,39 \pm 5,37$ ;  $Z = 1,22$ ;  $p = 0,22068$ ;  $r = 0,227$ ). Данная картина отражает комплексное укрепление психологического благополучия, особенно в сферах самовосприятия, межличностных отношений и внутреннего контроля (интернальности), что соответствует ожидаемым эффектам работы с последствиями детской травмы. С целью оценки динамики смысловой сферы в экспериментальной группе было проведено сравнение показателей методики СЖО. Данные представлены в таблице 12 и на рисунке 14.

Таблица 12 – Внутригрупповое сравнение по методике – Смыслоразностные ориентации (СЖО) в экспериментальной группе

Шкала	Среднее T <sub>1</sub>	SD T <sub>1</sub>	Среднее T <sub>2</sub>	SD T <sub>2</sub>	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
Показатель осмысленности жизни	354,97	61,86	384,77	51,92	29,80	2,37	0,01767	0,436	31
Цели в жизни	101,77	24,06	109,16	20,64	7,39	2,48	0,01316	0,457	31
Процесс жизни	31,65	8,18	33,32	6,03	1,68	1,88	0,05969	0,358	31
Результативность жизни	30,84	8,50	33,39	6,06	2,55	1,69	0,09021	0,322	31
Локус контроля – Я	25,26	6,19	28,74	5,04	3,48	2,75	0,00595	0,506	31
Локус контроля – жизнь	21,68	5,78	23,06	5,48	1,39	2,01	0,04447	0,370	31

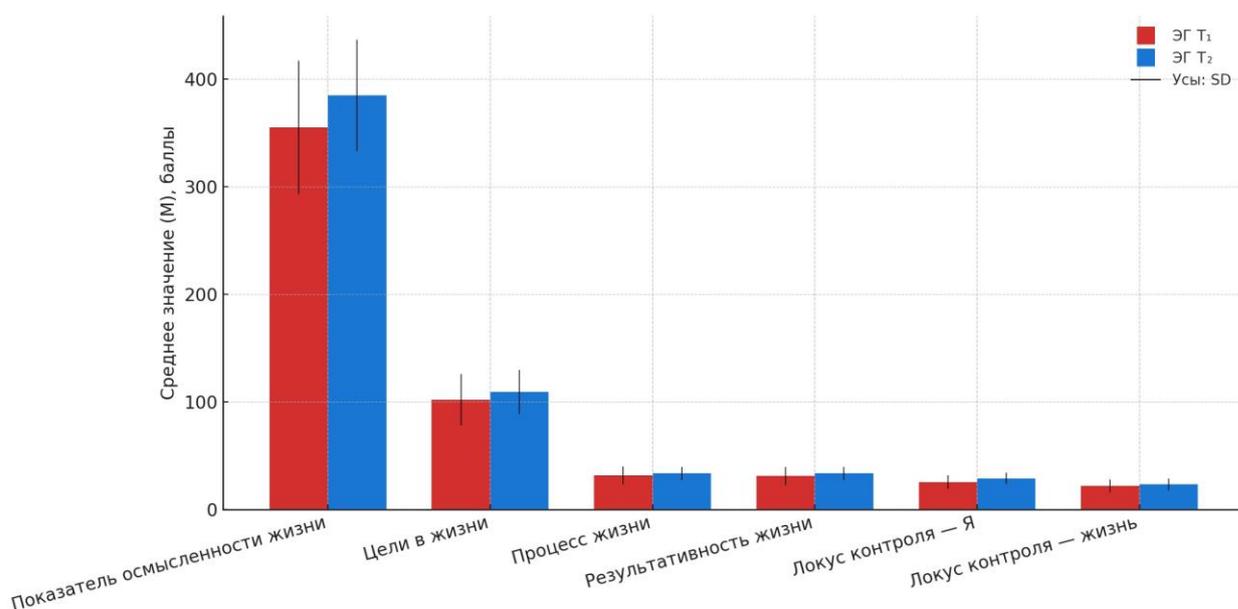


Рисунок 14 – Средние значения по шкалам методики – Смысложизненные ориентации (СЖО) в экспериментальной группе

Интерпретация результатов. Анализ динамики в экспериментальной группе выявил статистически значимый рост по ключевым параметрам смысложизненных ориентаций. Наибольший прирост наблюдается по интегральному показателю осмысленности жизни ( $\Delta = +29,80 \pm 51,92$ ;  $Z = 2,37$ ;  $p = 0,01767$ ;  $r = 0,436$ ). Значимо усилились «Цели в жизни» ( $\Delta = +7,39 \pm 20,64$ ;  $Z = 2,48$ ;  $p = 0,01316$ ;  $r = 0,457$ ) и «Локус контроля – Я» ( $\Delta = +3,48 \pm 5,04$ ;  $Z = 2,75$ ;  $p = 0,00595$ ;  $r = 0,506$ ). По шкале «Локус контроля – жизнь» повышение также достигло значимости ( $\Delta = +1,39 \pm 5,48$ ;  $Z = 2,01$ ;  $p = 0,04447$ ;  $r = 0,370$ ). Для шкал «Процесс жизни» ( $\Delta = +1,68 \pm 6,03$ ;  $Z = 1,88$ ;  $p = 0,05969$ ;  $r = 0,358$ ) и «Результативность жизни» ( $\Delta = +2,55 \pm 6,06$ ;  $Z = 1,69$ ;  $p = 0,09021$ ;  $r = 0,322$ ) выявлены тенденции к росту, не достигшие порога статистической значимости. Укрепление целеполагания и внутреннего локуса контроля указывает на восстановление смысловой регуляции, нарушенной вследствие травматического опыта.

Для оценки динамики адаптационного профиля в экспериментальной группе был проведен анализ по ключевым шкалам опросника СПА.

Результаты по двенадцати репрезентативным шкалам представлены в таблице 13 и на рисунке 15.

Таблица 13 – Внутригрупповая динамика по методике Опросник социально-психологической адаптации (СПА) в экспериментальной группе

Шкала	M T <sub>1</sub>	SD T <sub>1</sub>	M T <sub>2</sub>	SD T <sub>2</sub>	$\Delta = T_1 - T_2$	Z	p	r (эффект)	n
Адаптивность, A1	143,16	14,35	149,48	11,58	+6,32	3,04	0,00172	0,546	31
Ведомость, D2	17,52	5,87	15,77	6,16	-1,75	-1,71	0,08684	0,317	31
Внешний контроль, I2	20,52	10,05	15,77	6,64	-4,75	-2,60	0,00921	0,475	31
Внутренний контроль, I1	56,94	7,49	56,29	7,00	-0,65	-0,62	0,53122	0,120	31
Деадаптивность, A2	74,94	28,28	58,48	20,16	-16,46	-3,13	0,00177	0,571	31
Интегральный показатель неприятия себя, S2	11,84	5,92	8,65	4,37	-3,19	-2,44	0,01472	0,460	31
Интегральный показатель интернальности, I	67,74	11,43	72,13	9,02	+4,39	2,35	0,01882	0,436	31
Интегральный показатель принятия себя, S	72,10	12,53	78,58	9,77	+6,48	2,45	0,01432	0,447	31
Интегральный показатель принятия других, L	68,06	9,74	73,87	9,58	+5,81	3,33	0,00050	0,598	31
Интегральный показатель ведомости, D	51,65	17,24	53,71	18,02	+2,06	0,15	0,87960	0,028	31
Интегральный показатель стремления к доминированию, D1	10,23	4,14	9,74	4,19	-0,49	-1,78	0,07230	0,355	31
Интегральный показатель эмоциональной комфортности, E	56,68	16,45	67,10	10,36	+10,42	3,50	0,00047	0,638	31

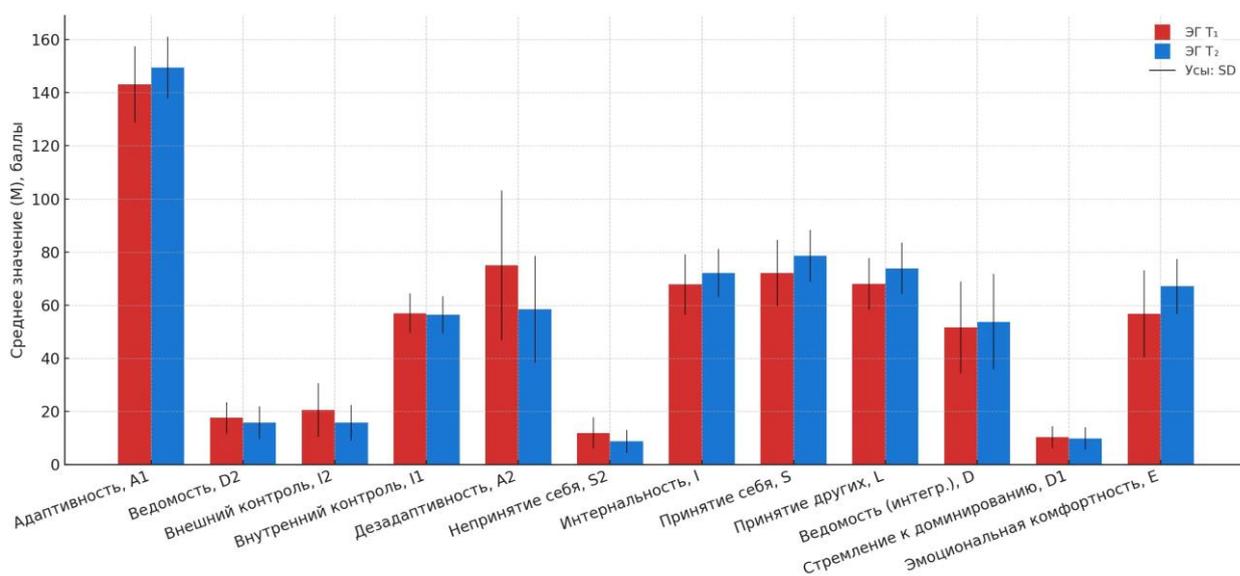


Рисунок 15 – Средние значения по показателям методики Опросник социально-психологической адаптации (СПА) в экспериментальной группе

