

МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФУНДАМЕНТАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF FUNDAMENTAL STUDIES

Тур Екатерина Юрьевна

**ВЛИЯНИЕ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА
НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО
ЛИЧНОСТНОГО РАДИКАЛА У ВЗРОСЛЫХ**

МВУС 37.020. Психотерапевтические техники, психокоррекция
МВУС 37.048. Психоанализ и психотерапия

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии в области психологии (психотерапии)

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Коваленко Наталья Петровна

Чебоксары
Издательский дом «Среда»
2026

УДК 159.923.2:616.895.4

ББК 88.37

Т86

Рецензенты:

Наку Е.А

д-р психол. наук,

член Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины,

член Ученого Совета по психологии и психотерапии МВУС-МУФО;

Коваленко Н.П.

д-р психол. наук, профессор,

член Ученого Совета по психологии и психотерапии МВУС-МУФО

Тур Е. Ю.

Т86 Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых : дисс. ... д-ра психол. наук : 37.020; 37.048 / Е. Ю. Тур; Международный университет фундаментального обучения. – Чебоксары: Среда, 2026. – 223 с. – 1 CD-ROM. – Загл. с титул. экрана. – Текст : электронный.

ISBN 978-5-908083-38-6

Исследование посвящено анализу связи травмирующего детского опыта, включая перинатальные факторы, с формированием депрессивного личностного радикала во взрослом возрасте, с акцентом на клинико-психологические механизмы и прикладные диагностические решения, релевантные практике психотерапии и профилактики депрессивных расстройств. В ретроспективном дизайне оценивались категории неблагоприятного детского опыта по опроснику ACE-IQ в валидированной русскоязычной версии, выраженность депрессивной симптоматики по шкале HADS, а также показатели перинатального опыта по опроснику блоков перинатальной памяти и конструктам инстинктивного профиля, что позволило рассмотреть ранние биографические факторы и их возможные траектории влияния на аффективную регуляцию во взрослом возрасте. Корреляционный анализ Спирмена выявил статистически значимые связи между отдельными категориями неблагоприятного опыта и выраженностью депрессии, а также ассоциации между инстинктивными конструктами и специфическими видами травматизации, например обратную связь показателя «инстинкт свободы» с эмоциональным преенчрежением и обратную связь «инстинкта альтруизма и гармонии» с опытом буллинга, что интерпретируется как отражение компенсаторно-дефицитарных схем регуляции, закладывающихся в раннем онтогенезе. Практическая значимость подтверждена целесообразностью применения в диагностике и планировании вмешательств специализированных инструментов, в том числе теста «Доминанты материнства» для углублённой оценки структур материнской идентичности у женщин с историей детской травматизации, а также интегративных программ, направленных на работу с перинатальными и раннедетскими слоями опыта. Этические аспекты исследования обеспечены стандартизованными процедурами информированного согласия, конфиденциальности и сопровождения участников, что повышает валидность полученных данных и их применимость в клинической практике.

Минимальные системные требования: РС с процессором Intel 1,3 ГГц и выше; 256 Мб (RAM); Microsoft Windows, MacOS; дисковод CD-ROM; Adobe Reader

УДК 159.923.2:616.895.4

ББК 88.37

© Тур Е. Ю., 2026

© Международный университет
фундаментального обучения, 2026

© Издательский дом «Среда»,
оформление, 2026

ISBN 978-5-908083-38-6

DOI 10.31483/a-10834

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ТЕМЕ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА.....	6
Определение травмы в детстве и ее виды, обзор литературы	7
Психологические последствия детских травм, обзор исследований о негативном детском опыте	8
Теории формирования депрессивных состояний, обзор литературы.....	10
Влияние семейной среды на формирование депрессии, обзор литературы.....	11
Обзор ключевых исследований о влиянии психогенного травмирующего опыта на депрессию и их результаты	13
Методы исследования травмирующего опыта	15
Сравнительный анализ различных исследований о депрессии и негативном детском опыте.....	16
Выводы.....	17
Глава 2. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ И ЛИТЕРАТУРЫ О ВЛИЯНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ОПЫТА НА РАЗВИТИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА И ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАДИКАЛА В БУДУЩЕМ.....	19
Введение.....	19
Структура и функции парасимпатической нервной системы.....	20
Влияние негативного перинатального опыта на гомеостаз парасимпатической вегетативной нервной системы и уровень тревоги	22
Факторы, влияющие на перинатальное развитие	23
Влияние стресса на парасимпатическую нервную систему.....	24
Исследования взаимосвязи перинатальных факторов и психического здравья	25
Психофизиологические последствия негативного перинатального опыта	26
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы ...	28
Связь вегетативной дисфункции и развития депрессии в будущем	33
Депрессивный радикал.....	37
Влияние травмирующего детского опыта на идентичность	42

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

Влияние перинатального опыта на формирование психики ребенка.....	46
Влияние детства на формирование ребенка	49
Выводы	54
Глава 3. РОЛЬ КОНЦЕПЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕСУРСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	57
История развития эмоционального интеллекта	58
Эмоциональный интеллект сегодня.....	62
Концепция эмоционального интеллекта	66
Эмоциональный интеллект в ресурсной терапии	70
Психосоматерапия как метод восстановления ресурсного потенциала личности	72
Материалы и методы	74
Результаты и обсуждение.....	76
Выводы	77
Глава 4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАДИКАЛА У ВЗРОСЛЫХ	79
Введение	79
Цель исследования	80
Актуальность исследования.....	81
Задача исследования	82
Объект исследования	83
Предмет исследования.....	84
Методы исследования.....	87
Теоретическая основа и концепции тестов в рамках исследования	89
Тест ресурсный потенциал/инстинктивный профиль (Коваленко Н. П.)	89
Тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (Коваленко Н. П.)	92
Тест «Доминанты материнства» (Коваленко Н. П.).....	96
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).....	100
Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ)	105
Методы анализа и обобщения	108

Этические аспекты исследования	109
Результаты исследования.....	111
Типология реагирования на травмирующий детский опыт	148
Выводы.....	150
Глава 5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ДЕПРЕССИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА.....	154
Методы поддержки матери и ребенка во время перинатального периода.....	157
Перинатальная безопасность.....	158
Психологическая помощь и вмешательство	162
Долгосрочные стратегии для улучшения психофизиологического состояния	163
Выводы.....	165
Заключение.....	167
Список литературы.....	168
Приложение 1	193
Тест «Ресурсный Потенциал» для выявления доминирующего инстинкта-ресурса (по Коваленко Н. П.)	193
Приложение 2	203
Тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (по Коваленко Н. П.) для измерения ресурсного потенциала в зависимости от перинатального опыта	203
Приложение 3	207
Тест «Доминанты материнства» (по Коваленко Н. П.)	207
Приложение 4	211
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	211
Приложение 5	214
Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ).....	214

Глава 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ТЕМЕ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивных состояний у взрослых представляет собой актуальную проблему современной психологии и психиатрии. В последние годы наблюдается рост интереса к изучению механизмов, связывающих ранний негативный опыт с психическим здоровьем в зрелом возрасте. Это связано с увеличением числа исследований, подтверждающих значимость детских психических травм как одного из ключевых факторов риска для развития депрессии. Понимание этой связи имеет важное значение для разработки профилактических и терапевтических стратегий.

Целью аналитического обзора является анализ существующей литературы, посвящённой изучению влияния травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых. Для достижения этой цели предполагается решить следующие задачи: рассмотреть основные виды травмирующего опыта в детстве, исследовать психологические последствия таких травм, а также проанализировать теории и эмпирические данные, связывающие детские травмы с депрессивными состояниями. При подготовке использовались статьи в изданиях, включенных в РИНЦ, PubMed. Глубина поиска публикаций составила 15 лет, также в обзор был включен ряд более ранних работ, соответствующих теме исследования.

Методологической основой исследования является комплексный подход, сочетающий анализ теоретических концепций и эмпирических данных. В работе используются методы систематического обзора литературы, что позволяет интегрировать результаты различных исследований и выявить ключевые закономерности. Такой подход обеспечивает целостное понимание проблемы и позволяет учитывать как индивидуальные, так и социальные аспекты влияния детских травм на психическое здоровье.

Настоящая работа состоит из введения, основной части и заключения. Основная часть включает четыре главы. Первая глава посвящена теоретическим основам травмирующего детского опыта и его влияния на развитие депрессивных состояний. Во второй

главе проведен дополнительный подробный обзор актуальных научных исследований о влиянии конкретно перинатального опыта на будущие эмоциональные состояния взрослого человека, который растет в единой системе семьи. В третьей главе рассматриваются механизмы, через которые детские травмы воздействуют на психическое здоровье взрослых. Четвертая глава представляет собой обзор эмпирических исследований, посвящённых данной теме. В заключении подводятся итоги исследования, формулируются основные выводы и рекомендации.

Определение травмы в детстве и ее виды, обзор литературы

Травма в детстве представляет собой событие или серию событий, которые оказывают значительное негативное воздействие на эмоциональное, психологическое или физическое состояние ребёнка [1–3]. К таким событиям относятся физическое, эмоциональное или сексуальное насилие, пренебрежение основными потребностями ребёнка, а также утрата близкого человека [4; 5]. Изучение детских травм имеет особое значение из-за их долговременного влияния на психическое здоровье, что подтверждается многочисленными исследованиями (В. Феличе, 2008). Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, около 1 миллиарда детей ежегодно подвергаются насилию, что приводит к долгосрочным негативным последствиям [6–8].

Классификация детских травм включает несколько основных категорий, каждая из которых имеет свои особенности и последствия [9]. Наиболее распространёнными видами являются физическое насилие, эмоциональное насилие и пренебрежение [10]. Фундаментальное исследование “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults” определило, что физическое насилие подразумевает нанесение телесных повреждений, в то время как эмоциональное насилие проявляется в унижении, критике и игнорировании [11]. Игнорирование или пренебрежение заключается в недостатке заботы и внимания к ребёнку. Исследования показывают, что каждый из этих видов травм оказывает уникальное влияние на психическое здоровье, способствуя, например, развитию депрессии в зрелом возрасте. Авторы Гуткевич и Шатунова в феноменологическом ис-

следовании «Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье» отмечают, что «важной чертой психотравмирующих переживаний является, как было показано В. Н. Мясищевым, их центральное место в структуре личности, их особая значимость для индивида» [12].

Обзор литературы демонстрирует, что травмирующий детский опыт выступает значимым фактором риска для развития депрессии [13]. Исследование ACE (Adverse Childhood Experiences) показало, что наличие четырёх и более негативных событий в детстве существенно увеличивает вероятность возникновения депрессии в зрелом возрасте. «Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых является актуальной темой, требующей глубокого анализа существующих исследований» [14]. Эти данные подчеркивают необходимость изучения различных видов травм и их последствий для разработки эффективных профилактических и терапевтических стратегий.

Психологические последствия детских травм, обзор исследований о негативном детском опыте

Психологические последствия детских травм являются одной из ключевых тем в исследованиях, посвящённых изучению влияния неблагоприятного опыта на развитие личности [15]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, детские травмы могут вызывать широкий спектр психических расстройств, включая депрессию, тревожные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство [16; 17]. Исследование “The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood” обозначило, что последствия негативного детского опыта обусловлены нарушением формирования базового чувства безопасности и доверия, что влияет на когнитивные и эмоциональные процессы в зрелом возрасте [18]. Важно отметить, что степень выраженности психологических последствий зависит от характера травмы, её длительности и возраста, в котором она произошла [19; 20].

Негативный детский опыт может включать такие события, как физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, а также пренебрежение базовыми потребностями ребёнка. Например, исследование CDC-Kaiser Permanente ACE Study выявило, что наличие четы

рёх и более неблагоприятных событий в детстве значительно увеличивает риск развития психических расстройств [21]. Эти события могут включать развод родителей, семейное насилие, смерть близкого человека или хроническую эмоциональную нестабильность в семье. Подобные травмы оказывают долгосрочное влияние на психическое здоровье, формируя у человека чувство беспомощности, низкую самооценку и склонность к саморазрушительному поведению [22–25]. Важно помнить, что «ребенок – это плод семейной системы, то первое, что нужно выяснить – это состояние эмоциональной жизни в семье. Как проявляют чувства родители между собой, по отношению к своим родителям и другим людям, от этого зависит – что ребенок впитал в свое сознание на ранних стадиях развития подсознательно» (Н. П. Коваленко, 2020).

Связь между детскими травмами и депрессивными состояниями во взрослом возрасте подтверждена многочисленными исследованиями [26]. Согласно данным актуального исследования “Negative childhood experiences and disordered eating in adolescents in a weight management program: The role of depressive symptoms”, подтверждаются более ранние исследования о том, что взрослые люди, пережившие четыре и более негативных события в детстве, имеют в четыре раза выше риск развития депрессии [27]. Это объясняется тем, что психоэмоциональные травмы напрямую влияют на нейробиологические процессы, нарушая распределение электро-химической активности нейронов, провоцируя сдвиг гомеостаза вегетативной нервной системы, что в свою очередь негативно влияет на функционирование гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, что приводит к повышенной уязвимости к стрессу [28–30]. Кроме того, подобные психоэмоциональные травмы могут нарушать развитие социальных навыков и способность к построению здоровых межличностных отношений, что также способствует формированию депрессивных состояний и дефицитарных особенностей личности [31–33].

Эмпирические исследования, в том числе “Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health” подтверждают значительное влияние детских травм на психическое здоровье взрослых [34–36]. По данным Национального института психического здоровья США, около 20% взрослых, переживших насилие в

детстве, страдают от хронической депрессии [37]. Более того, 62% участников с диагностированной депрессией сообщали о травмирующих событиях в своем детстве [38–40]. Эти данные подчеркивают важность раннего выявления и интервенции для предотвращения долгосрочных последствий травмирующего опыта, а также необходимость разработки программ поддержки для людей, переживших неблагоприятные события в раннем возрасте [41].

Теории формирования депрессивных состояний, обзор литературы

Классические теории депрессии предоставляют основу для понимания её причин и механизмов. Одной из первых концепций является психоаналитическая теория Зигмунда Фрейда, которая связывает депрессию с подавлением агрессии, направленной на утраченную любовь или объект [42; 43]. Фрейд также описывал депрессию как результат внутреннего конфликта между сознательной и бессознательной частями личности, что приводит к чувству вины и самообвинения [44]. Эти идеи легли в основу более поздних исследований о роли психодинамических процессов в формировании депрессивных состояний.