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе зафиксирована согласованная положительная динамика по широкому спектру показателей адаптации. Статистически значимо возросли «Адаптивность» ( $\Delta = +6,32$ ;  $Z = 3,04$ ;  $p = 0,00172$ ;  $r = 0,546$ ), «Самопринятие» ( $\Delta = +6,48$ ;  $Z = 2,45$ ;  $p = 0,01432$ ;  $r = 0,447$ ), «Принятие других» ( $\Delta = +5,81$ ;  $Z = 3,33$ ;  $p = 0,00050$ ;  $r = 0,598$ ), «Интернальность» ( $\Delta = +4,39$ ;  $Z = 2,35$ ;  $p = 0,01882$ ;  $r = 0,436$ ) и «Эмоциональная комфортность» ( $\Delta = +10,42$ ;  $Z = 3,50$ ;  $p = 0,00047$ ;  $r = 0,638$ ). Параллельно наблюдалось значимое снижение дезадаптивных показателей: «Дезадаптивность» ( $\Delta = \text{минус } 16,46$ ;  $Z = \text{минус } 3,13$ ;  $p = 0,00177$ ;  $r = 0,571$ ), «Непринятие себя» ( $\Delta = \text{минус } 3,19$ ;  $Z = \text{минус } 2,44$ ;  $p = 0,01472$ ;  $r = 0,460$ ) и «Внешний контроль» ( $\Delta = \text{минус } 4,75$ ;  $Z = \text{минус } 2,60$ ;  $p = 0,00921$ ;  $r = 0,475$ ). Полученные результаты свидетельствуют о комплексном улучшении социально-психологической адаптации, что проявляется в росте самопринятия, интернальности и эмоционального благополучия при одновременном снижении дезадаптивных проявлений.

Суммарный анализ внутригрупповой динамики в экспериментальной группе демонстрирует выраженные положительные сдвиги по всем диагностируемым аспектам. Значимое снижение алекситимии, комплексный рост психологического благополучия, усиление смысловых ориентаций и улучшение показателей адаптации формируют целостную картину позитивных изменений. Полученные данные подтверждают, что консультативная работа по авторской консультативной модели МИРО-РП оказала значимое воздействие, способствуя интеграции травматического опыта и восстановлению личностной целостности.

Межгрупповое сравнение результатов (экспериментальная и контрольная группы). Для проверки эффективности консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП проведено сравнение приростов показателей ( $\Delta = T_1 - T_2$ ) между экспериментальной и контрольной группами. Такой подход позволяет оценить динамику, непосредственно связанную с вмешательством. Исходная сопоставимость

групп на этапе T<sub>2</sub>, подтверждённая ранее, позволяет интерпретировать выявленные различия как следствие консультативного воздействия.

Первым этапом межгруппового анализа оценивалась динамика по Торонтской алекситимической шкале (TAS-20). Результаты сравнения приростов представлены в таблице 14 и на рисунке 16.

Таблица 14 – Сравнительный анализ приростов показателей алекситимии (TAS-20) в экспериментальной и контрольной группах

Шкала	$\Delta$ ЭГ (M $\pm$ SD)	$\Delta$ КГ (M $\pm$ SD)	U	p	r	$\delta$	n (ЭГ;КГ)
А/ Трудность идентификации чувств	-1,32 $\pm$ 5,28	0,10 $\pm$ 6,31	436,0	0,53366	0,080	-0,093	31; 31
В/ Трудность с описанием чувств	-2,29 $\pm$ 3,30	-0,65 $\pm$ 2,95	325,0	0,02829	0,278	-0,324	31; 31
С/ Внешне-ориентированное мышление	-0,13 $\pm$ 3,19	-1,00 $\pm$ 3,33	521,0	0,57041	0,072	0,084	31; 31
Т/ Общий уровень алекситимии	-5,06 $\pm$ 9,77	-3,23 $\pm$ 9,81	402,5	0,27452	0,139	-0,162	31; 31

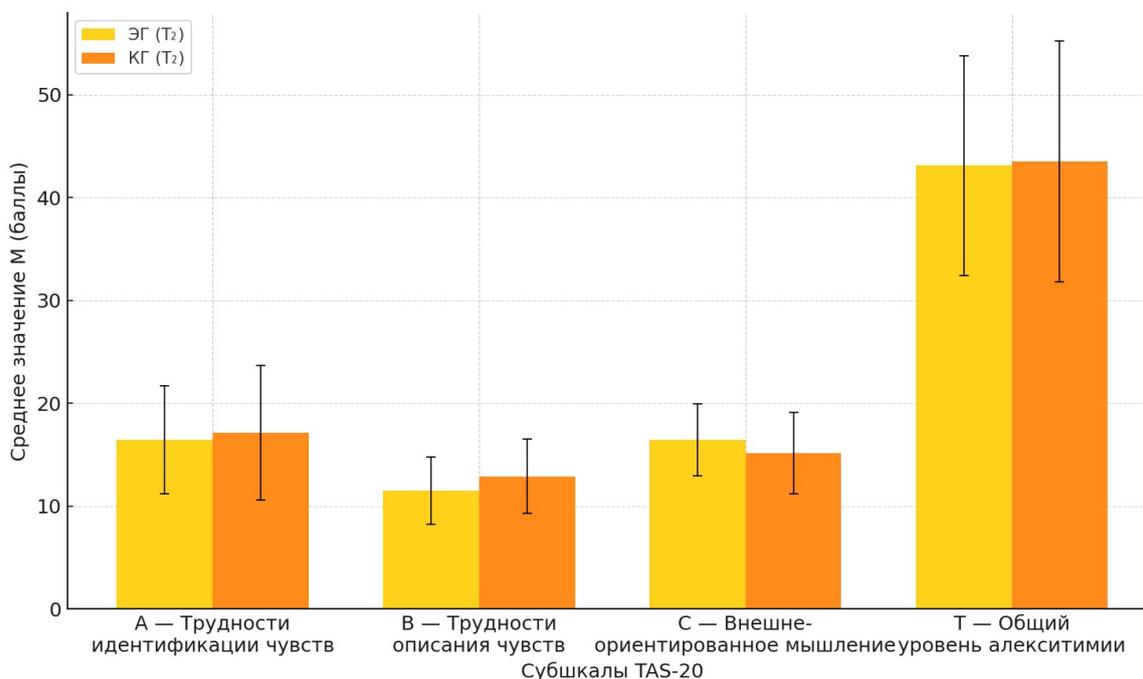


Рисунок 16 – Гистограмма сравнения средних приростов показателей алекситимии (TAS-20) в экспериментальной и контрольной группах

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе уменьшение алекситимии выражено прежде всего по подшкале «Трудности описания

чувств»: средний прирост ( $\Delta$ ) составил  $-2,29 \pm 3,30$  балла против  $-0,65 \pm 2,95$  в контрольной группе; различие по приростам статистически значимо ( $U = 325,0$ ;  $p = 0,028$ ;  $r = 0,278$ ;  $n = 31/31$ ), что указывает на заметный прогресс именно в вербализации эмоциональных состояний. По подшкале «Трудности идентификации чувств» в экспериментальной группе наблюдается направленное снижение ( $\Delta =$  минус  $1,32 \pm 5,28$ ) на фоне фактически нулевой динамики в контрольной ( $\Delta = +0,10 \pm 6,31$ ); межгрупповое различие не достигает значимости ( $U = 436,0$ ;  $p = 0,534$ ;  $r = 0,080$ ), однако согласуется по направлению с общим трендом.

По «Внешне-ориентированному мышлению» приросты сопоставимы ( $\Delta_{ЭГ} =$  минус  $0,13 \pm 3,19$ ;  $\Delta_{КГ} =$  минус  $1,00 \pm 3,33$ ;  $U = 521,0$ ;  $p = 0,570$ ;  $r = 0,072$ ). Суммарный индекс алекситимии снижался в обеих группах, при этом в экспериментальной группе уменьшение больше по модулю ( $\Delta_{ЭГ} =$  минус  $5,06 \pm 9,77$ ;  $\Delta_{КГ} =$  минус  $3,23 \pm 9,81$ ), но без статистически значимого межгруппового различия ( $U = 402,5$ ;  $p = 0,275$ ;  $r = 0,139$ ). В целом, межгрупповая картина фиксирует существенное преимущество экспериментальной группы по снижению трудностей именно в описании чувств. Учитывая установленное преимущество экспериментальной группы в вербализации эмоций, был проведён анализ её влияния на компоненты психологического благополучия. Результаты межгруппового сравнения по шкале К. Рифф (PWB) представлены в таблице 15 и на рисунке 17.