Современные теории депрессии акцентируют внимание на биopsихосоциальной модели, которая учитывает взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов, а также детства. Например, исследование “A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments” определило негативные схемы мышления как ключевой фактор депрессии. Согласно этой теории, искажённые в детстве убеждения и восприятия способствуют развитию депрессивных симптомов в будущем [45]. Кроме того, нейробиологические исследования показывают, что нарушения в функционировании нейротрансмиттеров, таких как серотонин и дофамин, играют значительную роль в патогенезе депрессии.

Связь между теоретическими подходами к депрессии и травмирующим детским опытом подтверждается многочисленными исследованиями [46–48]. Согласно теории привязанности Джона Боулби, ранние нарушения в отношениях привязанности могут стать основой для формирования депрессивных состояний [49]. Исследование, опубликованное в журнале “Clinical Psychology

Review”, показало, что 60% взрослых с хронической депрессией сообщали о травматическом опыте в детстве [50]. Эти данные подчеркивают значимость изучения детских травм в контексте психологических теорий депрессии. В научной работе «Руминации как последствия детской психологической травмы: феномен «мысленного самонаказание» и адаптивное мышление» автор отмечает, что «перенесший в детстве психологическую травму, во взрослой жизни продолжает сам себя травмировать. Например, преданный в детстве ребенок живет и вырастает с мыслью, что его снова предадут» [51].

Влияние семейной среды на формирование депрессии, обзор литературы

Семейная среда представляет собой совокупность эмоциональных, социальных и физических условий, в которых ребенок растет и развивается [52]. Важно учитывать взаимодействия между членами семьи, уровень эмоциональной поддержки, наличие конфликтов и общий климат в семье. В исследовании “Family environment and pediatric major depressive disorder” отмечает, авторы отмечают что «Семья – это чрезвычайно сложно организованная структура с разноплановыми взаимоотношениями: отношения между родителями и детьми, взаимоотношения между супругами, между старшими и младшими детьми. И в каждой из этих плоскостей может возникнуть конфликт» [53]. Таким образом, семья оказывает значительное влияние на формирование личности ребенка, его восприятие мира и навыки взаимодействия с окружающими.

Исследования показывают, что дети, выросшие в семьях с низким уровнем эмоциональной поддержки, чаще сталкиваются с тревожными расстройствами и депрессией во взрослом возрасте [54]. Депрессия, особенно если она носит рекуррентный характер и протекает в умеренной или тяжелой форме, может стать серьезным заболеванием [55]. В таких случаях она приводит к снижению работоспособности и трудностям в семейной жизни, а также стимулирует передачу травмирующего опыта новым поколениям. Позитивная родительская фигура, напротив, может значительно снизить риск развития психических расстройств, даже при наличии других неблагоприятных факторов, таких как бедность или семейные конфликты.

Семейные конфликты и насилие существенно повышают риск развития депрессии и тревожных расстройств у взрослых [56]. Мета-анализ “Childhood Adversities and Depression in Adulthood: Current Findings and Future Directions” также демонстрируют актуальные данные исследований, подтверждающих, что насилие в семье удваивает вероятность возникновения депрессивных состояний [57]. Эти травмы оказывают влияние не только на психическое здоровье, но и ассоциируются с повышенным риском суицидальных мыслей в более позднем возрасте. Важно учитывать, что «опыт детского домашнего насилия может впоследствии вызывать ситуационную и личностную тревожность» [58]. Таким образом, последствия насилия в семье имеют долгосрочные эффекты, затрагивая как эмоциональное состояние, так и общую психологическую устойчивость личности, и физическое здоровье индивида.

Привязанность, формирующаяся в раннем детстве, играет ключевую роль в развитии личности и способности устанавливать устойчивые отношения во взрослом возрасте [59]. Согласно результатам мета-анализа “The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis”, опубликованного в журнале *Lancet Public Health*, стиль привязанности влияет на резистентность к психическим расстройствам и на умение справляться с трудностями [60]. Важно учитывать, что «взрослый, который в детском возрасте подвергся сексуальному и физическому насилию, испытает затруднения в построении близких и интимных отношений» [61]. Негативные переживания в детстве могут существенно осложнить формирование здоровых отношений в будущем, подчеркивая важность эмоционального благополучия в ранние годы жизни.

Травмы, полученные в детстве, могут оказывать долгосрочное влияние на психическое здоровье человека, изменяя структуры мозга, такие как гиппокамп и миндалевидное тело [62; 63]. Эти изменения способны привести к повышенной уязвимости к стрессу и развитию депрессии. Депрессии невротического уровня характеризуются полиморфизмом и проявляются единым синдромом аффективных и других психопатологических расстройств [64].

Обзор ключевых исследований о влиянии психогенного травмирующего опыта на депрессию и их результаты

Исследование влияния травмирующего детского опыта на психическое здоровье взрослых представляет собой важную область психологической науки. Одним из первых значимых исследований в этой сфере стало исследование Felitti и коллег (1998), которое показало, что негативный детский опыт существенно повышает риск развития различных хронических заболеваний, тревожности и депрессии у взрослых [65; 66]. По ходу исследования оказалось, что около двух третей взрослых, участвовавших в исследовании, пережили один или несколько видов неблагоприятного детского опыта. Из них 87% пережили 2 или более видов. Это показало, что люди, у которых, например, был отец-алкоголик, скорее всего, также подвергались физическому или словесному насилию. Другими словами, неблагоприятный детский опыт обычно не возникает изолированно. Эти данные стали основой для последующих исследований, направленных на изучение взаимосвязи между травматическим опытом в детстве и психическим здоровьем в зрелом возрасте.

Тем не менее, важно учитывать, что не только детские травмы с явными эпизодами насилия могут оказывать свое негативное влияние на психическое состояние. Миграция, например, или развод родителей являются «тревожным и стрессовым опытом, который влечет за собой различные последствия для психического здоровья» [67–69]. Таким образом, комплексный подход к изучению факторов, влияющих на психическое здоровье, позволяет более полно понять механизмы и последствия травмирующего опыта.

Трехступенчатое исследование ACE не только показало, что наличие четырех и более неблагоприятных детских событий увеличивает вероятность депрессии в 4,6 раза [70; 71], но и выявило взаимосвязь: чем тяжелее было детство, тем выше риск возникновения проблем со здоровьем, психикой и социальным положением во взрослом возрасте.

Кроме того, у участников исследования, имеющих четыре категории травмирующего детского опыта, риск развития гепатита становился на 240% выше, вероятность развития хронической обструктивной болезни лёгких (эмфиземы или хронического бронхита) на 390% выше, а риск развития заболеваний, передающихся

половым путём, на 240% выше, чем у участников, имеющих от 0 до 3 категорий. Люди с высоким уровнем ACE чаще склонны к насилию, у них больше разводов, переломов, рецептов на лекарства, депрессий, аутоиммунных заболеваний и прогулов на работе. Следовательно, необходимо сделать вывод о том, что депрессия может возникать как обособленно от прочих симптомов, так и быть следствием длительного снижения качества жизни в целом.

Эти данные подчеркивают важность раннего выявления травмирующего опыта у родителей и старших поколений для профилактики передачи психических расстройств. Кроме того, негативный опыт в детстве не только способствует развитию депрессии, но и усиливает соматизацию во взрослом возрасте, как указывается в исследовании “Human health as a problem of medical sciences and humanities” (2019) [72].

Обобщая результаты исследований, можно выделить несколько ключевых закономерностей. Во-первых, травмирующий детский опыт может приводить к изменениям в структуре мозга, включая гиппокамп и амигдалу, что связано с развитием депрессивных состояний [73; 74]. Во-вторых, эпидемиологические данные указывают на то, что около 30% взрослых с депрессией сообщают о значительных травмах в детстве [75]. Эти результаты подчеркивают глубокую взаимосвязь между детским опытом и психическим здоровьем. Вместе с тем, психотерапевтическая работа с ребенком должна проходить при активном участии его родителя, поскольку психоэмоциональное состояние ребенка во многом зависит от состояния родителя [76].

Несмотря на многочисленные доказательства влияния травмирующего опыта в детстве на развитие депрессии, остаются нерешёнными вопросы о механизмах этой взаимосвязи. Важно учитывать, что не все люди с травматическим опытом в детстве развиваются депрессией, что указывает на роль дополнительных факторов, таких как генетическая предрасположенность и социальная поддержка. Психологи отмечают, что «для того чтобы успешно справиться с последствиями травматических событий, произошедших в детстве, необходимо не только осознать их факт, но и глубоко понять причины, которые их вызвали, и последствия, которые они могут нести» [77; 78]. Эти аспекты требуют дальнейшего изучения для более полного понимания проблемы.

Методы исследования травмирующего опыта

Методы исследования травмирующего детского опыта можно классифицировать на основании их подхода к сбору данных и анализа полученной информации. Одним из наиболее распространённых методов являются анкетирования, такие как исследование ACE (Adverse Childhood Experiences), проведённое в 1998 году, которое выявило корреляцию между травмирующим детским опытом и развитием депрессии у взрослых [79]. Эти методы позволяют собрать данные о широком спектре неблагоприятных событий в детстве. Также используются интервью, которые могут быть структурированными или полуструктурированными, обеспечивая более глубокое понимание индивидуальных переживаний.

Для оценки депрессивных состояний часто применяются валидированные психометрические инструменты. Например, госпитальная шкала депрессии является одним из наиболее распространённых инструментов для измерения уровня депрессии [80]. Этот инструмент позволяет количественно оценить выраженность депрессивных симптомов и используется как в клинической практике, так и в исследованиях. Также в западной практике широко применяется Structured Clinical Interview for DSM (SCID), который обеспечивает точную диагностику депрессии и других психических расстройств [81]. Эти инструменты играют ключевую роль в исследованиях, направленных на выявление связи между травмирующим детским опытом и депрессивными состояниями во взрослом возрасте.

В рамках текущего исследования использованы отечественные опросники, разработанные профессором Коваленко Н. П. [82] для выявления негативного перинатального и детского опыта, определения ресурсного потенциала уже взрослой личности и выявления материнской доминанты. Комплексный подход, адаптированный под культуру и лингвистические конструкции русскоговорящего человека помогает глубже изучить процессы травматизации и отследить отсроченные последствия в долгосрочной перспективе.

Каждый метод исследования травмирующего детского опыта имеет свои преимущества и ограничения. Анкетирования, такие как ACE, позволяют охватить большое количество участников и собрать данные о широком спектре событий, однако они могут быть ограничены субъективностью ответов респондентов. Интер-

вью предоставляют возможность глубокой качественной оценки, но требуют значительных временных и человеческих ресурсов. Психометрические инструменты, такие как шкала депрессии Бека, обладают высокой валидностью и надёжностью, но могут не учитывать контекстуальные и культурные различия. Таким образом, выбор методов исследования должен основываться на целях и задачах конкретного исследования.

Исследования, связанные с травмирующим детским опытом, требуют строгого соблюдения этических стандартов. Одним из ключевых принципов является получение информированного согласия участников, что обеспечивает их осведомлённость о целях и процедуре исследования. Также важно учитывать возможность повторной травматизации участников в процессе сбора данных, поэтому исследователи должны проявлять особую осторожность при формулировке вопросов и проведении интервью. Соблюдение конфиденциальности и анонимности данных участников является ещё одним важным аспектом. Эти меры способствуют обеспечению этичности и высокого качества проводимых исследований.

Сравнительный анализ различных исследований о депрессии и негативном детском опыте

Сравнительный анализ эмпирических исследований представляет собой важный методологический подход для выявления общих закономерностей и различий в изучении влияния негативного детского опыта на развитие депрессии у взрослых. Данный подход позволяет не только обобщить существующие данные, но и критически оценить их достоверность и применимость. В рамках первой главы мы рассмотрим основные исследования, проведенные в данной области, и проведем их сравнительный анализ, что поможет глубже понять природу и механизмы изучаемого явления.

Методологические подходы, используемые в исследованиях влияния детских травм на депрессию, варьируются от эпидемиологических опросов до нейропсихологических исследований. Исследование Фелитти и коллег (1998) основывалось на анализе данных большого числа участников, что обеспечило высокую статистическую значимость результатов. Вместе с тем, мета-анализ Нидерландского института психического здоровья, объединивший данные из 52 исследований и опубликованный в журнале *The Lancet*, позволил выявить общие тенденции и минимизировать

влияние случайных факторов [84]. Сравнение этих подходов подчеркивает важность как широкомасштабных, так и глубоких аналитических методов для понимания данной проблемы. В дополнение к этому, «в статье представлены результаты экспериментального исследования, направленного на разработку методов и форм профилактики травматизма в образовательной среде» [84].

Результаты различных исследований подтверждают значимость негативного детского опыта для развития депрессии у взрослых. Так, согласно данным Фелитти и коллег (1998), более 60% взрослых с депрессией имели в детстве хотя бы один травмирующий опыт [85]. В мета-анализе 2023 года “Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression” было выявлено, что вероятность депрессии увеличивается в 2,5 раза при наличии травмирующего детского опыта. Эти данные согласуются с мета-анализом Нидерландского института психического здоровья, который подтвердил связь эмоционального пренебрежения в детстве с повышенным риском депрессии [87; 88]. Таким образом, несмотря на различия в методах, исследования приходят к сходным выводам.

Выводы

Современная литература последовательно подтверждает дозозависимую связь неблагоприятного детского опыта (НДО/ТДО) с депрессивной симптоматикой и аффективной дисрегуляцией у взрослых. Наибольшие и наиболее воспроизводимые ассоциации обнаруживаются для эмоционального и физического пренебрежения, эмоционального и физического насилия, а также виктимизации со стороны сверстников. В качестве возможных механизмов описаны:

- нейробиологическое «программирование» стресс-реактивности через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось;
- вегетативный дисбаланс с редукцией вагусных влияний (снижение функциональной гибкости регуляции);
- когнитивно-аффективные медиаторы – негативные схемы, персистирующая руминация, дефициты модуляции аффекта;
- семейно-системные факторы (нарушенная привязанность, хронический конфликт, межпоколенческая передача травматического опыта).

Эти результаты согласуются между эпидемиологическими, клиническими и (частично) нейробиологическими исследованиями и образуют устойчивую доказательную базу.

Что остается малоизученным. При всей массивности данных, отмечается методологическая неоднородность (ретроспективность, вариативность инструментов, культурно-языковые различия), недостаточная специфичность операционализации «депрессивного личностного радикала» (ДЛР) как отдельного конструкта (вне рамок МДД), а также ограниченное внимание к:

- сравнительному вкладу отдельных доменов ТДО (особенно эмоционального пренебрежения и подросткового буллинга) в формирование именно ДЛР;
- роли вегетативной дисфункции/вариабельности сердечного ритма и руминаций как медиаторов;
- модераторам (пол, возраст начала травматизации, семейная структура, качество привязанности, социальная поддержка/ресурсный потенциал);
- кумулятивным и синергическим эффектам сочетания перинатальных факторов и ТДО;
- данным из русскоязычной популяции с культурно адаптированными опросниками.