Таблица 15 – Сравнительный анализ приростов психологического благополучия (PWB) в экспериментальной и контрольной группах

Шкала	$\Delta$ ЭГ (M $\pm$ SD)	$\Delta$ КГ (M $\pm$ SD)	U	p	r	$\delta$	n (ЭГ;КГ)
А/ Положительные отношения	5,94 $\pm$ 6,36	1,94 $\pm$ 5,37	659,5	0,01173	0,320	0,373	31; 31
В/ Автономия	4,61 $\pm$ 7,30	1,48 $\pm$ 6,15	603,0	0,08537	0,219	0,255	31; 31
С/ Управление окружением	5,19 $\pm$ 6,72	1,48 $\pm$ 7,62	632,5	0,03260	0,272	0,316	31; 31
Д/ Личностный рост	1,39 $\pm$ 5,37	0,29 $\pm$ 5,21	525,0	0,53424	0,080	0,093	31; 31
Е/ Цель в жизни	4,16 $\pm$ 8,60	-0,13 $\pm$ 7,95	621,0	0,04839	0,251	0,292	31; 31
Ф/ Самопринятие	8,52 $\pm$ 8,49	1,87 $\pm$ 9,88	700,5	0,00194	0,393	0,458	31; 31

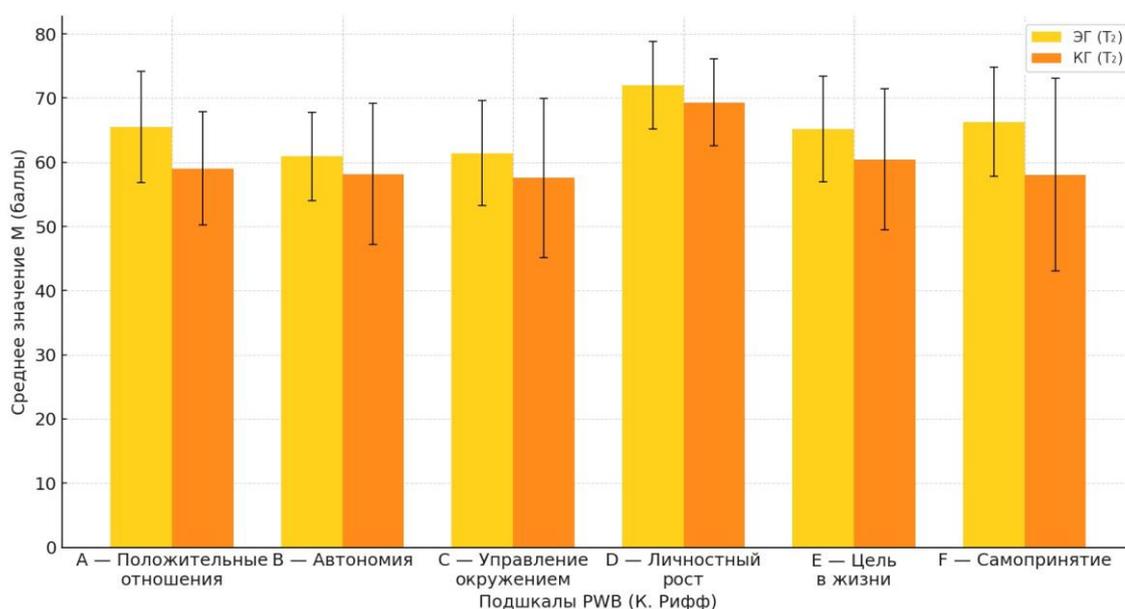


Рисунок 17 – Гистограмма сравнения средних приростов показателей психологического благополучия (PWB) в ЭГ и КГ

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе приросты по компонентам психологического благополучия выражены сильнее, чем в контрольной. По шкале «Самопринятие» в экспериментальной группе средний прирост составил  $\Delta = 8,52 \pm 8,49$  против  $\Delta = 1,87 \pm 9,88$  в контрольной группе; межгрупповое различие значимо ( $U = 700,5$ ;  $p = 0,00194$ ;  $r = 0,393$ ), что указывает на существенное усиление позитивного отношения к себе. По шкале «Позитивные отношения» в экспериментальной

группе прирост  $\Delta = 5,94 \pm 6,36$  против  $\Delta = 1,94 \pm 5,37$  в контрольной группе; различие значимо ( $U = 659,5$ ;  $p = 0,0117$ ;  $r = 0,32$ ), что отражает улучшение качества межличностных связей. По шкале «Цели в жизни» в экспериментальной группе  $\Delta = 4,16 \pm 8,60$ , в контрольной группе  $\Delta =$  минус  $0,13 \pm 7,95$ ; различие значимо ( $U = 621,0$ ;  $p = 0,0484$ ;  $r = 0,251$ ), что показывает укрепление целеполагания. По шкале «Управление окружением» в экспериментальной группе  $\Delta = 5,19 \pm 6,72$ , в контрольной группе  $\Delta = 1,48 \pm 7,62$ ; различие значимо ( $U = 632,5$ ;  $p = 0,0326$ ;  $r = 0,272$ ), что свидетельствует о возрастании контролируемости жизненной среды. По шкале «Автономия» в экспериментальной группе прирост  $\Delta = 4,61 \pm 7,30$  против  $\Delta = 1,48 \pm 6,15$  в контрольной группе; наблюдается тенденция к межгрупповому различию ( $U = 603,0$ ;  $p = 0,0854$ ;  $r = 0,219$ ). По шкале «Личностный рост» приросты сопоставимы ( $U = 525,0$ ;  $p = 0,534$ ;  $r = 0,08$ ). Таким образом, межгрупповая картина фиксирует преимущество экспериментальной группы по ключевым компонентам благополучия, что согласуется с логикой вмешательства.

Учитывая, что рост автономии, самопринятия и целеполагания отражает не только эмоциональную разблокировку, но и перестройку смысловой регуляции, далее рассматривается межгрупповое сравнение по шкале смысловых ориентаций (СЖО). Результаты приведены в таблице 16. Визуализация представлена на рисунке 18.

Таблица 16 – Сравнительный анализ приростов смысложизненных ориентаций (СЖО) в ЭГ и КГ

Шкала	$\Delta$ ЭГ (M $\pm$ SD)	$\Delta$ КГ (M $\pm$ SD)	U	p	r	$\delta$	n (ЭГ;КГ)
Показатель осмысленности жизни	29,81 $\pm$ 30,29	6,84 $\pm$ 31,01	683,5	0,00434	0,363	0,422	31; 31
Цели в жизни	8,97 $\pm$ 16,22	2,52 $\pm$ 13,21	617,0	0,05534	0,244	0,284	31; 31
Процесс жизни	1,97 $\pm$ 6,65	0,65 $\pm$ 6,10	550,0	0,32936	0,124	0,145	31; 31
Результативность жизни	2,94 $\pm$ 5,67	1,10 $\pm$ 4,41	550,0	0,32963	0,124	0,145	31; 31
Локус контроля – Я	3,48 $\pm$ 5,57	0,03 $\pm$ 5,30	683,0	0,00425	0,362	0,421	31; 31
Локус контроля – жизнь	2,13 $\pm$ 3,99	0,61 $\pm$ 4,38	622,0	0,04579	0,253	0,294	31; 31

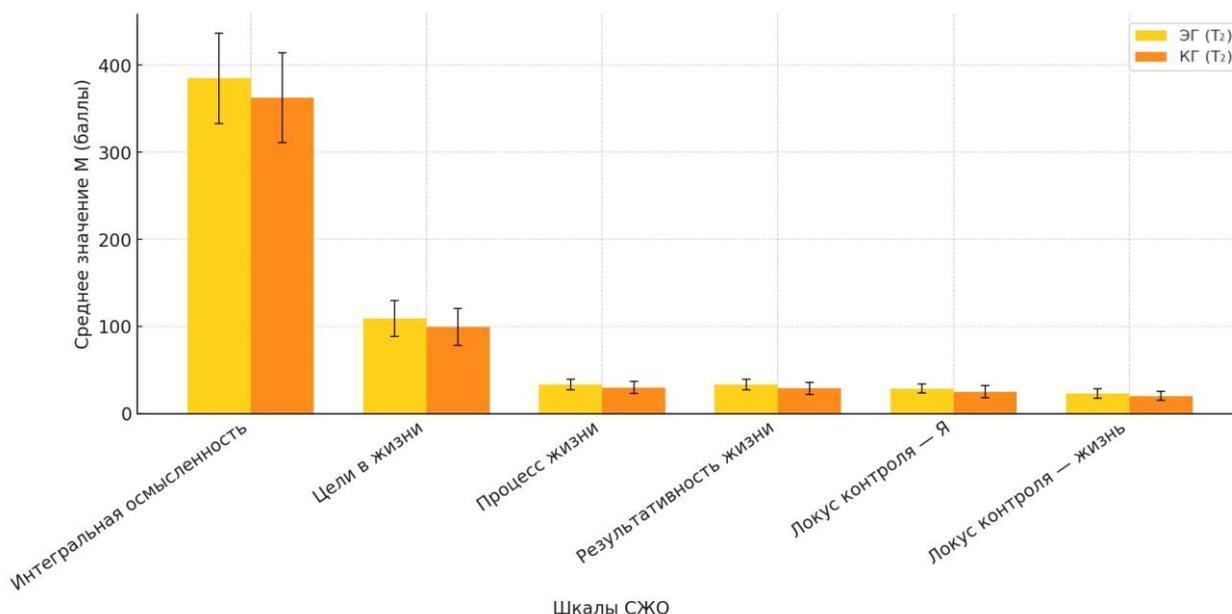


Рисунок 18 – Гистограмма сравнения средних приростов показателей смысложизненных ориентаций (СЖО) в ЭГ и КГ

Интерпретация результатов. В экспериментальной группе зафиксированы статистически значимые преимущества в динамике смысложизненных ориентаций по сравнению с контрольной группой. По интегральному показателю осмысленности жизни прирост в ЭГ составил  $\Delta = 29,81 \pm 30,29$  против  $\Delta = 6,84 \pm 31,01$  в КГ; межгрупповое различие значимо ( $U = 683,5$ ;  $p = 0,00434$ ;  $r = 0,363$ ), что свидетельствует о существенном

усилении смысловой наполненности жизни после консультативной работы. По шкале «Локус контроля – Я» в экспериментальной группе прирост  $\Delta = 3,48 \pm 5,57$  против  $\Delta = 0,03 \pm 5,30$  в контрольной группе; различие значимо ( $U = 683,0$ ;  $p = 0,00425$ ;  $r = 0,362$ ), что указывает на рост убежденности в способности управлять собственной жизнью. По шкале «Локус контроля – жизнь» в экспериментальной группе  $\Delta = 2,13 \pm 3,99$  против  $\Delta = 0,61 \pm 4,38$  в контрольной группе; различие значимо ( $U = 622,0$ ;  $p = 0,04579$ ;  $r = 0,253$ ), что отражает усиление восприятия мира как управляемого и предсказуемого. По шкале «Цели в жизни» наблюдается тенденция к большему приросту в экспериментальной группе ( $\Delta = 8,97 \pm 16,22$  против  $\Delta = 2,52 \pm 13,21$  в КГ), однако межгрупповое различие не достигает значимости ( $U = 617,0$ ;  $p = 0,05534$ ;  $r = 0,244$ ). По шкалам «Процесс жизни» и «Результативность жизни» приросты в группах сопоставимы ( $p > 0,32$ ).