Обобщение результатов исследований выявляет устойчивые закономерности, такие как значительное влияние травмирующего детского опыта на риск развития депрессии. Однако существуют и различия, связанные с методологическими подходами и выборкой. Например, эпидемиологические исследования, такие как исследование Фелитти, предоставляют обширные данные, но могут не учитывать индивидуальные особенности участников. В то же время, мета-анализы и нейропсихологические исследования позволяют глубже понять механизмы влияния, но ограничиваются меньшими выборками. Эти различия подчеркивают необходимость комплексного подхода к изучению данной проблемы.

Глава 2. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ И ЛИТЕРАТУРЫ О ВЛИЯНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ОПЫТА НА РАЗВИТИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА И ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАДИКАЛА В БУДУЩЕМ

Введение

Перинатальный период является важным этапом в развитии человека, так как именно в это время закладываются основы для функционирования многих физиологических систем. Неблагоприятные условия в этот период, такие как стресс матери, недостаточное питание или медицинские осложнения, могут оказывать значительное влияние на здоровье и психофизиологическое состояние индивидуума в дальнейшем [89]. Исследование этих факторов важно для понимания их последствий и разработки методов их минимизации.

Актуальность темы исследования обусловлена высокой распространённостью депрессивных расстройств в современном обществе и необходимостью выявления их ранних предикторов. Перинатальный период представляет собой критический этап, во время которого неблагоприятные факторы могут оказывать долгосрочное влияние на нервную систему и психическое здоровье [90]. Понимание этой взаимосвязи позволяет разработать эффективные профилактические меры.

Целью данной главы также является изучение влияния негативного перинатального опыта на гомеостаз парасимпатической вегетативной нервной системы и предрасположенность к депрессивным расстройствам в будущем. Результаты исследования могут быть полезны как для научного сообщества, так и для практического применения в области медицины и психологии, предоставляя знания для улучшения оказания психологической помощи детям и взрослым, в том числе будущим матерям.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи: изучить основные факторы, влияющие на перинатальный период.

1. Провести анализ научной литературы, включая мета-анализы и исследования, посвященные изучению негативного детского опыта.

2. Определить механизмы воздействия негативных психологических факторов на парасимпатическую нервную систему.

3. Проанализировать связь между негативным перинатальным опытом и риском развития депрессии в будущем.

4. Предложить рекомендации по минимизации негативных последствий.

В работе применяются методы анализа научной литературы, эмпирические исследования и статистическая обработка данных. Эти методы позволяют объективно оценить влияние перинатальных факторов на психофизиологическое состояние и выявить закономерности, которые могут быть использованы для разработки профилактических мер.

Структура и функции парасимпатической нервной системы

Парасимпатическая нервная система является одной из двух основных частей вегетативной нервной системы, которая регулирует функции внутренних органов. Её анатомическое строение включает черепные и крестцовые нервы, которые обеспечивают связь с различными органами. Одним из ключевых компонентов этой системы является блуждающий нерв, который играет важную роль в регуляции сердечной деятельности, дыхания и пищеварения. Эта система охватывает широкий спектр органов, обеспечивая их координированное функционирование в состоянии покоя.

Основной функцией парасимпатической нервной системы является поддержание состояния покоя и восстановление организма после стресса. Она способствует снижению частоты сердечных сокращений, расслаблению гладкой мускулатуры и стимуляции процессов пищеварения. Эти механизмы обеспечивают восстановление энергии и поддержание внутреннего баланса, что имеет важное значение для общего состояния здоровья и устойчивости организма к внешним воздействиям.

Симпатическая и парасимпатическая нервные системы функционируют в тесной взаимосвязи, обеспечивая баланс между состояниями возбуждения и покоя. Этот баланс, известный как вегетативный гомеостаз, позволяет организму адаптироваться к изменениям окружающей среды и поддерживать оптимальные условия для жизнедеятельности. Нарушение этого взаимодействия может привести к дисбалансу, что, в свою очередь, чревато развитием различных заболеваний и состоянием хронического стресса.

Гомеостаз представляет собой способность организма поддерживать стабильное внутреннее состояние, несмотря на изменения во внешней среде. Этот процесс является фундаментальным для выживания и функционирования всех живых существ. Вегетативная нервная система, включая её парасимпатическое и симпатическое отделы, играет ключевую роль в обеспечении гомеостаза, регулируя такие параметры, как температура тела, сердечный ритм, артериальное давление и уровень глюкозы в крови.

Поддержание гомеостаза осуществляется благодаря сложной системе обратной связи, включающей рецепторы, которые передают информацию о состоянии организма, и эффекторные органы, реагирующие на изменения. «Поддержание гомеостаза в организме человека осуществляется за счет автономных изменений и баланса в работе симпатической и парасимпатической нервных систем» [91]. Парасимпатическая нервная система играет ключевую роль в восстановлении равновесия после стрессовых ситуаций, снижая частоту сердечных сокращений и артериальное давление, а также активируя процессы, связанные с восстановлением и отдыхом. Эти механизмы способствуют адаптации организма к изменяющимся условиям, обеспечивая его стабильность и функциональность.

Гомеостаз критически важен для поддержания здоровья, так как его нарушение может привести к развитию различных патологий. Например, постоянные отклонения от нормального уровня артериального давления или уровня глюкозы в крови могут привести к хроническим заболеваниям, таким как гипертония и диабет. Таким образом, эффективное функционирование парасимпатической нервной системы, способствующее восстановлению равновесия, является основой для предотвращения многих заболеваний.

Стресс является одним из основных факторов, способных нарушить гомеостаз. В условиях хронического стресса происходит постоянная активация симпатической нервной системы, что может привести к истощению ресурсов организма и снижению активности парасимпатической системы. Это, в свою очередь, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, связанных с дисбалансом вегетативной нервной системы.

Влияние негативного перинатального опыта на гомеостаз парасимпатической вегетативной нервной системы и уровень тревоги

Перинатальный период представляет собой ключевой этап в жизни человека, охватывающий промежуток времени от 28-й недели беременности до 7-го дня жизни новорожденного. Это определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения в 1992 году, подчеркивает важность данного временного интервала для формирования и развития основных физиологических систем организма. В этот период завершается формирование органов и систем плода, а также происходит адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Значимость перинатального периода обусловлена его влиянием на последующее здоровье и развитие индивидуума [92–94]. Анализ научной литературы показывает, что беременность требует от женщины переосмыслиния своей жизни и места в системе жизненных ценностей [95]. Это переосмысление может оказывать влияние на эмоциональное и физическое состояние как матери, так и ребенка, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к перинатальному периоду [96].

Перинатальный период является критическим этапом для формирования основных физиологических систем организма, включая нервную и иммунную системы [97]. Исследования показывают, что даже материнская тревога в перинатальном периоде может негативно сказываться на развитии ребенка и даже на его здоровье в процессе созревания [98]. В частности, первый триместр беременности представляет собой особенно уязвимый этап, когда происходит нейрогенез и формируются синаптические связи в конечном мозге [99], а также формируется работа гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО). Исследование «Материнский стресс и здоровье ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе» показало, что повышенный уровень материнского кортизола может стимулировать выработку плацентарного кортикотропин-рилизинг фактора с последующей стимуляцией ГГНО плода и дальнейшим увеличением уровня кортизола у плода [100; 101]. Неблагоприятные перинатальные факторы могут привести к отклонениям в развитии нервной системы, что, в свою очередь, негативно сказывается на психоэмоциональном со-

стоянии в будущем. Таким образом, понимание значения перинатального периода имеет ключевое значение для разработки стратегий профилактики и минимизации негативных последствий.

Факторы, влияющие на перинатальное развитие

Биологические факторы играют ключевую роль в перинатальном развитии, определяя формирование физиологических систем организма. Одним из значимых аспектов является питание матери, которое оказывает непосредственное влияние на развитие плода. Например, недостаток питательных веществ в период беременности может привести к нарушениям в формировании органов и систем, включая нервную систему [102]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, около 10% новорожденных сталкиваются с неблагоприятными перинатальными условиями, связанными с недостаточным питанием матери. Это подчеркивает важность обеспечения адекватного уровня питания и здоровья матери в период беременности.

Социально-экономические условия семьи оказывают значительное влияние на перинатальное развитие ребёнка. Дети, родившиеся в семьях с низким уровнем дохода, зачастую сталкиваются с ограниченным доступом к качественной медицинской помощи и питанию, что может негативно сказаться на их развитии. Исследования показывают, что дети из семей с низким социально-экономическим статусом имеют на 30% больше шансов столкнуться с задержками в развитии [103]. Это свидетельствует о необходимости комплексного подхода к поддержке семей в сложных жизненных обстоятельствах для обеспечения здорового начала жизни ребёнка.

Психологическое состояние матери в период беременности оказывает значительное влияние на развитие плода. Перинатальный стресс, вызванный эмоциональными переживаниями или нестабильностью в жизни, может привести к долгосрочным последствиям для ребёнка. Данные Американской психологической ассоциации указывают на то, что перинатальный стресс увеличивает риск развития у ребёнка тревожных расстройств в будущем на 20% [104]. Кроме того, негативный перинатальный опыт может влиять на уровень тревожности, что связано с психофизиологическими реакциями на стресс [105]. Это подчеркивает важность

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

психологической поддержки и создания благоприятной атмосферы для беременных женщин, что может способствовать снижению уровня стресса и обеспечению здорового развития плода.

Окружающая среда играет важную роль в перинатальном развитии, так как она оказывает непосредственное влияние на здоровье матери и, следовательно, на здоровье плода. Например, загрязнение воздуха, согласно исследованию 2015 года, оказывает негативное воздействие на когнитивное развитие детей, родившихся у матерей, подвергавшихся такому воздействию [106]. Это связано с тем, что вредные вещества могут проникать через плаценту, влияя на формирование нервной системы плода. Таким образом, качество окружающей среды, в которой находится беременная женщина, является важным фактором, определяющим здоровье будущего ребёнка.

Стресс, испытываемый матерью в перинатальный период, оказывает значительное влияние на развитие плода. Согласно исследованию 2019 года, повышенный уровень кортизола у матери, вызванный высоким уровнем стресса, влияет на развитие ГГНО плода [107]. Это может привести к изменениям в регуляции стресса у ребёнка в будущем и увеличению риска развития тревожных расстройств. Таким образом, управление стрессом у беременных женщин является ключевым аспектом для обеспечения здорового развития плода.

Влияние стресса на парасимпатическую нервную систему

Стресс представляет собой сложный физиологический и психологический процесс, возникающий в ответ на воздействие различных стрессоров, которые могут быть как внешними, так и внутренними. Существует несколько классификаций стресса. Одна из наиболее распространённых делит его на острый и хронический. Острый стресс возникает как кратковременная реакция на конкретное событие, тогда как хронический стресс развивается при длительном воздействии стрессоров. Важно отметить, что стресс может быть как положительным (эустресс), способствующим адаптации, так и отрицательным (дистресс), вызывающим нарушение гомеостаза и негативные последствия для организма.

Парасимпатическая нервная система играет ключевую роль в восстановлении организма после стрессовых ситуаций. Вместе с тем, при хроническом стрессе её активность может снижаться, что приводит к нарушению баланса между симпатической и парасимпатической системами. Это проявляется в увеличении уровня кортизола в крови, учащении сердцебиения и повышении кровяного давления. Исследования показывают, что нарушение работы блуждающего нерва, основного компонента парасимпатической системы, связано с изменением сердечного ритма и снижением способности организма к восстановлению после стрессовых событий.

Длительное воздействие стресса оказывает значительное влияние на парасимпатическую нервную систему, что может привести к её дисфункции. Это выражается в снижении её регуляторной способности, что сопровождается повышенным уровнем тревожности, нарушением сна и хронической усталостью. Эксперименты на животных подтверждают, что стресс в раннем возрасте может вызывать долговременные изменения в активности блуждающего нерва, что увеличивает риск развития различных психосоматических расстройств. Таким образом, хронический стресс является серьёзным фактором, нарушающим нормальное функционирование парасимпатической нервной системы.

Исследования взаимосвязи перинатальных факторов и психического здоровья

Исследования показывают, что перинатальные факторы играют значительную роль в формировании психического здоровья человека. Неблагоприятные условия в этот период, такие как стресс матери, гипоксия или низкий вес при рождении, могут существенно повлиять на развитие нервной системы и предрасположенность к психическим расстройствам. Механизмы воздействия перинатальных факторов на нервную систему включают изменения в нейронных сетях и регуляции гормонов. Перинатальный стресс, как показано в исследовании Nature Neuroscience, может изменять нейронные сети, связанные с регуляцией стресса, что увеличивает риск тревожных расстройств [108]. Эти изменения могут сохраняться на протяжении всей жизни, влияя на способность организма адаптироваться к стрессовым ситуациям.

Генетические и эпигенетические факторы также играют ключевую роль в формировании предрасположенности к тревожным расстройствам. Эпигенетические изменения, вызванные перинатальным стрессом, способны передаваться через поколения, что подтверждают результаты генетических исследований [109]. Кроме того, негативные эмоциональные реакции и связанные с ними психофизиологические состояния могут ухудшать здоровье, способствуя развитию различных заболеваний. Эти факторы открывают новые перспективы для изучения наследуемости психических расстройств и разработки методов их профилактики.

Психофизиологические последствия негативного перинатального опыта

Неблагоприятные условия в перинатальный период могут оказать значительное влияние на развитие нервной системы плода. Это связано с тем, что в этот период происходит активное формирование нейронных сетей, которые особенно чувствительны к внешним воздействиям, таким как стресс матери или недостаток питательных веществ. Эти факторы могут нарушить нормальный процесс нейрональной миграции и синаптической пластичности, что приводит к долгосрочным последствиям для нервной системы.

Дисфункция парасимпатической нервной системы является одним из ключевых последствий негативного перинатального опыта. Исследования 2020 года показывают, что дети, рожденные с низким весом, имеют на 25% более высокий риск нарушений парасимпатической регуляции [110]. Эти нарушения могут проявляться в виде изменений сердечного ритма, ухудшения адаптационных способностей организма и сниженной стрессоустойчивости. В свою очередь, такие изменения в функционировании парасимпатической нервной системы могут способствовать развитию психоэмоциональных расстройств в будущем. Важно отметить, что «изучение изменений в гомеостазе парасимпатической вегетативной нервной системы у беременных женщин показало, что уровень тревожности может быть связан с негативным перинатальным опытом» [111]. Таким образом, влияние перинатального опыта на здоровье детей оказывается более сложным и многосторонним, чем может показаться на первый взгляд.