Полученные данные демонстрируют, что консультативная работа способствовала укреплению смысловой регуляции у участников экспериментальной группы, особенно в сфере внутреннего контроля и общего восприятия осмысленности жизни. Таким образом, выявленное усиление осмысленности жизни и внутреннего локуса контроля отражает глубинные изменения в личностной регуляции участников экспериментальной группы.

Учитывая, что восстановление смысловой сферы закономерно проявляется в улучшении социального функционирования и адаптационных характеристик, далее рассматривается межгрупповое сравнение по опроснику социально-психологической адаптации (СПА). Результаты по всем двадцати шкалам СПА приведены в таблице 17. На рисунке 19 показаны сравнения средних приростов показателей двенадцати шкал СПА в экспериментальной и контрольной группах.

Таблица 17 – Сравнительный анализ приростов социально-психологической адаптации (СПА) в ЭГ и КГ

Шкала	$\Delta$ ЭГ (M $\pm$ SD)	$\Delta$ КГ (M $\pm$ SD)	U	p	r	$\delta$	n (ЭГ; КГ)
Адаптивность, A1	6,32 $\pm$ 10,37	-0,90 $\pm$ 8,63	692,5	0,00288	0,379	0,441	31; 31
Ведомость, D2	-1,74 $\pm$ 5,30	-1,23 $\pm$ 11,35	375,5	0,14014	0,188	-0,219	31; 31
Внешний контроль, I2	-4,74 $\pm$ 8,69	-4,97 $\pm$ 17,47	441,0	0,58248	0,071	-0,082	31; 31
Внутренний контроль, I1	-0,65 $\pm$ 4,51	-3,71 $\pm$ 7,92	599,5	0,09411	0,213	0,248	31; 31
Дезадаптивность, A2	-16,45 $\pm$ 25,05	-7,10 $\pm$ 23,09	351,0	0,06924	0,232	-0,27	31; 31
Доминирование, D1	-0,48 $\pm$ 3,10	-2,81 $\pm$ 9,27	546,5	0,35233	0,118	0,137	31; 31
Интегральный показатель адаптации, A	5,87 $\pm$ 8,53	2,74 $\pm$ 8,45	620,0	0,05005	0,249	0,29	31; 31
Интегральный показатель интернальности, I	4,39 $\pm$ 9,12	0,35 $\pm$ 7,86	589,0	0,12791	0,194	0,226	31; 31
Интегральный показатель принятия других, L	5,81 $\pm$ 8,82	3,29 $\pm$ 16,87	660,5	0,01143	0,322	0,375	31; 31
Интегральный показатель самопринятия, S	6,48 $\pm$ 13,35	3,97 $\pm$ 17,84	581,5	0,15666	0,181	0,21	31; 31
Интегральный показатель стремления к доминированию, D	2,06 $\pm$ 19,38	-4,32 $\pm$ 10,10	624,5	0,04314	0,257	0,3	31; 31
Интегральный показатель эмоц. комфортности, E	10,42 $\pm$ 14,34	1,71 $\pm$ 13,61	630,0	0,03583	0,267	0,311	31; 31
Непринятие других, L2	-3,26 $\pm$ 4,94	0,42 $\pm$ 4,79	257,5	0,00168	0,399	-0,464	31; 31
Непринятие себя, S2	-3,19 $\pm$ 6,38	-0,90 $\pm$ 5,56	366,0	0,10771	0,205	-0,238	31; 31
Принятие других, L1	0,48 $\pm$ 3,33	1,13 $\pm$ 6,30	498,0	0,80955	0,031	0,036	31; 31
Принятие себя, S1	2,58 $\pm$ 6,16	2,52 $\pm$ 12,23	572,5	0,19664	0,164	0,191	31; 31
Шкала искренности, FF	1,87 $\pm$ 5,63	1,81 $\pm$ 6,19	488,5	0,91571	0,014	0,017	31; 31
Эмоц. дискомфорт, E2	-6,00 $\pm$ 8,06	-3,58 $\pm$ 8,54	369,0	0,1173	0,199	-0,232	31; 31
Эмоц. комфорт, E1	2,94 $\pm$ 4,77	1,16 $\pm$ 6,02	605,0	0,07989	0,223	0,259	31; 31
Эскапизм	-1,58 $\pm$ 3,92	-1,61 $\pm$ 6,39	431,0	0,48871	0,089	-0,103	31; 31

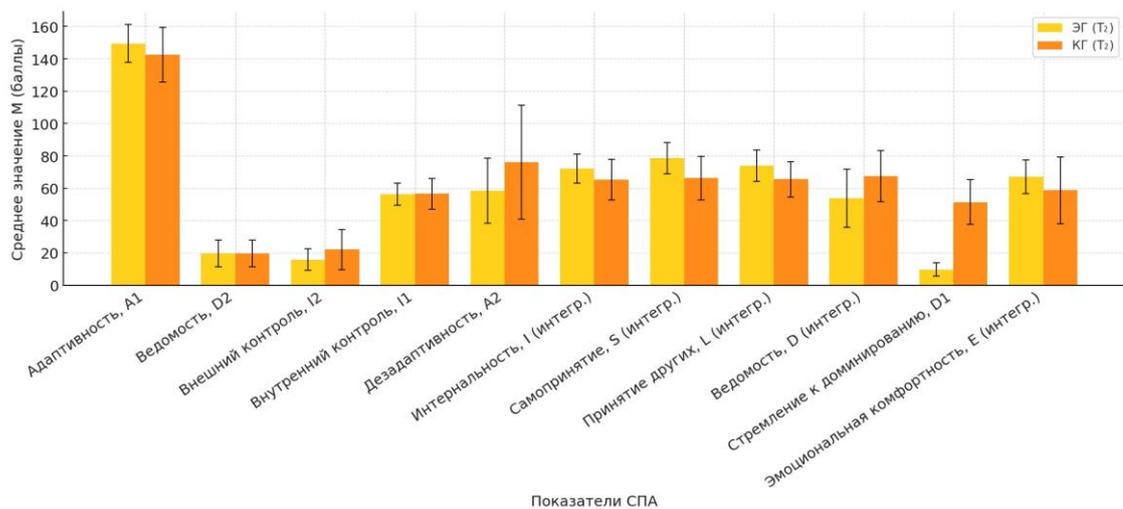


Рисунок 19 – Гистограмма сравнения средних приростов показателей двенадцати шкал социально-психологической адаптации (СПА) в ЭГ и КГ

Интерпретация результатов. Межгрупповое сравнение показателей социально-психологической адаптации выявило статистически значимые преимущества экспериментальной группы по ключевым параметрам. По шкале «Адаптивность, А1» прирост в ЭГ составил  $\Delta = +6,32 \pm 10,37$  против  $\Delta = \text{минус } 0,90 \pm 8,63$  в КГ; различие значимо ( $U = 692,5$ ;  $p = 0,00288$ ;  $r = 0,379$ ), что отражает развитие эффективных поведенческих стратегий. По интегральному показателю «Принятие других, L» разница также значима в пользу ЭГ ( $\Delta = +5,81 \pm 8,82$  против  $\Delta = +3,29 \pm 16,87$  в КГ;  $U = 660,5$ ;  $p = 0,01143$ ;  $r = 0,322$ ), свидетельствуя об улучшении межличностного взаимодействия. По шкале «Эмоциональная комфортность, E» преимущество ЭГ значимо ( $\Delta = +10,42 \pm 14,34$  против  $\Delta = +1,71 \pm 13,61$  в КГ;  $U = 630,0$ ;  $p = 0,03583$ ;  $r = 0,267$ ), что указывает на нормализацию эмоционального состояния.

Со стороны дезадаптивных показателей наиболее выраженные различия наблюдаются по шкале «Непринятие других, L2»: в ЭГ зафиксировано значимое снижение ( $\Delta = \text{минус } 3,26 \pm 4,94$ ) на фоне минимальной динамики в КГ ( $\Delta = +0,42 \pm 4,79$ ;  $U = 257,5$ ;  $p = 0,00168$ ;  $r = 0,399$ ). По шкалам «Непринятие себя, S2» и «Деадаптивность, А2» отмечается более выраженная положительная динамика в экспериментальной

группе, хотя эти различия не достигают порога статистической значимости ( $p = 0,10771$  и  $p = 0,06924$  соответственно). Таким образом, применение техник регрессионной терапии способствовало не только улучшению психологического состояния участников, но и развитию их социально-адаптационного потенциала. Сравнительный анализ динамики показателей подтвердил системное улучшение состояния участников ЭГ после проведения консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП. Установлены статистически значимые положительные изменения по ключевым индикаторам личностной целостности: достоверное снижение алекситимии (прежде всего – трудностей вербализации чувств), рост психологического благополучия (самопринятие, положительные отношения, управляемость средой, автономия), усиление смысложизненной регуляции (осмысленность, цели в жизни, внутренний локус контроля) и улучшение социально-психологической адаптированности (адаптивность, интернальность, принятие себя/других, эмоциональная комфортность) при одновременном уменьшении дезадаптивных компонентов (дезадаптивность, неприятие, эмоциональный дискомфорт, внешний контроль). Статистически значимых улучшений не выявлено в КГ: колебания показателей укладываются в фоновую вариативность и не образуют паттерна улучшения. Межгрупповое сопоставление дельт показывает систематическое преимущество ЭГ в доменах, критичных для восстановления целостности ( $p \leq 0,05$ ; эффекты – от средних до крупных). Объективно снижаются дефицитарные характеристики и усиливаются психологические ресурсы в ЭГ, тогда как в контрольной группе значимых изменений не наблюдается. Таким образом, эмпирические данные свидетельствуют о подтверждении гипотезы исследования: применение регрессионной терапии в консультативной работе способствует восстановлению личностной целостности у взрослых с опытом детских травм. Дополнительно применён и апробирован метод контент-анализа ответов, полученных с помощью авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС).

Анализ динамики по данным авторской анкеты парной интегративной самооценки (АПИС).

Авторская анкета парной интегративной самооценки (АПИС) фиксирует «на сегодня» самооценки по десяти доменам, связанным с личностной целостностью, и позволяет парно сравнивать показатели «до/после» консультативной работы. В экспериментальной группе (ЭГ, n=31) опрос проводился дважды: T<sub>1</sub> – до начала консультативной работы, T<sub>2</sub> – через 2–3 недели после её завершения. Формат – онлайн-самоотчёт. В анализ включены участники, прошедшие оба замера (n=26). Шкалы – вопросы (Q1–Q10): общее эмоциональное состояние; осознание/выражение эмоций; контроль над жизнью; смысл/направление; энергия/интерес к жизни; внутренняя цельность/собранный; уверенность в себе; качество отношений; работа/самореализация; самооценность. После шкал следовал один открытый вопрос (краткое описание «на сегодня»). Для каждого участника рассчитывался индивидуальный сдвиг  $\Delta = T_1 - T_2$ ; на групповом уровне анализировались средние до/после, M( $\Delta$ ), доли улучшений ( $\Delta > 0$ ) и ухудшений ( $\Delta < 0$ ), а также перераспределение ответов по уровням 1–4 / 5–7 / 8–10. Сводные результаты по десяти шкалам АПИС приведены в таблице 18.

Таблица 18 – Динамика самооценок по данным АПИС (n = 26 пар)

Шкала–вопрос, Q	n	M(T <sub>1</sub> )	M(T <sub>2</sub> )	M( $\Delta$ )	Доля $\Delta > 0$	Доля $\Delta < 0$
Общее эмоциональное состояние, Q1	26	6,38	8,12	+1,73	0,73	0,08
Осознание и выражение эмоций, Q2	26	6,85	8,42	+1,58	0,62	0,15
Контроль над жизнью, Q3	26	6,12	8,04	+1,92	0,81	0,08
Смысл и направление, Q4	26	5,81	8,19	+2,38	0,88	0,12
Энергия и интерес к жизни, Q5	26	6,96	8,50	+1,54	0,58	0,15
Внутренняя цельность/собранный, Q6	26	6,50	8,23	+1,73	0,73	0,19
Уверенность в себе, Q7	26	6,15	8,31	+2,15	0,85	0,08
Отношения (качество), Q8	26	5,42	7,31	+1,88	0,73	0,08
Работа/самореализация, Q9	26	5,15	7,58	+2,42	0,81	0,12
Самоценность (ценность личности), Q10	26	7,23	8,77	+1,54	0,62	0,12

Как видно из таблицы 18, наибольшие средние приросты отмечены по шкалам «работа/самореализация» ( $\Delta=+2,42$ ), «смысл/направление» ( $\Delta=+2,38$ ) и «уверенность в себе» ( $\Delta=+2,15$ ); в среднем по всем шкалам прирост около +1,9 балла. Доли улучшений высоки (0,58–0,88) при низких долях ухудшений (0,08–0,19).

На рисунке 20 показан согласованный рост средних по всем десяти шкалам. По всем десяти шкалам виден согласованный рост средних значений.

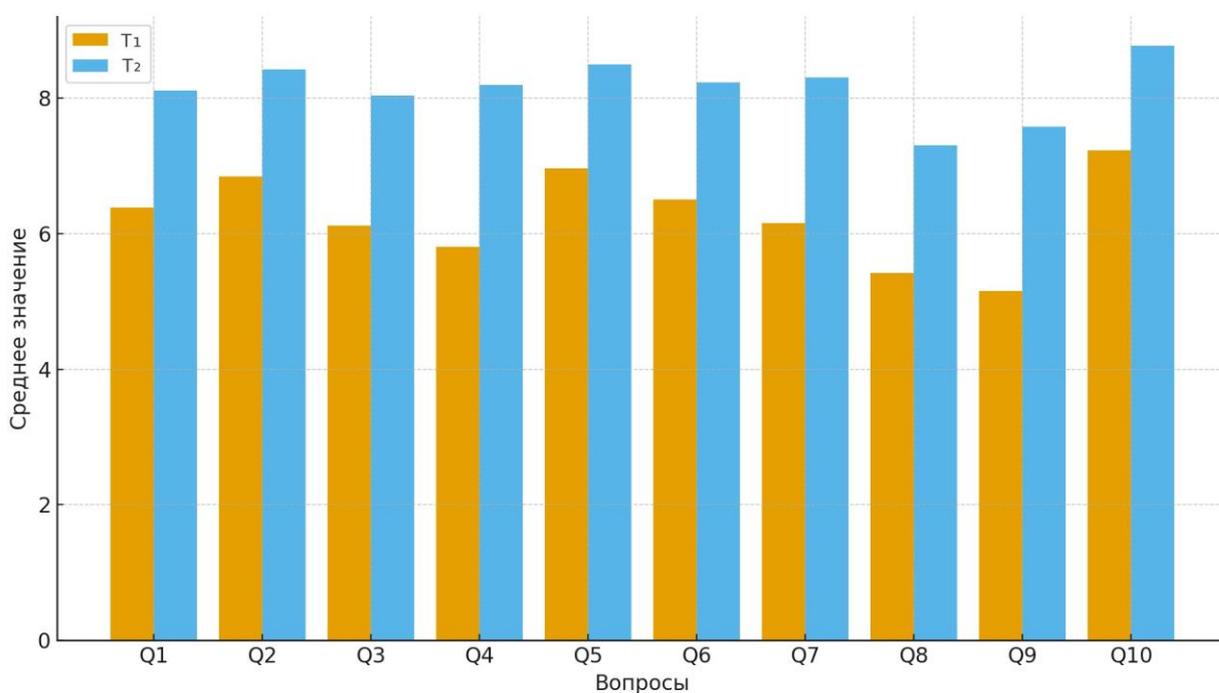


Рисунок 20 – Гистограмма средних значений по шкалам-вопросам АПИС: сравнение T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub> (n=26)

Как видно из рисунка 21, по суммарному распределению ответов наблюдается сдвиг большинства участников из зон низких и умеренных оценок в высокую: число значений 8–10 по всем шкалам выросло более чем вдвое (с 86 до 188). Это указывает на переход большинства участников от зоны выраженных затруднений и умеренных показателей к зоне устойчиво высоких оценок благополучия.

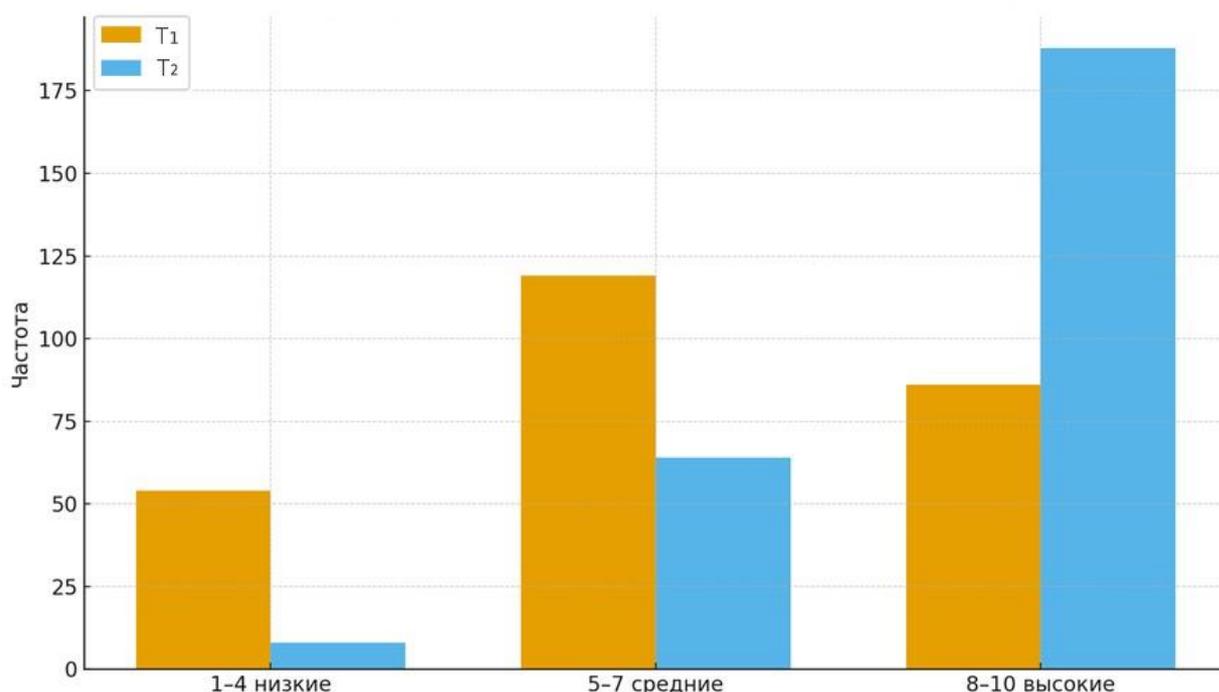


Рисунок 21 – Суммарное распределение ответов по диапазонам 1–4 / 5–7 / 8–10 баллов на этапах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub> (все шкалы, n=26)

Открытый вопрос задаёт смысловой контекст числовым сдвигам. На T<sub>1</sub> преобладали темы повседневных затруднений и неопределённости (финансы/работа, отношения, здоровье, тревожность, неопределённость будущего). На T<sub>2</sub> доминируют ресурсные состояния: спокойствие, внутренняя опора/самоценность, снижение тревожности, более ровные реакции, зрелая коммуникация. «Ведущие темы» на T<sub>1</sub> зафиксированы у 21 из 26 (80,8%) участников, смену тематической области показали 19 из них. Ресурсная ведущая тема на T<sub>2</sub> отмечена у 20 (76,9% от всей парной выборки). В качестве иллюстрации приводятся краткие примеры индивидуальных изменений (укороченные верbatimы 120–150 знаков):

- АИГ077: до – «Недостаток денег...»; после – «Внутренний комфорт, уверенность, спокойствие...». Интерпретация: смещение фокуса с «финансы/работа» на «спокойствие/умиротворение».
- БВА069: до – «Взаимоотношения с детьми... страх не справиться...»;

после – «Внутренняя свобода, опора, принятие себя...». Интерпретация: смещение фокуса с «отношения/семья» на «уверенность/самоценность/опора».