Негативный перинатальный опыт оказывает влияние на уровень кортизола у новорожденных, что связано с их реакцией на стресс. Высокий уровень кортизола, вызванный стрессом матери, наблюдается в 40% случаев при осложненных родах [112]. Это приводит к гиперактивности ГГНО, нарушая нормальную регуляцию стрессовых реакций организма. В результате дети, подвергшиеся таким воздействиям, могут испытывать повышенную чувствительность к стрессу, что увеличивает риск развития тревожных расстройств. Кроме того, «catecholamines способствуют формированию определенных эмоциональных состояний. Причем преобладание адреналина по сравнению с норадреналином связывают с возникновением реакции тревоги, страха», отпечатывающейся внутри автоматических психических реакций, усиливая рефлекторную активность. Таким образом, комплексное воздействие стресса на уровень кортизола и баланс катехоламинов может значительно повлиять на эмоциональное состояние новорожденных.

Ранний опыт играет важную роль в формировании предрасположенности к тревожности. Это связано с тем, что стрессовые события в раннем возрасте могут изменять функционирование мозга, особенно в областях, отвечающих за эмоции и регуляцию поведения. Такие изменения могут закрепляться и проявляться в виде тревожных расстройств в более позднем возрасте. С другой стороны, стресс не ограничивается только ранним детством. Воздействие стресса на учащегося начинается с самого начала учебного пути и преследует его в той или иной степени постоянно».

Долгосрочные последствия негативного опыта включают повышенную предрасположенность к психическим расстройствам. Долгосрочные исследования Гарвардского университета показали, что такие условия способствуют увеличению уровня тревожности у взрослых. Это подчеркивает важность ранней диагностики и вмешательства для минимизации влияния негативного перинатального опыта на психическое и физическое здоровье [113].

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Тревожные расстройства представляют собой группу психических расстройств, характеризующихся чрезмерной тревожностью и страхами, которые могут существенно влиять на повседневную жизнь человека. В контексте перинатального опыта, исследования показывают, что неблагоприятные условия развития плода, такие как гипоксия или стресс матери, могут увеличивать риск развития тревожных расстройств в будущем [114; 115]. Это связано с изменениями в нервной системе, которые могут происходить под воздействием негативных факторов во время беременности и родов.

Парасимпатическая нервная система играет ключевую роль в регуляции физиологических процессов, связанных с расслаблением и восстановлением организма. Нарушения её функционирования, вызванные негативным перинатальным опытом, могут способствовать развитию тревожных расстройств. Исследования, опубликованные в журнале *Nature Neuroscience*, показывают, что гипоксия в перинатальный период может приводить к изменениям в парасимпатической регуляции, что в зрелом возрасте проявляется повышенной тревожностью [116; 117]. Таким образом, состояние парасимпатической системы становится важным аспектом в понимании механизмов развития тревожных расстройств.

Научные исследования подтверждают связь между негативным перинатальным опытом и развитием тревожных расстройств. Например, данные исследования, опубликованного в журнале *JAMA Psychiatry*, показывают, что стресс матери во время беременности может увеличить риск возникновения тревожных расстройств у ребёнка на 34% [118; 119]. Влияние таких факторов на нервную систему ребёнка может проявляться как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В этом контексте важно отметить, что «существует тесная взаимосвязь между развитием психических расстройств, психосоматических заболеваний и негативными переживаниями родового стресса» [120].

Понятие соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы описывает ситуации, при которых у человека нарушается работа внутренних органов, однако отсутствует какая-либо органическая патология. Тогда встает вопрос, почему мы можем наблю-

дать нарушение работы внутренних органов и ухудшение состояния пациента? Дело в том, что подобное состояние имеет под собой психологическую природу. Соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы еще называют вегетососудистой дистонией (НЦД, ПВД, НВД и другие аббревиатуры), однако такое понятие отсутствует в официальной медицинской классификации.

Если говорить о характеристиках вегетативной нервной системы (ВНС), то важно понимать, что именно с ее помощью функционируют наши внутренние органы, сосуды и железы. В свою очередь, ВНС включает в себя два отдела: симпатическую и парасимпатическую системы, где первая отвечает за защитные реакции организма, а вторая – за восстановление ресурсов. Именно симпатическая нервная система (НС) готовит нас совершить «прыжок», собраться с силами и активизироваться для решения какой-то задачи или достижения цели, а парасимпатическая как бы замедляет функционирование органов и сосудов, чтобы организм мог восстановиться. Именно парасимпатическая система поддерживает его работу во время сна. Как это можно наблюдать? Если взять для примера сердце, то симпатическая НС увеличивает частоту сокращений, а парасимпатическая – снижает; зрачки: симпатическая НС расширяет, другая – сужает; также с легкими – это или гипервентиляция легких, или снижение вентиляции и т. д.

Одним из самых важных фактов, который необходимо понять про ВНС – это то, что она регулирует работу органов в соответствии с изменениями условий окружающей среды, в особенности, реагирует на стрессовые факторы. Вспомните, как в напряженные моменты у вас начинает быстро биться сердце и пересыхает во рту? Все это делает с нами симпатический отдел, чтобы мы активизировались. А когда пиковый период пройден и нам уже ничего не угрожает, «тумблер» переключается на парасимпатический отдел: дыхание восстанавливается, как и температура тела.

Все эти изменения являются пределами нормы, то есть не нужно переживать из-за тахикардии, которая возникла на фоне испуга или неблагоприятных внешних факторов, но стоит обратить внимание, если она или другие симптомы появляются «на ровном месте» и приносят неудобство в вашу жизнь. Таким образом происходит разобщение деятельности обоих отделов и причины для

этого могут быть разные: начиная от наследственности, заканчивая хроническим стрессом, злоупотреблениями, жарой и, даже, радиацией. Поскольку работа ВНС нарушается, запускается процесс формирования соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Проявляется это в том, что перечисленные выше характеристики для каждого из отделов ВНС путаются, возникают беспочвенно. Анализы и обследования при этом показывают совершенно ясную и здоровую картину, но человек продолжает чувствовать себя нехорошо. Основная причина этого – стресс. Подобные особенности давно изучаются и многие ученые пришли к выводу, что такая реакция организма на физическом уровне – это отзеркаливание внутренних психических процессов.

К сожалению, человек, столкнувшийся с появлением соматических симптомов на фоне стресса или негативных внешних условий, не способен самостоятельно справиться с данными симптомами. Обычно он обращается к врачам, просит назначить обследования и множество анализов, и, при отсутствии каких-либо диагнозов, не успокаивается: продолжает менять врачей и искать ответ на вопрос о нестабильности своего состояния. Зачастую это очень чувствительные люди, которым присуще гипертрофировать собственные ощущения, вызывать скорую помощь при малейших недугах и обвинять официальную медицину в неэффективности.

Нарушение работы ВНС больше всего влияет на работу сердца, легких и пищеварительного тракта. Сердечные боли могут носить различный характер и «отдавать» в соседние органы, например, в лопатки или захватывать всю область грудной клетки. Пациенты жалуются на колющие, режущие, сжимающие боли, которые могут резко возникать, например, после физической активности или при смене погоды, и также резко проходить. Такую боль называют кардиалгией, а сопутствует ей зачастую чувство тревожности, слабость, ощущение нехватки воздуха и усиленное потоотделение. Все это может провоцировать проблемы с дыханием, кажется, что в груди нарастает давление и сделать вдох становится труднее, поэтому человек старается как можно быстрее проветрить помещение или покинуть закрытое пространство. Иногда наоборот, у человека наблюдается слишком частое дыхание, что

приводит к гипервентиляции легких и головокружению. К этому всему может добавиться реакция пищеварительной системы, которая способна проявляться через эпигастральные боли, нарушение стула, пропадание аппетита, изжогу и другие симптомы. Соматоформная дисфункция задевает и мочевыводящую систему, что характеризуется учащенными позывами, в особенности при отсутствии туалета, или затруднением мочеиспускания. К общим признакам соматоформной дисфункции ВНС относят также: повышенную температуру, утомляемость, боль в суставах, бессонницу, причем, как правило, вышеперечисленные симптомы возникают комплексно, имеют нестандартные характер проявления, вызывают яркую эмоциональную реакцию у человека и не поддаются соматотропной терапии.

На фоне возникающих физических симптомов, у человека возможны различные психологические расстройства. Самыми часто встречающимися являются фобические расстройства, панические атаки и генерализованное тревожное расстройство. В первом, у пациента могут возникнуть фобии, например, боязнь покраснеть, упасть в обморок или умереть. Панические атаки провоцируют развитие деперсонализации, возникают как ответная реакция на сверхмощный страх и эмоциональное напряжение. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется сильным чувством беспокойства и страха по поводу будущего, помимо деперсонализации возможно также возникновение дереализации.

В зависимости от того, какой из отделов вегетативной нервной системы больше подвержен нарушению, выделяют три формы расстройства: ваготоническую, симпатикотоническую и смешанную. Пациенты с ваготонией обычно бледные и имеют мраморный оттенок кожи, быстро утомляются, испытывают постоянную сонливость, при этом мучаются бессонницей, у них происходит неравномерное распределение избытка подкожной жировой клетчатки. У пациентов, страдающих второй формой расстройства ВНС, обычно астеническая конституция. Их кожа сухая, потоотделение скучное. Им свойственны истерики и рассеянность в действиях.

Варианты течения процесса у всех форм расстройства ВНС сводятся к двум видам: перманентное течение, которое происходит достаточно плавно и лишено резких изменений клинической

картины, и пароксизмальное, подразумевающее развитие кризов. Симптоадреналовый криз сопровождается ознобом, страхом, расширенными зрачками и усиленным сердцебиением. Вагоинсультарный криз – это когда возникают мигрени, снижается артериальное давление и, как следствие, возможны обмороки, повышается потоотделение, наблюдается недостаток воздуха, и могут возникнуть тошнота и рвота.

Очевидно, что пациенты нуждаются в помощи квалифицированных специалистов и, поскольку соматоформная дисфункция ВНС вызвана психологическими проблемами, то лечить данное заболевание необходимо с помощью психологов, психотерапевтов и неврологов. Помимо психотерапии, пациенту назначается психотропное лечение: антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы. Правильно подобранное лечение способно вернуть человека к нормальной жизни, нормализовать сон и снизить тревогу. Помимо медикаментозного лечения и психотерапии, пациенту важно соблюдать более здоровый образ жизни – выстроить режим дня, оптимизировать умственные и физические нагрузки, организовывать отдых, правильно питаться. Все это в комплексе дает шанс на благоприятный исход болезни и выравнивание психологического фона человека.

Профилактика тревожных расстройств, связанных с негативным перинатальным опытом, осуществляется через управление факторами риска и предоставление поддержки беременным женщинам. Программы, такие как «Материнское спокойствие» в США, направлены на снижение стресса у будущих матерей и продемонстрировали уменьшение риска тревожных расстройств у детей на 20%. Эти данные подтверждают, что создание благоприятной среды для будущих матерей и минимизация стрессовых факторов могут существенно снизить вероятность развития психических расстройств у их детей. Исследователи отмечают, что «материнский стресс и тревога у беременной женщины увеличивают риск эмоциональных и саморегуляционных трудностей у детей» [121]. Поддержка женщин в период беременности, таким образом, является важным шагом к улучшению психического здоровья как матерей, так и их детей.

Связь вегетативной дисфункции и развития депрессии в будущем

Чтобы понять причины возникновения различных вариантов клинических депрессий, необходимо изучать особенности вегетативной регуляции и принципы работы вегетативной нервной системы. Поскольку при депрессивных состояниях зачастую возникает вегетативный дисбаланс (ВД), крайне важно собирать анамнез и накапливать данные исследований различных депрессивных фаз, а именно их структуру, тяжесть и продолжительность, специфику и количество предшествующих эпизодов, а также типы лечения, чтобы в дальнейшем иметь возможность подходить к терапии комплексно.

Эндогенные депрессии, при которых у человека наблюдается депрессивное состояние без видимых на то причин, всегда вызывали особый интерес у исследователей и психологов. Они стремились изучить взаимосвязь между вегетативными расстройствами и разными фазами депрессии. В отличие от эндогенного типа, более тяжелые формы депрессии проявляются ярче: можно наблюдать смену настроений в разрезе определенного времени, изменения активности, возникновение определенных мыслей, например, самообвинения [122–125]. К сожалению, из-за критериев, которые предложены в современных классификациях болезней, становится сложно внедрять результаты вегетологических исследований в клиническую практику, а именно, ввиду перемешивания понятий «меланхолической» и «эндогеноморфной» депрессий. «Большое депрессивное расстройство» также может включать в себя совершенно различные симптомы и характеристики, однако является одной категорией, что затрудняет исследование взаимосвязей и форм клинических заболеваний [126].

Психолог и педагог В. П. Протопопов [127] в советское время изучал особенности возникновения вегетативного дисбаланса при депрессиях и вывел, что нарушения со стороны ВНС проявляются следующим образом: появляется гипертония, тахикардия, вялость кишечника, а также расширяются зрачки, кожа бледнеет и у человека обостряется чувство тревожности и страха. Современные исследования ставят данное заключение под сомнение и говорят о том, что в клинической картине депрессивного эпизода может

преобладать как симпатический (описанный В. П. Протопоповым), так и парасимпатический тонус. Нельзя исключать и возникновение амблиопии, или «ленивого глаза», при котором у человека происходит обратимое понижение зрения, вследствие которого глаза видят разные картинки и, не справляясь с задачей объединения их в одну объемную, мозг подавляет работу одного глаза. От чего же зависит, какой отдел из вегетативной нервной системы «откликнется» на депрессивный эпизод? На это влияет множество факторов, а именно: тяжесть депрессии, выраженность эндогеноморфных черт, наличие предшествующих стрессовых ситуаций и масштаб реакций на них пациента, вид проводимой терапии и др. Именно поэтому возрастаёт значимость клинических исследований вегетативной дисрегуляции в зависимости от депрессивной фазы – так, у нас появится возможность предугадывать проявления со стороны ВНС, зная характеристики отдельно взятого депрессивного эпизода и принять превентивные меры.

Одни из последних исследований показывают, что симпатический и парасимпатический отделы имеют возможность влиять друг на друга в зависимости от физиологических потребностей организма – это назвали концепцией «взаимостимулирующего антагонизма» симпатико-парасимпатического взаимодействия [128]. Подтверждается необходимость продолжения изучения теоретических моделей возникновения вегетативного дисбаланса, таких как поливагусная теория, модель нейровисцеральной интеграции и других.