– КГН005: до – «Здоровье...», после – «Появилась энергия и начала действовать». Интерпретация: смещение фокуса с «здоровье/соматическое» на «энергия/активность/действия».

– ЛНА083: до – «Взаимоотношения с младшим сыном», после – «Высказываю своё мнение, больше любви к себе». Интерпретация: смещение фокуса с «отношения/семья» на «границы/коммуникация».

– МАН014: до – «Низкая самооценка, раздражительность...», после – «Спокойнее, стабильнее, увереннее...». Интерпретация: смещение фокуса с «самооценка/уверенность» на «спокойствие/умиротворение».

Гистограммы частотных профилей тематических категорий по этапам  $T_2$  и  $T_1$  показаны на рисунках 22, 23 соответственно.

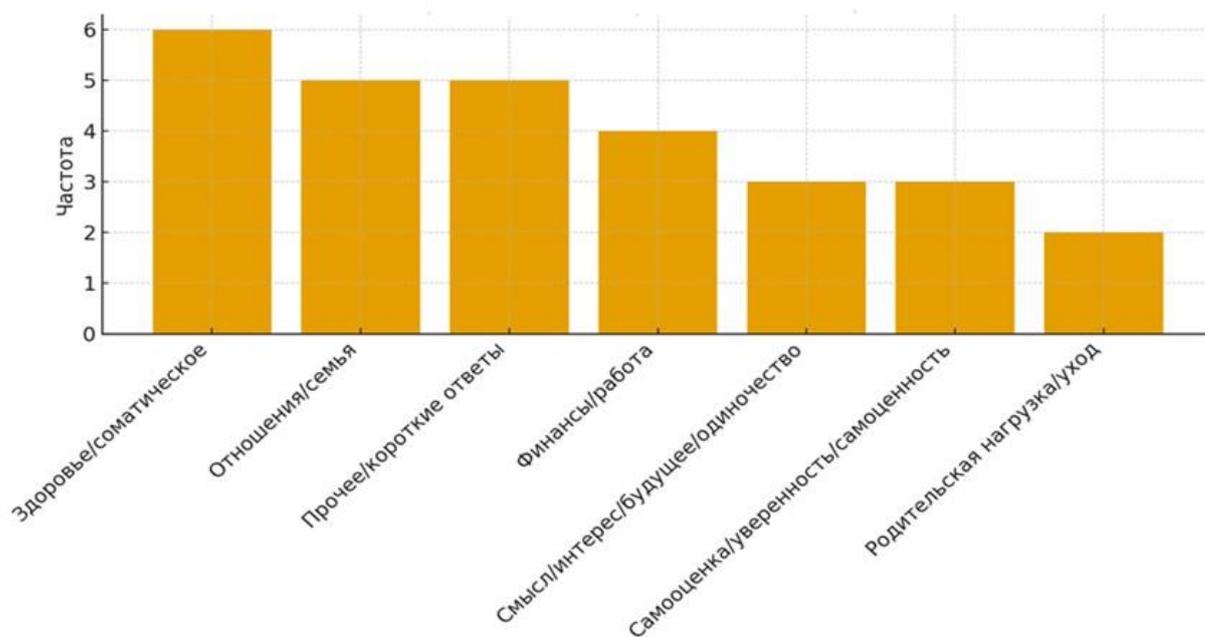


Рисунок 22 – Гистограмма частот тематических категорий в открытых ответах на этапе  $T_1$  (ЭГ,  $n=26$ )

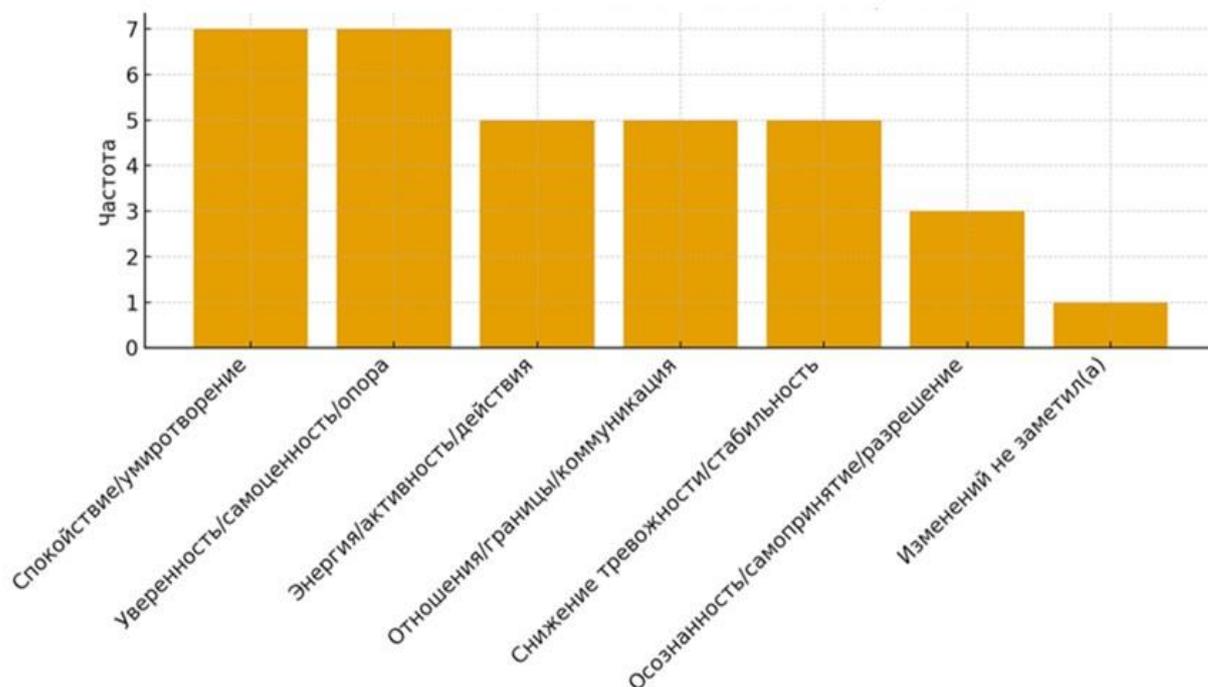


Рисунок 23 – Гистограмма частот тематических категорий в открытых ответах на этапе  $T_2$  (ЭГ,  $n=26$ )

На этапе  $T_2$  частоты ресурсных тем существенно выше стартовых проблемных. Для фиксации индивидуальных траекторий была построена итоговая матрица переходов доминирующих тем до консультативного воздействия  $T_1$  и после  $T_2$ .

Из рисунка 24 видно, как исходные проблемные темы на старте сменяются ресурсными состояниями на выходе.

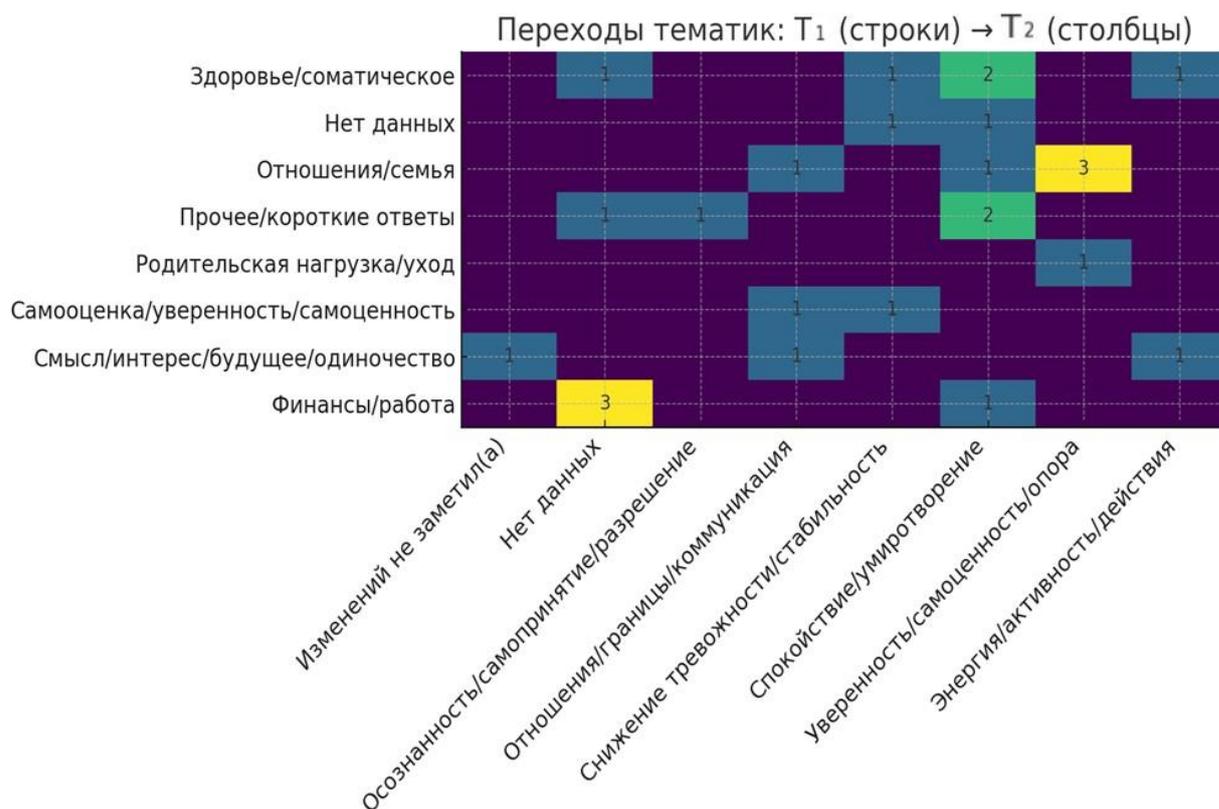


Рисунок 24 – Итоговая матрица переходов (ЭГ, n=26)