Благодаря исследованиям, был разработан метод анализа вариабельности сердечного ритма, не требующий специфических условий, который позволяет оценить активность симпатических и парасимпатических влияний на сердечный ритм. Как правило, до начала лечения у пациентов наблюдается снижение, так называемой, функциональной гибкости [129] вегетативной регуляции, то есть уменьшается способность ВНС к перестройке в ответ на изменения окружающей и внутренней среды. Есть предположение, что это происходит из-за снижения выраженности дыхательной синусовой аритмии, что, в свою очередь, происходит за счет уменьшения интенсивности вагусных влияний на ритм сердца. В состоянии покоя выявить данные изменения достаточно непросто, разве что, если бы

человек был подвержен нагрузкам. При этом, при тяжелых формах депрессии, выявить подобную закономерность проще ввиду более выраженных эндогеноморфных признаков.

В 2000 году была разработана модель нейровисцеральной интеграции, в которой описано предположение, что ВСР-показатели вагусной активности способны показывать навык организма не только к эмоциональной, но и когнитивной и поведенческой регуляции [130]. Согласно предположению, одного из авторов модели, префронтальная кора имеет такую структуру, способную модулировать активность нейронных сетей, которые, в свою очередь, регулируют ВНС. Префронтальная кора может подтормаживать процессы на подкорковых структурах, что действует на интенсивность парасимпатических влияний на синоатриальный узел проводящей системы сердца. Именно это влияет на индивидуальные различия в выраженности вагусных влияний на сердечный ритм. Так, например, при биполярной депрессии выявлены иные, более низкие значения показателей парасимпатического влияния на ритм сердца [131]. Был выявлен еще один паттерн вегетативных нарушений при депрессии: недостаточная активация барорефлекторных симпатоадреналовых систем при ортостатической нагрузке [132–136]. В таком случае на периферические симпатоадреналовые механизмы регуляции сердечной деятельности происходит воздействие перенапряженных надсегментарных эрготропных систем, которые возникают из-за нарушения барорефлекторной сенситивности [137–139]. Эти данные ставят под сомнение классические представления о симпатикотонии как о единственно возможном проявлении вегетативного дисбаланса при депрессиях [140].

К сожалению, если у человека были выявлены сердечные патологии, то редукция общей ВСР и нарушение барорефлекторной сенситивности могут привести к тяжелым последствиям, вплоть до летального исхода, а именно: летальным аритмиям, инфаркту миокарда и др. [141]. В связи с этим, остается необходимым применение ВСР с целью оценки риска декомпенсации коморбидной кардиологической патологии у пациентов, больных депрессией [142]. Данные нарушения ВСР не являются специфичными для депрессии и обнаруживаются при данных расстройствах: тревожном, посттравматическом, биполярном, психосоматических и др [143; 144].

Данные отклонения можно рассматривать как трансдиагностические биомаркеры психических патологий [145]. Проявления и устойчивость данных нарушений могут кардинально различаться в зависимости от заболеваний, в разрезе одного заболевания, необходимо учитывать его тяжесть, длительность, клиническую форму, смотреть на наличие длительных стрессовых событий, коморбидной патологии и состояние вегетативной регуляции до наступления болезни. Поэтому важно смотреть и на степень редукции общей ВСР, что может стать дополнительным критерием оценки тяжести депрессии. Так, можно понять, насколько затяжным может стать процесс лечения и насколько данная терапия эффективна [146].

Все это играет важную роль при выборе медикаментозного лечения, а именно – антидепрессантов. И если, обычно, в исследованиях переносимости антидепрессантов полагаются на общую категорию «большое депрессивное расстройство» [147], то кажется, что необходимо выделять более узкие ее формы, так как, например, такой вид как тяжелые меланхолические депрессии, чаще встречающиеся у пациентов старших возрастных групп, зачастую имеются отягощенности по сердечно-сосудистой патологии, что может требовать корректировки назначенного лечения. А, например, говоря об антидепрессантах двойного действия, в особенности, трициклических антидепрессантов, важно знать, что они значительно снижают общую ВСР, что повышает частоту сердечных сокращений. Поэтому ВСР важно использовать как сигнализатор для раннего выявления неблагоприятных вегетотропных эффектов. В то время, как при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), влияния на показатели ВСР обнаружено не было [148]. Все исследования влияния вегетотропных эффектов антидепрессантов на ВСР обычно ведутся после 4–8 недель применения, в то время как применение на длительной или постоянной основе остается не исследованным.

С. М. Licht и соавт. провели исследование, в котором участвовали 2400 пациентов [149] и было выявлено, что перечисленные выше препараты (СИОЗС, трициклические и антидепрессанты двойного действия) при применении в течение двух лет приводят к редукции ВСР. Антидепрессанты двойного действия и трициклические антидепрессанты влияют на частоту сердечных сокращений, а

именно – приводят к повышению, причем при отмене препаратов данные нарушения полностью восстанавливаются. Прием СИОЗС на краткосрочной основе на общую ВСР влияния не имеет [150]. В любом случае, принципы подбора терапии требуют дальнейшего исследования и учитывания рисков для пациента.

Депрессивный радикал

Сегодня границы аффективных расстройств настолько размыты, что иногда расстройства с даже небольшим аффективным компонентом рассматриваются как истинно аффективные или, по крайней мере, коморбидные. Это подчеркивает важность поиска маркеров, которые позволили бы специалистам адекватно диагностировать, различать и лечить такие состояния. В первую очередь это касается соматизированных (соматоформных) расстройств, а также тревожных, обсессивно-компульсивных расстройств и других психических состояний.

Пациенты с соматоформными психическими расстройствами могут представлять значительную терапевтическую и нравственную проблему для первичного звена здравоохранения [151]. Большое количество таких пациентов наблюдаются у врачей, которые в ходе своей работы, обнаруживают у подопечных наличие тревожных и депрессивных расстройств, по данным M. De Wall et al., M. Sharpe, R. Mayou – таких случаев не менее половины от числа всех пациентов с аффективными расстройствами [152; 153]. Согласно исследованиям, вышеупомянутых голландских ученых, проведенным в системе первичного звена здравоохранения Голландии, один из шести консультирующихся пациентов обнаруживает соматоформное расстройство [154]. Такие данные подчеркивают важность своевременного распознавания, что может повысить эффективность терапии этих состояний за счет вовлечения пациентов в поле деятельности психиатров и психотерапевтов.

Обнаружение депрессивного аффекта у пациента требует специальных навыков и знаний, что не всегда возможно при наблюдении у врачей первичного звена здравоохранения, в особенности, учитывая тот факт, что пациент склонен трактовать свое состояние как соматическое неблагополучие, всячески избегая психологической природы. На эту тему было даже проведено исследование, по результатам которого было выявлено, что от 60 до 90 про-

центов людей больных депрессией, обращаются за помощью к, так называемым, врачам-интернистам, а не к психиатрам [155; 156]. Дифференциация соматоформной патологии от соматической патологии может быть сложной задачей для медицинского персонала в первичном звене здравоохранения. Главным вопросом здесь остается выявление первопричины: депрессия в таких случаях выступает как отягощающий фактор, усложняя течение соматических заболеваний или она приводит к возникновению соматической патологии? А может быть, она появляется как следствие соматических переживаний? А. Gomez-Caminero и соавт. провели масштабное исследование, изучив более 17 млн историй болезни, чтобы выявить риск возникновения коронарной болезни сердца [157]. В результате было выявлено, что пациенты с паническим расстройством больше подвержены риску заболевания коронарной болезнью, а страдающие коморбидными депрессивными расстройствами и вовсе – в три раза чаще, чем те, кто депрессией не страдал. Данное исследование подтверждает тот факт, что депрессия действует как отягощающий фактор для возникновения и развития соматических заболеваний.

Соматоформные расстройства достаточно распространены среди пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. На базе отделения аффективной патологии Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, С. Э. Поляковым было проведено исследование: обследовались 202 пациента, больных депрессией, из которых у 46 преобладали расстройства соматизированного спектра такие, как физическое недомогание, вегетативные нарушения, боли, неприятные ощущения в теле и ипохондрия. Критерии, выделенные С. Э. Поляковым, позже легли в основу диагностических критериев МКБ-10 [158]. Так, были сделаны следующие выводы: соматизация в структуре депрессии может рассматриваться как проявление витальной тревоги, особенно при относительно неглубоком уровне депрессии; интенсивность депрессивного аффекта обуславливает выражение некоторых коморбидных расстройств и, собственно, глубину депрессивного аффекта; удельный вес соматизации в структуре депрессивного синдрома может уменьшаться с усилением депрессивного аффекта; приступы паники и тревоги занимают особое место в развитии и формирова-

нии соматизированных депрессий [159]. Таким образом, подтверждается связь между уровнем депрессии и соматизации психических нарушений у пациентов врачей-интернистов.

Данная тема является достаточно актуальной, в рамках нее была создана масштабная работа, в рамках которой проведены количественные и качественные исследования основных параметров психологического состояния пациентов, обратившихся в медицинские учреждения («Диагностика», лечебно-реабилитационный центр «Артмед»), и центр психического здоровья «Стресс» (психолого-психиатрическое учреждение). Для диагностики были созданы карты клинико-эпидемиологического обследования, опросники по выявлению соматизированных психических нарушений, а также использованы такие известные шкалы и опросники, как: Торонтская шкала алекситимии, оценочная шкала для депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS), шкала самооценки Спилбергера (тревожность) [160]. У пациентов были изучены различные параметры их психического состояния, а именно: депрессивность, тревожность, агрессивность и соматоформность. Врач-психиатр оценивал психический статус пациента, на основании клинико-психопатологического и психологического исследований. Критерии МКБ-10 послужили основой для диагностики психических расстройств. В исследовании были задействованы 122 пациента в МО «Диагностика», 111 пациентов из центра «Артмед» и 148 пациентов из центра психического здоровья «Стресс».

Первым этапом был проведен анализ всевозможных соматических жалоб, которые озвучивали пациенты всех трех учреждений, в рамках которого подтвердился тот факт, что в больницах общесоматического профиля («Диагностика» и «Артмед») у исследуемых выявлены более ярко выраженные соматические жалобы, а у пациентов «Стресса» – психические жалобы (депрессивный и тревожный уровень психической составляющей). Пациенты, в целом, жаловались на нарушения в сексуальной сфере (болевые ощущения при половом акте, нарушения менструального цикла), обморочные состояния, расстройства сердечно-сосудистой, респираторной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем. Согласно наблюдениям, с подобными жалобами пациенты обращались именно в общемедицинские учреждения. Несколько интересных

фактов: боль в желудке в три раза чаще встречалась у пациентов «Диагностики» и «Артмеда», чем у пациентов центра психического здоровья «Стресс», причем такое же соотношение в целом относится к жалобам желудочно-кишечной сферы. В 1,5 раза чаще в учреждениях общесоматического профиля у пациентов встречалась боль в спине, однако головная боль и боль в груди выявлялись практически с одинаковой частотой во всех трех группах: 69,59, 72,95 и 66, 67%, а также 55,41, 48,36 и 50,45%, соответственно. Отсюда следует вывод, что арифметическая сумма наличных соматических жалоб у пациентов общесоматических центров (больниц) превышает 3 балла, это может указывать на более выраженную физическую симптоматику у данной группы пациентов. Важно отметить, что в ходе исследования, было выявлено сочетание соматических симптомов и психических нарушений у всех трех групп исследуемых, при этом сами пациенты, как правило, не жаловались на психические расстройства и акцентировали внимание на соматических проявлениях, обращаясь при этом в общемедицинскую сеть. Когда пациенту рассказывали о наличии у него психических расстройств (чаще всего депрессивного или тревожного), можно было наблюдать однотипную реакцию, при которой пациент отрицал наличие у него такового, обращая внимание на его болезненное самочувствие.

У пациентов психолого-психиатрического учреждения «Стресс» был выявлен повышенный уровень психической составляющей статуса, представленный депрессивным и тревожными радикалами. Они жаловались на нарушения сна, чувство подавленности, тревоги, нервозность – все это озвучивало более 90% пациентов данного учреждения. Однако интересно то, что у пациентов общесоматического звена эти симптомы выявлялись чаще, чем многие соматические симптомы. Обнаружение психических составляющих и наличие соматических жалоб формируют психопатологическую проблему для личности пациентов – соматоформность. Патологический уровень соматизации по шкале SCL-90 был выявлен у 86 пациентов, а коэффициент соматизации был патологическим у 194 пациентов – это больше половины участников исследования. В среднем, пациенты имели более 6 соматических симптомов в статусе, хотя для их свидетельства достаточно

наличие 3 симптомов. У более, чем 80% обнаружено сочетание соматизации с астенией и депрессией, а ипохондрический радикал в статусе выявлен у примерно 40% исследуемых. У каждого третьего пациента с патологическим уровнем соматизации обнаружена агрессивность и тревожные расстройства. Таким образом, можно говорить о сочетании депрессивных, астенических и тревожных радикалов с патологическим уровнем соматизации более, чем в половине выявленных случаев.

В рамках исследования, уровень депрессии измеряли по эквивалентной шкале депрессии Гамильтона шкалой Монтгомери и Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) [161; 162]. Как и следовало ожидать, у пациентов центра «Стресс» средний уровень депрессии был наивысшим, а у пациентов общесоматического звена на 40% меньше. У тех пациентов, у кого не было обнаружено каких-либо психологических патологий, уровень депрессии был в разы меньше.

Депрессивные расстройства сочетаются с соматическими симптомами, и это является одним из основных критериев для диагностики депрессии. Однако, иногда существует обратная связь между интенсивностью депрессивного аффекта и проявлением соматизации. Это может быть связано с тем, что у людей с более тяжелыми формами депрессии сосредоточение на эмоциональных и когнитивных аспектах расстройства может приводить к уменьшению выраженности физических симптомов. В таких случаях пациенты могут менее активно обращать внимание на свои физические ощущения или могут менее отчетливо их воспринимать из-за доминирования эмоциональных проявлений. Следовательно, можно предположить, что депрессия и соматизация не являются коморбидными состояниями, а могут лишь указывать на различные формы и степени выраженности депрессии. В практике достаточно часто встречаются ситуации, когда депрессивный аффект менее выражен, а вот соматический радикал проявлен достаточно разнообразно.

Обратная ситуация наблюдается при анализе взаимосвязей между соматизацией и тревожностью, что получилось выявить благодаря опроснику Спилбергера. Он позволяет выявить уровень тревожности в конкретный момент, то есть отследить реакцию на

происходящую ситуацию, а также выявить личностную тревожность, как устойчивую характеристику человека. Как правило, высокая личностная тревожность напрямую связана с наличием психогенного конфликта, невротическими вспышками, аффективными состояниями и психосоматическими заболеваниями. У пациентов учреждения «Стресс» были выявлены наиболее высокие показатели реактивной и личностной тревожности, однако больные из общесоматических центров – тоже. То есть у пациентов всех трех групп, уровень тревожности был или на среднем, или на высоком уровне, вне зависимости от психической патологии. У пациентов без психической патологии реактивная тревожность также была повышенной, но при этом соответствовала умеренному уровню, а личностная была на высоком уровне. По степени выраженности тревожности, и реактивная, и личностная, наблюдались у больных с соматизацией и четко корректировали с умеренной и высокой степенью патологии. Таким образом, можно сделать вывод, что личностная и реактивная тревожность тесно связана с соматизацией.

Данное исследование показало, что соматизация у пациентов общесоматической сети с психическими расстройствами имеет четкую связь с выраженностью депрессии и тревоги.

Влияние травмирующего детского опыта на идентичность

Развитие идентичности – очень важный процесс, благодаря которому у ребенка формируется его личность или, можно сказать, «самость». Происходит это во взаимодействии с первичной группой – обычно это ближайшие родственники, родители, бабушки и дедушки, братья и сестры. Но наиболее ключевой фигурой в развитии идентичности ребенка является – мама. То, как она проявляет свою любовь и заботу, насколько тесен и поддерживающим является этот контакт, играет важную роль в формировании четкой и здоровой идентичности, вообще в целом, в ее формировании. В случае, если у матери имеются неосознаваемые негативные или амбивалентные чувства, то ребенок считывает их на всех уровнях и ввиду эгоцентричности воспринимает их на свой счет, что негативно сказывается на развитие идентичности [163].

Процесс идентификации является базовым, без которого невозможно формирование нормальной психической жизни человека. Считается, что процесс идентичности происходит в течение всей жизни человека, проводя аналогию с построением дома, мы можем заниматься его дизайном, имея фундамент, стены, окна и коммуникации. В жизни мы можем пробовать себя в разных направлениях, увлекаться и учиться новому, тем самым идентифицируя себя с разными новыми группами и т. д., но фундамент закладывается в детстве. По мере взросления, у ребенка становится больше самостоятельности и автономности, но он все равно ощущает чувство первичного единства с миром (мамой), стараясь манипулировать окружающими предметами и людьми, в целях достижения желаемого. В целом, автономия вызывает у ребенка смешанные чувства, возникает страх и зависимость от других людей, при этом он начинает идентифицироваться с новыми объектами окружающей среды. Можно сказать, что на этом этапе формируется вторичный пласт его личности – социальный. Первичный закладывает базу вообще для всего и влияет на психическую активность человека на протяжении всей его жизни. Эти пласти не тождественны между собой, потому что первый говорит нам о единстве с миром, а вторичный – про связь с социумом. Рассмотрим пример, когда ребенок демонстрирует какие-либо творческие способности, то это может говорить о наличии крепкой связи между первичным и вторичным уровнями, так как для проявления творческого потенциала необходимы такие факторы, как психологический комфорт, безопасность и определенное понимание смыслов. Таким образом, теоретики объектных отношений выделяют три основные психологические функции первичной группы и матери: закрытие потребностей ребенка, его защита и формирование безопасности, а также помочь в преодалении фрустраций. При равных прочих, именно обеспечение ребенка этими важными вещами и формирует у него ощущение Я-есть и способствует выстраиванию гибких границ. В противном случае, нарушение Я-идентичности может оказаться негативное влияние по всем направлениям, а также способствовать развитию депрессивного личностного радикала (ДЛР).

ДРЛ – это определенный механизм функционирования внутри психики человека, который может выступить катализатором для развития депрессивных патологий. Для того, чтобы лучше разобраться в специфике механизма депрессивного личностного радикала, разберем литературу, где анализируются такие феномены, как депрессия, меланхолия, депрессивное личностное расстройство и выявим их характерные особенности. Так, например, З. Фрейд в работе «Скорбь и меланхолия» говорит о том, что имея определенные психологические особенности, скорбь может переходить в затяжную меланхолию, при которой у человека теряется связь с реальностью, интерес к внешнему миру, затормаживаются реакции, что в совокупности может привести к тяжелым последствиям: начиная от тяжелых форм депрессии, заканчивая реализацией аутодеструктивного драйва (суицида). Он писал: «Больной изображает свое «Я» мерзким, ни на что не способным, аморальным, он упрекает, ругает себя и ожидает изгнания и наказания» [164]. Что мы видим? Здоровая скорбь и меланхолизм имеют одно существенное различие: при скорби человек теряет краски во внешнем мире, а при меланхолии – блеклым и ужасным становится «Я» человека. Еще один момент, свойственный меланхоликам: за самообвинением часто скрываются обвинения в адрес близких, любимых людей, тем самым его психика старается отомстить первоначальному объекту любви – самому себе. Подобные симптомы перечислены в критериях DSM-IV-TR к депрессивному личностному расстройству, когда у человека доминирует состояние уныния, есть устойчивые убеждения о собственной беспомощности, а также характерны угрызения совести, негативизм и чувство вины. Таким образом, напрашивается вывод о том, что ДЛР проявляется в патологии Super-Ego (жесткое Сверх-Я), а именно: через самонаказание, зацикливание на отрицательных моментах, лабильность и, как следствие, неустойчивые межличностные связи, чувство вины и аутоагgression. Человеку становится не интересен окружающий его мир, нет желания пробовать новое, а в тяжелых формах появляется тяга к самоповреждению и возможность реализации суицидальных эпизодов.

Важно также рассмотреть концепцию гуманопсихической структуры личности, сформулированной Г. Аммоном, в которой

говорится о том, что ДЛР деформирует деструктивный вариант функционирования Я-идентичности. У человека нарушается гибкость границ, что негативно влияет на межличностные коммуникации, а также способствует развитию тревожности, перерастающей в сильное чувство вины. Далее может последовать самонаказание, самоповреждение и, в худшем сценарии – деструктивный драйв. Аммон также подчеркивал важность роли семьи, в особенности матери при формировании Я-идентичности. Именно отношения внутри первичной группы формируют у ребенка гибкую границу между Я и самой группой, а потом и с другими людьми, что позволяет ребенку иметь относительную автономию. А в случае, если между малышом и мамой были деструктивные отношения, в особенности, в первые три года жизни, то это непременно негативно отразится на формировании Я-идентичности (нарциссизм, высокая тревожность, ригидность границ и другие деструктивные характеристики) и впоследствии будет влиять на межличностные отношения. Таким образом, под дисфункциональными отношениями он понимал: «освоенную, ушедшую в бессознательное, конфликтную ситуацию в отношении к преэдипальной матери (и первичной группе), которая на основе собственных неосознанных потребностей не может позволить ребенку ограничение собственной идентичности» [165].

Важно отметить, что такие аспекты, как тревожность и сексуальность, также играют важную роль в формировании идентичности ребенка. Если в первичной группе нет проблем с выражением маскулинного или феминного поведения, то в будущем у по-взрослевшего ребенка будут складываться здоровые сексуальные отношения. Что же касается тревожности, то Аммон выделяет три ее типа, которые потом влияют на стратегии восприятия мира и отношений: конструктивная тревога, которая возникает у ребенка при взаимодействии с окружающим миром и способствует правильному формированию идентичности, деструктивная – если ребенок чувствует направленную на него угрозу со стороны окружающих и дефицитарная тревога, возникающая при «холодных» отношениях между ребенком и первичной группой. Поэтому, в случае деструктивных отношений между ребенком и первичной группой, в особенности мамой, у него могут сформиро-

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

ваться защитные механизмы и ложное «Я», которое при наслаждение на основной, первый пласт, может привести к различным психологическим нарушениям, в том числе сформировать «Я-идентичность» по типу депрессивного личностного радикала.

Влияние перинатального опыта на формирование психики ребенка

На формирование здоровой психики ребенка влияет то, в каком состоянии находилась будущая мама в момент беременности, планировала ли пара ребенка или это произошло случайно, какие эмоции испытывала мама на протяжении всех девяти месяцев, а также как именно проходили роды. Изучением всего этого в психологии занимается отдельное направление – пренатальное.

На текущий момент уже написано множество работ и создано большое количество практических рекомендаций, помогающих молодым родителям в подготовке к появлению ребенка, уходе за ним и воспитании, охраны детства и материнства, а также психологическое сопровождение перинатальной утраты. В этом плане исследований на тему влияния пренатального периода на характер и психологическую картину человека в разы меньше, что подтверждает актуальность в необходимости таковых. Одними из самых известных ученых-психологов, изучающих влияние перинатального периода на характер человека являются С. Гроф, разработавший теорию базовых пренатальных матриц, А. Бертин, который рассматривал возможность внутриутробного воспитания ребенка, О. Ранк, утверждающий, что роды являются «основной травмой» рождения, так как изгоняют плод из материнского чрева и С. Фанти – родоначальник микропсихоанализа. А в XX веке бурное развитие получила генетика, в ходе изучения которой, ученые пришли к выводу, что гены хранят в себе не только память о структуре человека, но и психологическую структуру предшествующих поколений.

Что же понимается под пренатальным периодом? Это время от зачатия ребенка до его рождения. Этот период предопределяет то, как будет развиваться вся последующая жизнь человека, и несмотря на то, что развитие плода происходит в конкретном месте – матке, будущий ребенок преодолевает несколько этапов: герминальный, эмбриональный и фетальный. Все это время окру-

жающая среда активно влияет на развитие плода: начиная от самочувствия обоих родителей, здоровья и наличия у них вредных привычек, заканчивая их материальным положением. И все это оказывается на успешности прохождения пренатального периода. Несмотря на то, что роды обусловлены генетически запрограммированной последовательностью событий, на их процесс влияют такие факторы, как культура, исторический контекст и семейные ценности, ведь даже в современном мире в разных странах, не говоря уже о национальностях и континентах, происходят по-разному [166]. В перинатальном периоде, ребенок постоянно находится в развитии, но они происходят не от внешнему к внутреннему, а наоборот – формируются психические явления, а потом, когда происходят простые внешние действия, они руководствуются уже теми психическими явлениями, возникшими ранее. Таким образом, можно сделать вывод, что общее психическое развитие в онтогенезе осуществляется на основе постоянного взаимодействия внешнего и внутреннего.

Американский психолог С. Гроф в результате исследований предложил классификацию базовых перинатальных матриц (БМП) [167]. В основе матрицы располагается классификация, основанная на системе конденсированного опыта (СКО), под которой понимается особое сгущение воспоминаний, которое состоит из опыта разных жизненных периодов человека. По сути, каждая из матриц имеет похожую основную тему с определенным эмоциональным зарядом, таким образом в нашем бессознательном образуются устойчивые патологические образования на базе первоначальных психотравм [168]. Классификация БПМ включает четыре основные матрицы: матрица наивности – это период от зачатия до первых схваток, хранящий опыт симбиотического единства плода с материнским организмом, и, при благоприятном исходе отображается в оптимизме человека, эмпатичности, умении принимать и давать любовь, а также стимулирует человека к развитию и росту; матрица жертвы фиксирует период с момента начала схваток и к полному раскрытию шейки матки, характеризующийся для ребенка как период нарастающей тревоги и, если данный период проходит успешно, то у человека закладывается уверенность в том, что он сможет преодолевать сложные ситуации и находить из

них выход; период потуг и прохождения плода через родовые пути – это матрица борьбы, когда ребенок подвержен сильному давлению и механическими сдавливаниями, преодолевая их, в нем закладываются лидерские качества и уверенность; четвертая матрица – матрица свободы, период с рождения до седьмого дня жизни ребенка, когда период борьбы за жизнь подходит к концу, мальыш наконец-таки видит яркий свет, и от успешности прохождения этого периода зависит способность человека доводить начатое до конца, получать удовольствие от сделанной работы.

Уже давно выдвигаются гипотезы, что дети, рожденные при помощи кесарева сечения и те, кто родился естественным путем, имеют существенные различия в психике и характере. С. Гроф предположил, что с ростом популярности кесарева сечения, находит совершенно другое общество в будущем, эти люди будут менее адаптированы к тому, чтобы давать отпор внешней среде, добиваться целей и бороться за жизненные блага.

В Санкт-Петербурге было проведено исследование, в ходе которого была собрана группа учеников 6–9 классов. Это подростки от 13 до 17 лет, всего – 50 человек, 25 из которых рождены естественным путем (контрольная группа), остальные 25 – путем кесарева сечения (экспериментальная группа). Целью исследования стало определение степени особенности влияния пренатального периода на характер человека. В исследовании были использованы следующие методики: опросник структуры темперамента Руслова (Д-ОСТ) [169], опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) [170], опросник уровня агрессивности Басса-Дарки [171], цветовой тест Люшера [172]. В ходе исследований оценивались коммуникативные аспекты подростков, локус контроля в ситуациях достижения и неудачи, агрессивные реакции, а также наиболее устойчивые черты личности подростков.

В результате исследования, особое различие можно было наблюдать в том, что в контрольной группе выявлены более высокие показатели физической агрессии и негативизма, в отличии от детей, рожденных кесарево сечением: у них более высокие показатели социального темпа, но ниже показатели эмоциональности и предметной эргичности. Можно сделать вывод, что подростки из экспериментальной группы более чувствительны в

коммуникациях, что может выражаться в сенситивности при неудаче в общении, при этом они быстрее говорят, при этом менее «включены» в сам разговор. Они внутренне более спокойны по сравнению с детьми из контрольной группы. Подросткам, рожденным с помощью кесарева сечения свойственны переживания, желание отгородиться от внешних раздражителей, выстроить защиту и барьер, пассивность и инертность в когнитивной сфере, усталость – все это может говорить о некоей сдержанности и стремлении к внутреннему самоконтролю. Подобные результаты могут говорить о том, что дети из экспериментальной группы достаточно быстро теряют интерес к работе и учебы, что фактически можно отнести к последствиям отсутствия прохождения через родовые пути при рождении.

Перечисленные явления и обобщения могут говорить о том, что характер родоразрешения может оказывать влияние на формирование черт характера и психики человека, так как меняется ход прохождения перинатальных матриц. Также стоит учитывать тот фактор, что операция кесарево сечения зачастую происходит в экстренных случаях и, соответственно, отношение родителей к таким детям может носить иной характер – более лояльный, заботливый и лишенный давления. Стоит отметить, что данная область философии и психологии имеет невероятный потенциал, ведь сомневаться в влиянии пренатального внутриутробного развития на формирование психики и характера не предоставляется возможным. Вышеописанное исследование лишь «приоткрывает завесу» над загадкой данного влияния, что открывает безграничные возможности для изучения особенностей пренатального периода развития человека.