Анализ матрицы позволяет выявить не только общую тенденцию (например, массовый переход от проблемных тем к ресурсным), но и более тонкие, специфические паттерны изменений, зафиксированные в экспериментальной группе. Качественные результаты поясняют характер количественного роста: участники не просто ставили более высокие баллы, но отмечали конкретные позитивные изменения в самоощущении и восприятии жизни (спокойствие, внутренняя опора, снижение тревожности, улучшение отношений и коммуникации).

По данным АПИС в экспериментальной группе зафиксирован согласованный положительный сдвиг: рост средних по всем десяти шкалам и смещение текстовых описаний от внешних проблемных тем к внутренним ресурсным состояниям (спокойствие, опора, осознанность, снижение тревожности, зрелые границы/коммуникация). Ограничения (объём/состав выборки, формат самоотчёта) учтены, при этом результаты хорошо

согласуются с динамикой по стандартизированным методикам, усиливая убедительность эффекта.

### Выводы по второй главе

Проведённое эмпирическое исследование позволило достигнуть поставленной цели и подтвердить основную гипотезу: краткосрочная консультативная работа с применением техник регрессионного подхода связана с выраженным улучшением показателей личностной целостности у взрослых с историей детской психотравматизации.

В экспериментальной группе зафиксирована статистически значимая положительная динамика по ключевым параметрам предмета исследования (осмысленность жизни, психологическое благополучие, алекситимия, социально-психологическая адаптация), тогда как в контрольной группе достоверных изменений не отмечено, что указывает на специфичность наблюдаемого эффекта.

В контуре эмоционально-смысловой регуляции отмечено снижение алекситимии – прежде всего трудностей вербализации чувств, – что свидетельствует о восстановлении доступа к эмоциональному опыту и его интеграции.

Параллельно выявлен рост осмысленности жизни и усиление внутреннего локуса контроля, отражающие продвижение к экзистенциальной интеграции пережитого и укреплению субъектной позиции.

В структуре психологического благополучия наиболее выражены сдвиги по самопринятию и позитивным отношениям с другими: снижается внутренняя конфликтность, формируется более целостное и доброжелательное самоотношение, повышается готовность к выстраиванию доверительных контактов при сохранении личных границ.

По показателям социально-психологической адаптации зафиксированы согласованные улучшения: возрастает адаптивность, эмоциональная

устойчивость и интернальность, снижается выраженность дезадаптивных паттернов и неприятия других, что указывает на переход от самоотчётных сдвигов к устойчивым изменениям повседневного функционирования. Отдельный вклад внесла авторская анкета парной интегративной самооценки (АПИС): сопоставление шкальных показателей и кратких текстовых описаний «на сегодня» демонстрирует не только рост балльных значений, но и содержательное согласование изменений (сдвиг к спокойствию, внутренней опоре, снижению тревожности, более зрелой коммуникации).

Таким образом, апробация авторской модели консультативной работы подтверждает её работоспособность и согласованность эффектов по всем компонентам предмета исследования (осмысленность, благополучие, эмоциональная регуляция/алекситимия, социально-психологическая адаптация), что позволяет рассматривать зафиксированные изменения как содержательно значимые для большинства участников экспериментальной группы.

## Заключение

Проведённое исследование, ориентированное на преодоление отсроченных последствий детских психотравм, подтвердило основную гипотезу и позволило последовательно решить заявленные теоретические и практико-ориентированные задачи. В теоретической части уточнено понимание детской травматизации как многослойного фактора, который нарушает согласованность «Я» и ослабляет адаптивные ресурсы личности. Личностная целостность рассмотрена как интегральный показатель психологического здоровья, показано её сопряжение с повышенной алекситимией, диссоциативными искажениями, нарушениями идентичности и снижением смысложизненной регуляции. Обоснована целесообразность консультативной работы по авторской консультативной модели МИРО-РП в состоянии естественного трансa как способа бережной актуализации и интеграции вытеснённого эмоционально-телесного опыта в актуальную жизнь.

Эмпирическая часть продемонстрировала устойчивые положительные изменения по комплексу валидных методик. Исходная выраженность травматического опыта была учтена на этапе первичной диагностики. Зафиксировано снижение алекситимии, прежде всего трудностей вербализации чувств, рост осмысленности жизни и показателей психологического благополучия, усиление внутреннего локуса контроля и улучшение параметров социально-психологической адаптации. Отсутствие сопоставимых изменений в контрольной группе повышает надёжность интерпретации и указывает на специфичность эффекта, связанного с применённой моделью консультативной работы.

Значимый вклад внесла авторская анкета парной интегративной самооценки АПИС. Инструмент фиксирует состояние «на сегодня» по десяти доменам и позволяет парно сопоставлять результаты до и после консультативной работы. Сводные показатели показали рост средних

значений по всем шкалам, наибольшие приросты отмечены по «работе и самореализации», «смыслу и направлению» и «уверенности в себе». Распределение ответов сместилось из зон низких и умеренных оценок в высокую зону, что отражает переход от единичных улучшений к более устойчивому уровню функционирования. Открытые ответы придали количественным сдвигам содержательную глубину: тематическое поле самоописаний сместилось от повседневных затруднений и тревожности к ресурсным состояниям – спокойствию, внутренней опоре, более ровным эмоциональным реакциям и зрелой коммуникации. Согласование шкальных и текстовых данных указывает не на формальный прирост баллов, а на качественную перестройку переживания и способов взаимодействия с собой и другими.

В целом полученная картина показывает, что консультативная работа в заявленном алгоритме воздействует на ключевые звенья личностной целостности. В эмоционально-регуляторном контуре восстанавливается доступ к чувствам и их вербализация, на смысловом уровне укрепляются жизненные цели и перспективы, в адаптационном измерении повышаются устойчивость и управляемость повседневной жизнью. Практическая значимость результатов состоит в воспроизводимом формате сессии, организованной в состоянии естественного транса и опирающейся на эмоциональные, телесные, образные и вербальные модальности (каналы) доступа к материалу переживания, а также в возможности мониторинга динамики на базе стандартизированного блока и авторской анкеты.

Ограничения исследования признаны и учтены. В выборке преобладали женщины, что сужает переносимость выводов на мужскую популяцию. Формат самоотчёта и различия в исходной мотивации могут влиять на величину эффектов. Согласованность результатов по независимым методикам и совпадение шкальных и качественных индикаторов поддерживают надёжность выводов.

Дальнейшая работа связана с продлением наблюдения и отсроченными замерами, балансировкой выборок по полу и возрасту, сопоставительными исследованиями с альтернативными подходами глубинной коррекции и уточнением механизмов изменений через сочетание шкальных, поведенческих и, при возможности, психофизиологических показателей. В методическом плане уместно уточнить формулировки пунктов анкеты, подготовить краткую форму для экспресс-оценки и разработать удобный рабочий шаблон для рутинной практики. Перспективным направлением в дальнейшем является плановый подсчёт сводных показателей адгезии и проверка её как возможного модератора эффекта в сопоставлении с динамикой по шкалам, так как чек-лист адгезии выполнял роль рабочего журнала соблюдения протокола модели МИРО-РП и не анализировался количественно.

Полученные результаты позволяют утверждать, что профессионально организованная консультативная работа по авторской консультативной модели МИРО-РП в состоянии естественного транса является эффективным средством восстановления личностной целостности у взрослых, переживших психотравмы в детстве. Если «все мы родом из детства», как писал Антуан де Сент-Экзюпери, то данное исследование эмпирически подтверждает, что бережно выстроенная консультативная помощь позволяет личности собрать разрозненные фрагменты травматического опыта, интегрировать их в связную жизненную историю и восстановить чувство внутренней опоры, целостности и субъектности. Это открывает путь к психологическому благополучию и более осмысленной, адаптивной жизни во взрослом возрасте.