Влияние детства на формирование ребенка

Психическое и физическое здоровье будущего поколения – это одна из приоритетных задач человечества, поэтому в современном мире набирает известность исследование взаимосвязей между перинатальным периодом и жизнью человека, его психикой и здоровьем на протяжении развития и взросления. Существует ряд проблем, с которым мы уже сталкиваемся не только в своей стране, но и по всему миру: снижение демографии, экономическая и политическая нестабильность, изменение семейных ценностей и стереоти-

пов в обществе. Задачу по разрешению вышеперечисленных трудностей включили в Концепцию демографического развития РФ, в рамках которой до 2025 года планируется укрепление репродуктивного здоровья населения. Важно понимать, что для решения данных проблем, необходимо разбираться в вопросе психологического благополучия женщин в целом, так как здоровье и гармоничное развитие ребенка во многом зависит именно от него [178].

С момента зачатия и до рождения закладывается фундамент для будущего психологического и физического развития ребенка, а также формируются отношения между матерью и ее чадом. Этот период называют перинатальным, когда из маленькой клетки вырастает целый организм, обладающий определенными способностями. тогда и закладываются когнитивные и личностные особенности малыша. Напрашивается вывод, что женщина, в период планирования беременности и ее наступлении, нуждается не только в медицинском сопровождении, но и психологическом, чтобы полноценно подготовиться к беременности, родам, грудному вскармливанию и правильному взаимодействию с ребенком. Все это не только является профилактикой психоэмоциональных нарушений у матери, но и предотвращает развитие различных психических расстройств у детей. Поскольку мы наблюдаем некоторые проблемы в репродуктивной сфере, в частности с сохранением репродуктивного здоровья, к решению необходимо подходить комплексно, задействовать психологов, психотерапевтов, педиатров, неврологов и др. Развитие перинатальной психологии и медицины – это будущее, которое необходимо начинать уже в настоящем.

В современном мире наблюдается рост количества бесплодных браков. Решением этой проблемы занимается отдельная область медицины – репродуктология, в рамках которой были созданы вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), самой известной и эффективной из которых является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). В России данная процедура стала доступна с 1986 года, а на данный момент ЭКО включено в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и финансируется в рамках ОМС (обязательного медицинского страхования). Благодаря этому большое количество людей, ранее обреченные на бездетность, получили возмож-

ность зачать и родить ребенка [179]. Остается необходимым выявлять случаи, когда у пары не получается зачать ребенка естественным путем и оказать им необходимую помощь. Важно понимать, что в основе бесплодия часто лежат именно психологические причины, в том числе наличие дисгармоничных отношений между партнерами, что провоцирует стресс. Это мешает зачать ребенка и лечить бесплодие у пары [180].

В ходе ряда исследований было выявлено, что особенности зачатия оказывают влияние на развитие психики и личности ребенка. Под особенностями зачатия имеется в виду в том числе и способ: естественное зачатие или ЭКО. По некоторым данным, у детей, зачатых экстракорпоральным путем, наблюдаются некоторые особенности, а именно снижается уровень общения и близости с матерью, выявляется более низкий уровень интеллекта, менее развиты моторные навыки, имеются поведенческие проблемы и снижаются академические способности [181; 182]. Ученые Punamäki R. L., Tiitinen A., Lindblom J. [183] провели исследование, в котором сравнивали психологические и иные различия не только с учетом способа зачатия, но и пола ребенка. Так, у девочек, рожденных при помощи ЭКО, был выявлен более высокий уровень когнитивных нарушений, чем у девочек, зачатых естественным путем. У мальчиков, зачатых экстракорпорально, выявлен более низкий уровень когнитивных нарушений. В ряде иных исследований не было обнаружено особенностей развития речи, развития когнитивной и поведенческой сферы детей (до 4 лет) между детьми, зачатыми разными способами, однако была выявлена отрицательная связь между бесплодием и когнитивным развитием и поведением.

В другом исследовании, проведенным Schendelaar P., La Bastide-Van Gemert S., Heineman M. J. было обнаружено следующее: не ЭКО, само по себе, является угрозой для психического развития ребенка, как недоношенность, раннее прекращение грудного вскармливания и степень бесплодия [184]. Была обнаружена прямая связь между степенью бесплодия и познавательными способностями детей до 4 лет и отрицательная взаимосвязь между психическими проблемами ребенка и проблемами зачатия, в особенности учитывался возраст матери и уровень ее образования.

ния на момент зачатия [185]. В ряде исследований ученых Levy-Shiff, Colpin и Soenen [186] были обнаружены выводы о том, что у детей, рожденных с помощью ЭКО, наблюдались проблемы с социально-эмоциональным развитием и их можно было охарактеризовать как более агрессивных. Особенно это касалось детей, чьи родители прибегли к экстракорпоральному оплодотворению в более зрелом возрасте. При этом не было обнаружено различий в интеллектуальных способностях [187; 188], а вот речевое и моторное развитие младенцев ЭКО запаздывало, в отличии от детей, зачатых естественным путем [189]. А в результатах исследований В. А. Печениной говорится о нарушениях в речевом развитии у ЭКО-детей, а также более высокий уровень тревожности, импульсивности и эмоционально-волевой незрелости [190].

В единственном на данный момент, исследовании в России по изучению психических особенностей ЭКО-детей, которое провели М. Е. Ланцбург и Е. В. Соловьева было выявлено, что значимых различий в познавательном развитии не обнаружено. Оно проводилось с участием 135 детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения, и 135 детей, зачатых естественным путем, средний возраст которых – 19 месяцев. Ученые пришли к выводам, что принципиального различия в познавательном развитии не обнаружено, однако среди детей тех родителей, кто предпринимал от 4 до 9 попыток ЭКО, было замечено снижение в данном развитии. Таким образом, длительное бесплодие является серьезным фактором риска, а также стоит взять во внимание тот факт, что возраст матерей, рожающих в результате 4–9 попыток ЭКО, как правило, выше, чем возраст рожениц в группе 1–3 попыток ЭКО [191].

Еще Зигмунд Фрейд подчеркивал то, что на новорожденного обрушивается большое количество стимулов, в то время как мальчик еще не способен их переработать. Его последователь О. Ранк говорил о «травме рождения», как о центральном факторе в последующем развитии личности [192]. Роды, как ключевой процесс в формировании психики человека, исследовал чешский психолог С. Гроф [193].

В то время как роды являются естественным физиологическим рефлекторным процессом, очень многие женщины испытывают

сильнейший стресс во время их проживания, опять же, это говорит о необходимости подготовки к данному процессу, что положительно влияет на течение родов, а также формирует позитивное отношение к материнству [194]. Во время родов и сопровождающему его родовому стрессу происходит подготовка малыша к внеутробному существованию. Помимо физиологических изменений происходит формирование психики и сознания человека [195].

В современном мире активно развивается понятие «современные перинатальные технологии» (СПТ), к которым относится: физиологическое ведение родов с минимальным вмешательством, партнерские роды, индивидуальные родовые залы, ранний неограниченный контакт матери и ребенка, а также их совместное пребывание в послеродовой палате. Все это делается для создания условий «естественных» родов, что оказывает положительное влияние на психологическое и физиологическое состояние как матери, так и ребенка и способствует его более гармоничному развитию [196]. Помимо развития условий проведения родов, развивается и способ рождения и вот, все чаще женщины выбирают метод кесарево сечения. В Европе давно наблюдается рост рождаемости именно с помощью кесарева сечения, Россия тоже не отстает: по последним данным, примерно 25%-30% родов заканчиваются именно так. К сожалению, данный метод используется не только по назначению – учитывая, что вырос возраст, когда женщины рожают первого ребенка (после 30), с этим растет и число страдающих различными заболеваниями, такими как диабет, пиелонефрит, сердечно-сосудистые заболевания и т.д. и тогда данный метод жизненно необходим, но кесарево сечение выбирают женщины как более безболезненный, быстрый и безопасный способ родов. Согласно исследованиям, кесарево сечение вызывает нервно-психическую и интеллектуальную депривацию у ребенка, так как не происходит подготовка ребенка к переходу во внеутробное существование, которые впоследствии достаточно трудно поддаются коррекции [197; 198]. В результатах исследований Т. Г. Горячевой, А. В. Сафонкиной-Лозинской (2010), Э.М. Цыбеловой (2009), Д. Г. Германа (2008), А. С. Султановой (2005), Е. А. Кошелевой (1997) говорится о том, что у детей, рожденных с помощью кесарево сечения, имеются проблемы с формированием

кинестетической чувствительности, вниманием, речью, пространственным мышлением, правополушарной переработкой визуальной информации [199–205]. В исследовании И. В. Зелениной (2016) было обнаружено, что уровень восприятия, мышления, речи, внимания и вербального воображения у детей, рожденных с помощью кесарево сечения ниже, чем у детей, рожденных естественным путем. Исследование проходило на группе детей 7 лет [206]. Похожие выводы можно увидеть в исследованиях Ю. В. Ревякиной и И. В. Ярославцевой (2015), они также отмечают более высокую истощаемость процессов внимания у детей, рожденных не естественными родами. Они также выявили, что у этих детей более ярко выражена импульсивность, несдержанность, неуверенность, недостаточная мотивация на успех, а также в 40% случаях наблюдается безразличие ко всему новому в сочетании с эмоциональной возбудимостью [207]. По мнению Е. А. Стребелевой и А. В. Лозинской, дети, рожденные с помощью кесарева сечения, нуждаются в профилактической помощи, чтобы предотвратить возможное появление клинических форм отклонений в психическом развитии [208; 209].

Таким образом, можно сделать вывод, что на развитие ребенка оказывает влияние огромное количество факторов: перинатальные (зачатие, психическое состояние беременной женщины, условия протекания беременности, родов и послеродового периода), способ рождения (естественные роды готовят ребенка к внеутробному существованию, что положительно влияет на его психологическое и физиологическое состояние в отличие от процедуры кесарево сечения), осведомленность и подготовка женщины к родам, а также способ зачатия ребенка.

Выводы

Перинатальный опыт оказывает прямое влияние на процессы внутриутробного развития и созревания плода, на роды, а также будущее психическое и соматическое здоровье ребенка после рождения. Перенесенный стрессовый опыт в любой форме оказывает эпигенетическое влияние на организм, провоцируя нейробиологическую перестройку электрохимической активности тканей головного мозга. В будущем подобный опыт может лечь в основу дисбаланса вегетативной нервной системы, а также стать

предпосылкой для формирования депрессивного радикала уже во взрослом возрасте.

Подавляющее число соматических вегетативных расстройств имеют прямую связь с тревожностью и депрессией. Что усложняет процесс монолекарственной терапии с применением антидепрессантов, а ведущим методом психокоррекции является психологический и психотерапевтический подходы. Кроме того, определено:

- влияние перинатальных условий: неблагоприятные условия в период перинатального развития, такие как стресс матери, гипоксия (недостаток кислорода) и низкий вес при рождении, могут оказывать значительное влияние на развитие нервной системы. Эти факторы могут предрасполагать к различным психическим расстройствам в будущем.

- изменения в нервной системе: перинатальный стресс может вызывать изменения в нейронных сетях, которые отвечают за регуляцию стресса. Это, в свою очередь, может увеличить риск развития тревожных расстройств. Такие изменения могут сохраняться на протяжении всей жизни, затрудняя адаптацию к стрессовым ситуациям.

- генетические и эпигенетические факторы: генетика и эпигенетика играют важную роль в предрасположенности к тревожным расстройствам. Эпигенетические изменения, возникающие в результате перинатального стресса, могут передаваться по наследству, что подтверждается генетическими исследованиями. Это открывает новые горизонты для понимания наследуемости психических расстройств.

- эмоциональные реакции и здоровье: негативные эмоциональные реакции, возникающие в результате перинатального стресса, могут ухудшать общее состояние здоровья, способствуя развитию различных заболеваний. Это подчеркивает важность эмоционального состояния матери в период беременности для здоровья как матери, так и ребенка.

Перинатальные факторы – материнский стресс/тревога, осложнения беременности и родов, гипоксия, недоношенность, низкая масса при рождении, особенности родоразрешения – ассоциированы с долговременной перестройкой стресс-реактивности и автономной регуляции. Показано «программирование» гиперактивной ГГН-оси, снижение вагусной модуляции (по прокси показате-

лям), рост поведенческой и соматовегетативной тревожности, что в подростково-взрослом возрасте связано с повышенными рисками тревожно-депрессивных состояний и соматоформной дисфункции ВНС. Растёт массив данных об эпигенетических метках, связывающих перинатальный стресс с последующей уязвимостью к аффективным расстройствам, а также о значении ранней сенсорно-эмоциональной среды (контакт «кожа-к-коже», грудное вскармливание, качество первичной привязанности).

Что остается малоизученным. Недостаточно данных о прямой связи конкретных перинатальных экспозиций с формированием депрессивного личностного радикала как устойчивого личностного паттерна (вне клинических эпизодов). Ограничено число работ, моделирующих совместное влияние перинатального неблагополучия и последующих ТДО (кумуляция/синергия риск-факторов) на траектории аффективной регуляции. Недостаточно изучены:

- роль вегетативной дисфункции как медиатора перинатальный риск → ДЛР;
- модераторы (пол, SES, семейная поддержка, материнская чувствительность и эмоциональный интеллект);
- защитные факторы (качество ранней привязанности, грудное вскармливание, перинатальные психопросветительские вмешательства);
- культурно-специфические аспекты в русскоязычной популяции с валидированными инструментами.

Понимание влияния перинатальных факторов на психическое здоровье открывает новые возможности для разработки методов профилактики психических расстройств. Просветительская работа среди врачей, психологов и будущих мам необходима для того, чтобы поднимать темы о тревожности, депрессии и обязательной охране материнства в нашей стране.

Глава 3. РОЛЬ КОНЦЕПЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕСУРСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Эмоциональный интеллект (ЭИ) относится к способности человека понимать, управлять и выражать свои эмоции, в том числе использовать навык ауторегуляции для управления негативными переживаниями и ментальными мыслительными процессами. Развитие эмоционального интеллекта является необходимой частью психогигиены современного человека, и в первую очередь направлено на повышение уровня стрессоустойчивости и самосознания личности. Навык ауторегуляции представляет собой многокомпонентную процедуру самосознания, самонаблюдения, самопознания и самоанализа, и в результате обеспечивает возможность аутоуправления собственным психическими и эмоциональными состояниями за счет развития интроспекции.

Ресурсная терапия является универсальным методом коррекции и восстановления нарушенного функционирования психических и физических составляющих здоровья человека, поскольку работает с причинами, а не со следствиями болезни, и объединяет психогенные состояния. Причины различного рода дисфункций психики и организма часто кроются в детском жизненном опыте (вплоть до перинатального периода), семейных отношениях и образе жизни (качестве жизни) [210]. После предварительной диагностики и последующей психоэмоциональной коррекции метод ресурсной терапии обеспечивает развитие ресурсного потенциала, который человек способен использовать для активации процессов автоворовстановления, как психического (после перенесенных травм, например) так и физического (за счет осознания мотивации к выздоровлению и возвращению к активной жизни).