## Список используемой литературы и используемых источников

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
2. Барцалкина В. В. Терапия последствий детских травм, депривации и насилия как профилактика аддиктивного поведения // Психолого-педагогические исследования. 2010. Т. 2, № 5. Статья 21. URL: [https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2010\\_n5/Bartsalkina](https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2010_n5/Bartsalkina) (дата обращения: 21.10.2025).
3. Баякина О. А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности // Известия Самарского научного центра РАН. 2009. № 4(5). С. 1195–1200.
4. Безуглая Т. И. Особенности психологического здоровья // Евразийский союз ученых. 2015. № 5(14). С. 35–37. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskogo-zdorovya/pdf> (дата обращения: 17.06.2025).
5. Боулби Дж. Привязанность. М. : Гардарики, 2003. 477 с.
6. Ван дер Колк Б. Тело помнит всё: мозг, разум и тело в исцелении травмы. М. : Эксмо, 2021. 432 с.
7. Вихарева А. А., Вихарева О. Н., Кузьмишина Т. Л. Последствия детской психологической травмы во взрослом возрасте и её взаимосвязь со всеми сферами жизни // Инновационная наука. 2023. № 1–2. С. 95–97. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/posledstviya-detskoy-psihologicheskoy-travmy-vo-vzrosлом-vozraste-i-ee-vzaimosvyaz-so-vsemi-sferami-zhizni> (дата обращения: 17.06.2025).
8. Гилипен С. Терапевтические транссы: руководство по эриксоновской гипнотерапии / пер. А. Д. Иорданского. М. : ИОИ, 2011. 336 с.
9. Гинзбург М. Р., Яковлева Е. Л. Эриксоновский гипноз: системный курс. М. : МПСИ, 2008. 312 с.

10. Голубева Ю. В. Взаимосвязь детской психотравмы и жизненных перспектив // Молодой ученый. 2022. № 41(436). С. 45–47.
11. Голубева Ю. В. Влияние детской психотравмы на формирование жизненных сценариев // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 34–45.
12. Голубева Ю. В. Особенности психической травматизации в детском возрасте // Исследования молодых ученых. 2023. С. 82–88.
13. Гордеев М. Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. М. : Психотерапия, 2015. 356 с.
14. Гроф С. Глубинные переживания и их терапевтический потенциал. СПб. : Институт трансперсональной психологии, 2018. 384 с.
15. Гроф С. Психология будущего: уроки современных исследований сознания. М. : Когито-Центр, 2009. 384 с.
16. Грушевая О. А. Регрессионная терапия как инструмент преодоления последствий детских травм // Инновационные подходы в современной науке. 2025. № 1(181). М. : Интернаука.
17. Данценко О. И. К. Юнг о влиянии культуры на душевное здоровье // Вестник СПбГУ. 2004. № 2. С. 79–90.
18. Джидарьян И. А. О правомерности использования понятия «психологическое здоровье» // Наука. Культура. Общество. 2016. Т. 22. № 3. С. 145–153.
19. Дозорцева Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с последствиями насилия. М. : Генезис, 2016. 320 с.
20. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье // Вестник практической психологии образования. 2019. № 3(20). С. 17–21.
21. Ермошин А. В. Фобии, утраты, разочарования: как исцелиться от психологических травм. М. : Неолит, 2019. 224 с.
22. Ефремов А. В. Применение регрессивного гипноза в терапии последствий детских травм // Психология. Историко-критические обзоры. 2021. Т. 10. № 2А. С. 65–74.

23. Зиновьева Н. О. Психология посттравматического стресса. СПб. : Речь, 2018. 256 с.
24. Калшед Д. В. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. М. : Академический проект, 2001. 368 с.
25. Каминский А. Э. Регрессионная терапия // Исследования молодых ученых. 2021. С. 38–41.
26. Карпова Н. Л. Адаптация шкалы TAS-20 // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 3. С. 85–94.
27. Кекелидзе З. И., Портнова А. А. Валидизация опросника CTQ-SF в российской выборке // Психиатрия. 2015. № 3. С. 45–52.
28. Ковалев А. Ф. Терапевтические техники работы с травматическими воспоминаниями. М. : Психотерапия, 2020. 256 с.
29. Кононова Л. И. Регрессионная терапия в комплексной реабилитации. М. : Медицина, 2021. 184 с.
30. Краснов В. Н. Современные подходы к проведению клинических исследований в психологии. М. : Медпресс, 2019. 224 с.
31. Лебедев В. В. Основы психотерапии. СПб. : Питер, 2011. 416 с.
32. Левин П. А. Исцеление травмы. СПб. : Весь, 2022. 128 с.
33. Левин П. А. Травма и память: Как тело и мозг хранят воспоминания. М. : Эксмо, 2023. 256 с.
34. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций. М. : Смысл, 2006. 63 с.
35. Лепешинский Н. Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф // Психологический журнал. 2007. № 3. С. 24–37.
36. Линде Н. Д. Эмоционально-образная терапия. М. : Генезис, 2021. 376 с.
37. Мальводи К. А. Искусство терапии. СПб. : Речь, 2019. 320 с.
38. Маслоу А. Д. Дальние пределы человеческой психики. СПб. : Питер, 2022. 448 с.

39. Николаева Е. И., Арина Г. А. Алекситимия: современные подходы к диагностике. СПб. : Речь, 2019. 176 с.
40. Олпорт Г. Становление личности. М. : Смысл, 2012. 480 с.
41. Осницкий А. К. Диагностика социально-психологической адаптации. М. : Смысл, 2012. 128 с.
42. Петрова Е. А. Детские психотравмы: проблема отсроченного влияния на личность взрослого человека // Вестник Новгородского государственного университета. 2014. № 79. С. 96–99.
43. Петрова Е. А. Использование метода Мюррея в работе по преодолению негативных последствий детских травм // Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. № 4–6. С. 78–79.
44. Петрушин В. И., Петрушина Н. В. Психология здоровья. М. : Юрайт, 2024. 381 с.
45. Протопопов В. С., Васоткина А. С. Теоретическое обоснование и предпосылки разработки авторской методики «Душа. Обретение через истоки» для применения в работе с психотравмой и восстановления системной целостности личности в психотерапии // Universum: психология и образование. 2023. № 4 (106). С. 50–56. URL: <https://7universum.com/ru/psy/archive/item/15196> (дата обращения: 17.06.2025).
46. Пчелинцева Е. В. Детская психотравма матери как причина насилия над ребёнком // Психологические науки. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/detskaya-psihotravma-materi-kak-prichina-nasiliya-nad-rebenkom> (дата обращения: 17.06.2025).
47. Решетников М. М. Психическая травма: Учебное пособие. М. : Юрайт, 2022. 200 с.
48. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М. : Прогресс, 1994. 312 с.
49. Российское психологическое общество. Методики работы с травмой. М., 2023. 112 с.

50. Рудакова О. А., Даниленко А. Н. Влияние детских психотравм на жизненную перспективу личности (на примере биографии И. Маска) // Проблемы современного педагогического образования. 2023. № 2. С. 444–447. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-detskih-psihotravm-na-zhiznemuyu-perspektivu-lichnosti-na-primere-biografii-i-mask> (дата обращения: 17.06.2025).
51. Савина И. С. Жизненные перспективы личности // Вестник науки и образования. 2021. № 7–1(110).
52. Савинкова О. Ю. Межкультурный подход к терапии травмы. СПб. : Питер, 2016. 240 с.
53. Савченко Н. Ю. Принципы работы с детской тревожностью // DIXI–2018. 2018. С. 188–199.
54. Смирнов В. А. Эффективность регрессионных методов // Вопросы психологии. 2024. № 1. С. 45–56.
55. Султанова Д. Д. Регрессивный метод в психотерапии // Мир науки и мысли. 2023. № 3. С. 87–91. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/regressivnyy-metod-a-psihoterapii> (дата обращения: 16.06.2025).
56. ТенДам Х. Глубинное исцеление и трансформация: Руководство по трансперсональной регрессионной терапии. М. : Tasso International Rus, 2020. 430 с.
57. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 2020. 224 с.
58. Фрейд З. Введение в психоанализ. М. : Наука, 2000. 576 с.
59. Юнг К. Г. Архетипы и коллективное бессознательное. М. : Академический проект, 2019. 464 с.
60. Юнг К. Г. Психологические типы. М. : Академический проект, 2020. 544 с.
61. Юнг К. Г. Человек и его символы. СПб. : Питер, 2021. 320 с.
62. American Psychological Association. Trauma Treatment Protocols. Washington : APA, 2022. 89 p.

63. Anda R. F. et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2006. Vol. 256. P. 174–186.
64. Bagby R. M., Parker J. D. A., Taylor G. J. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure // *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. Vol. 38, No. 1. P. 23–32.
65. Baldwin W. J. *Regression Therapy: A Handbook for Professionals*. Campbell, CA : Center for Human Relations, 1991. 346 p.
66. Bernstein D. P. et al. Development and Validation of a Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire // *Child Abuse & Neglect*. 2003. Vol. 27. P. 169–190.
67. Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M., Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117, No. 1. P. 210–232.
68. Edelstein M. G. *Trauma, Trance and Transformation*. New York : Brunner/Mazel, 1981. 289 p.
69. Felitti V. J., Anda R. F. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health // *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14. P. 245–258.
70. Fiore E. *You Have Been Here Before*. New York : Ballantine Books, 1978. 272 p.
71. Fisher S. E. *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma*. N. Y. : W. W. Norton, 2014. 352 p.
72. Grof S. *Psychology of the Future*. Albany, N. Y. : SUNY Press, 2000. 300 p.
73. Grof S. *The Adventure of Self-Discovery*. Albany : SUNY Press, 1988. 300 p.
74. Hazan C., Shaver P. R. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships // *Psychological Inquiry*. 1994. Vol. 5. P. 1–22.

75. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 2015.

76. International Board for Regression Therapy (IBRT). Code of Ethics and Standards of Practice in Regression Therapy. 2020–2024. URL: <https://www.ibrt.org/ethics> (дата обращения: 21.10.2025).

77. Johnson R. L. Neural Correlates of Regression Therapy // Frontiers in Psychology. 2023. Vol. 14. P. 1–15.

78. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2001. URL: <https://www.guilford.com/books/Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing/Shapiro/9781606237966> (дата обращения: 21.10.2025).

79. Woolger R. Other lives, other selves: a Jungian psychotherapist discovers past lives. New York : Bantam Books, 1988. 384 p.

80. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. Geneva : WHO, 2019–2024. URL: <https://icd.who.int/browse11> (дата обращения: 21.10.2025).