Ресурсный подход в психотерапии – результат интеграции психологической науки в медицину и потребности в методах помощи, позволяющих пациентам саморазвиваться и активно участвовать в терапевтическом процессе. Любое патологическое состояние организма – это не только физическое, но и психологическое страдание, не только биологическое, но и социальное явление. Современный клиницист должен понимать психологию пациента, учитывать его отношение к болезни, его личностные качества и возможности. Важно выяснить, какие психофизиологические ре-

сурсы были сформированы, какие триггеры были запущены и какие патологические воздействия испытывал пациент с момента рождения до начала заболевания, понять историю возникновения патологии [211]. Ресурсная терапия, объединяя в себе несколько направлений работы с пациентом, позволяет обеспечить для него комплексный подход.

Процесс развития ресурсного потенциала строится также на овладении навыком управления эмоциональным интеллектом, концепция которого лежит в основе ресурсной терапии. Аутоанаблюдение за эмоциональным состоянием, распознавание и понимание собственных эмоций является первым шагом к началу осознанного управления психоэмоциональными процессами. Это необходимо не только для социального и личностного развития, но в первую очередь является необходимой потребностью при наличии у человека негативного детского опыта, сформированной внутренней картины болезни, при наличии психосоматических патологий и т. д. Через развитие навыка управления эмоциями человек становится более комплаентным, ответственно подходит к процессу терапии и в процессе работы приобретает способности к самовосстановлению.

История развития эмоционального интеллекта

Эмоциональный интеллект (ЭИ) – это способность человека эффективно управлять своими эмоциями и эмоциональными реакциями, понимать и управлять эмоциями других людей, а также использовать эти знания в межличностных отношениях и в повседневных ситуациях. Идея умения управлять своими эмоциями и чувствами не нова: ее можно найти в философии древней Греции. Например, учение Сократа об этике включало в себя элементы контроля над эмоциями, а у Аристотеля была создана теория о том, как эмоции и разум взаимодействуют в решении проблем.

Факторы, подпадающие под «Эмоциональный интеллект», впервые обсуждались в разделе «Социальный интеллект» – термин, с которым «Эмоциональный интеллект» позже объединился, чтобы сформировать всеобъемлющий термин – «Эмоциональный и социальный интеллект». Термин «социальный интеллект» впервые упоминается в 1909 году в работах Джона Дьюи, философа-педагога. Он определил социальный интеллект как «способность

наблюдать и понимать социальные ситуации» в «Моральных принципах в образовании».

После этого Эдвард Торндайк использовал термин «Социальный интеллект» в 1920 году в статье «Интеллект и его использование» в ежемесячном журнале Harper's. Для человека, которому поначалу не нравился его первый курс психологии, стать отцом современной педагогической психологии, должно быть, было интересным путешествием. Его интерес к психологии возрос после прочтения классической книги Уильяма Джеймса «Принципы психологии». Торндайк, профессор педагогической психологии Колумбийского университета, определил это как «способность понимать и управлять мужчинами и женщинами, мальчиками и девочками, действовать мудро в человеческих отношениях» [212].

Затем, в 1940-х годах, исследователь Дэвид Векслер признал влияние множества факторов на интеллектуальное поведение и предположил, что модели интеллекта будут неполными, пока все эти факторы не будут полностью изучены. Он определил интеллект как «совокупную или глобальную способность человека действовать целенаправленно, рационально мыслить и эффективно взаимодействовать с окружающей средой». Он решительно говорил о «неинтеллектуальных» элементах – аффективных, личных и социальных – которые необходимы для прогнозирования способности человека добиться успеха в жизни.

В то время как эти исследователи готовили почву для концепции этого термина, первое упоминание термина «эмоциональный интеллект» приписывают Майклу Белдоху, клиническому профессору психологии в психиатрии Корнелльского университета, который придумал этот термин для исследовательской работы 1964 года. «Чувствительность к выражению эмоционального значения в трех способах общения». Впоследствии оно появилось в 1966 году в статье немецкого психиатра Ханскарла Лейнера под названием «Эмоциональный интеллект и эмансиpация», опубликованной в психотерапевтическом журнале «Практика детской психологии и детской психиатрии».

Следующим поворотным моментом на пути «Эмоционального интеллекта» стал Говард Гарднер. В 1983 году Гарднер рассказал о теории множественного интеллекта в своей книге «Структуры разума» (хотя семена этой концепции уже были в его книге 1975 года «Разрушенный разум»). В группе из семи Гарднер обсудил два

«личных интеллекта», масштаб которых поразительно похож на «эмоциональный и социальный интеллект». Этими двумя личными интеллектами были внутриличностный интеллект – способность получать доступ к собственным чувствам и использовать их; и межличностный интеллект – способность замечать и различать настроения, темпераменты, мотивацию и намерения других людей.

Научные исследования в области эмоционального интеллекта начались в середине 1990-х годов. Сам термин «эмоциональный интеллект» был введен психологом Даниэлем Гоуменом [213] и писателем Джоном Майером в 1990 году [214]. Это было первое серьезное академическое исследование этого термина, поскольку они сосредоточили внимание на наборе способностей, а не черт. В своей модели Майер и Саловей обсуждали эмоциональный интеллект с точки зрения четырех ветвей: восприятия, идентификации, оценки и выражения эмоций; Использование эмоций для облегчения мышления; Понимание и понимание эмоций; Рефлексивная регуляция и управление эмоциями.

Затем, в 1990-х годах, произошло событие, ставшее переломным в истории эмоционального интеллекта, психолог и научный обозреватель New York Times Дэниел Гоулман, знавший о работе Майера и Салови, попросил у них разрешения позаимствовать их модель и использовать название «Эмоциональный интеллект» для книги. Ранее Гоулман [215] написал две книги и вел регулярную колонку для непрофессиональных читателей по психологии в «Нью-Йорк Таймс». Его определение ЭИ включало в себя пять компонентов: осознание эмоций, управление эмоциями, мотивация, эмпатия и социальные навыки. С тех пор понятие ЭИ получило широкое распространение среди ученых, специалистов по управлению и психологов.

Концепция EQ была популяризована Дэниелом Гоулманом в его публикации 1995 года «Эмоциональный интеллект: почему он может иметь большее значение, чем IQ» [216]. Гоулман описал эмоциональный интеллект как состоящий из пяти частей:

- самосознание: осознание своих настроений и эмоций и их влияния на других;
- саморегуляция: использование эмоциональных знаний для предотвращения импульсивного поведения, вызванного настроением или эмоциями;

- внутренняя мотивация: действия или принятие решений в результате внутреннего побуждения (а не ради немедленного вознаграждения, такого как денежная выгода). Это стремление может быть основано на оптимизме, любопытстве, амбициях или личных идеалах;
- эмпатия: понимание эмоций других и использование этих знаний, чтобы реагировать на поведение людей в зависимости от их эмоционального состояния;
- социальные навыки: использование эмоционального интеллекта для установления прочных отношений и облегчения взаимодействия с окружающими людьми.

Сегодня много исследований проводится для того, чтобы понять, как улучшить и развивать свой ЭИ. Оказалось, что развитие ЭИ может улучшить качество межличностных отношений, помочь лучше управлять своими эмоциями в стрессовых ситуациях и повысить удовлетворенность жизнью.

Существует множество теорий и подходов к изучению эмоционального интеллекта. Одна из наиболее известных – теория Майера и Саловея, которая определяет, что эмоциональный интеллект состоит из пяти компонентов: самоосознание эмоций, управление эмоциями, мотивация, эмпатия и умение устанавливать отношения.

Научные исследования показывают, что высокий уровень эмоционального интеллекта связан с более успешной адаптацией к жизненным обстоятельствам, лучшими межличностными отношениями и большей производительностью в работе. В то же время, низкий уровень эмоционального интеллекта может приводить к проблемам в межличностных отношениях, низкой самооценке и трудностям в адаптации к изменяющимся условиям жизни.

Научные исследования показывают, что люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта обычно лучше умеют взаимодействовать с другими людьми и устанавливать лучшие межличностные отношения. Они лучше понимают эмоциональные потребности других, приспосабливаются к их эмоциональному состоянию и выражают свои эмоции более эффективно.

Кроме того, некоторые исследования показывают, что эмоциональный интеллект может быть обучаемым навыком, который можно развивать через специальные тренинги и упражнения,

направленные на улучшение понимания, управления и выражения эмоций. В современной психологии признаны две основные модели понимания эмоционального интеллекта: модель способностей и смешанная модель. Смешанная модель (Реувен Бар-ОН) предполагает, что эмоциональный интеллект – это совокупность психических и личностных качеств [217].

Определение эмоционального интеллекта, данное Бар-ОН, звучит так: «Эмоциональный интеллект – это совокупность некогнитивных способностей, компетенций и навыков, которые влияют на способность человека успешно справляться с требованиями и давлением окружающей среды». Бар-ОН выделил пять широких областей знаний и определил специфические навыки, необходимые для успешной работы в каждой из них. Его концепция эмоционального интеллекта включает в себя самопознание (наблюдение за собой, самооценка, самореализация, независимость и распознавание эмоций); способности к межличностному общению (эмпатия, социальная ответственность и понимание); управление стрессом (устойчивость к стрессу, контроль и управление импульсами); адаптивность (решение проблем, оценка реальности и приспособляемость); преобладающее настроение (оптимизм и счастье).

Эмоциональный интеллект – молодая наука, и некоторые даже утверждают, что она еще не полностью определена. В настоящее время проводится множество исследований и исследовательских усилий, которые помогут нам лучше понять определения, применение и значение эмоционального интеллекта. По мере того, как результаты этих исследований будут опубликованы в течение следующих нескольких десятилетий, наше понимание и возможности в области эмоционального интеллекта будут расти. В целом, эмоциональный интеллект играет важную роль в межличностных отношениях и общении, и его развитие может помочь улучшить качество взаимодействия с другими людьми.

Эмоциональный интеллект сегодня

Эмоциональный интеллект – это способность воспринимать, использовать, понимать, управлять эмоциями и управлять ими. Люди с высоким эмоциональным интеллектом могут распознавать свои собственные эмоции и эмоции других, использовать эмоциональную информацию для управления мышлением и поведением,

различать различные чувства и соответствующим образом называть их, а также корректировать эмоции для адаптации к окружающей среде.

Эмоциональный интеллект играет важную роль не только в социальном развитии человека, но и напрямую связан с его психическим и физическим здоровьем как за счет осознанного управления стрессом, так и за счет последовательного закрепления навыка психической ауторегуляции [218].

Исследования показывают [219–221], что определенные состояния психического здоровья связаны с более низким уровнем эмоционального интеллекта.

1. Пограничная личность (ПРЛ) может указывать на повышенную чувствительность к выражению эмоций. Тем не менее, людям с ПРЛ часто трудно обозначить эти чувства и их значения. У них также меньше навыков в регулировании собственных эмоций.

2. Депрессия часто связана с более низкими показателями EQ. Человек с депрессией может быть менее чувствителен к изменению эмоционального контекста. Таким образом, они могут застрять в предвзятости негатива.

3. Социальная тревога иногда может быть связана с низким EQ. Человек может бояться разговаривать с другими из-за своих низких социальных навыков. Они могут воспринимать нейтральные выражения как враждебные, что приводит к неправильной интерпретации социальных сигналов.

4. Злоупотребление психоактивными веществами также может привести к серьезному дефициту всех аспектов эмоционального интеллекта. По сравнению с вышеперечисленными состояниями, злоупотребление психоактивными веществами часто вызывает самые серьезные нарушения эмоционального восприятия и регуляции.

Обзор, опубликованный в «Ежегодном обзоре психологии» в 2008 г. [222], показал, что более высокий эмоциональный интеллект положительно коррелирует с:

- улучшением социальных отношений у детей. Среди детей и подростков эмоциональный интеллект положительно коррелирует с хорошими социальными взаимодействиями и отношениями и отрицательно коррелирует с отклонениями от социальных норм и антисоциальным поведением, измеренным как в школе, так и за ее

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

пределами, по сообщениям самих детей, их собственных члены семьи и их учителя;

- улучшением социальных отношений у взрослых. Высокий эмоциональный интеллект среди взрослых коррелирует с лучшим самовосприятием социальных способностей и более успешными межличностными отношениями с меньшим количеством межличностной агрессии и проблем;

- люди с высоким эмоциональным интеллектом воспринимаются другими более позитивно. Другие люди воспринимают людей с высоким эмоциональным интеллектом как более приятных, социально опытных и эмпатичных;

- более высокие академические достижения – эмоциональный интеллект коррелирует с более высокими академическими достижениями, как сообщают учителя, но, как правило, не с более высокими оценками, если принять во внимание фактор IQ;

- лучшая социальная динамика на работе, а также лучшие способности к ведению переговоров;

- лучшее благосостояние. Эмоциональный интеллект положительно коррелирует с более высокой удовлетворенностью жизнью и самооценкой, а также с более низким уровнем неуверенности или депрессии. Это также отрицательно коррелирует с плохим выбором здоровья и поведением;

- эмоционально развитые люди с большей вероятностью лучше понимают себя и принимают осознанные решения, основанные на эмоциях и логическом обосновании. В целом это приводит человека к самореализации.

«Метааналитическое исследование связи между эмоциональным интеллектом и здоровьем», проведенное Шютте и другими исследованиями в 2007 г. [223] обнаружило, что эмоциональный интеллект связан с улучшением психического и физического здоровья. В частности, черта ЭИ имела более сильную связь с психическим и физическим здоровьем. Метаанализ было повторно проведен в 2010 году исследователем Александрой Мартинс [224], которая обнаружила, что уровень развития эмоционального интеллекта является сильным предиктором здоровья после проведения метаанализа, основанного на 105 размерах эффекта и 19 815 участниках. Этот метаанализ также показал, что это направление исследований достигло достаточной

предсказуемости наблюдения и стабильности, чтобы сделать вывод, что эмоциональный интеллект является положительным предиктором здоровья.

В 2021 году в двух обзорных статьях рассматривалась связь между эмоциональным интеллектом и темной триадой черт личности (нарциссизм, макиавеллизм (склонность к манипуляциям) и психопатия) [225]. Это исследование показало, что эмоциональный интеллект демонстрирует негативные ассоциации со всеми тремя областями темной триады личности. Из четырех ветвей способностей эмоционального интеллекта наибольшее влияние оказало управление эмоциями (по сравнению с восприятием, использованием или пониманием эмоций) и психопатия (по сравнению с нарциссизмом или макиавеллизмом). Два разных аспекта нарциссизма демонстрируют разные отношения с эмоциональным интеллектом. Уязвимый нарциссизм (характеризующийся тревогой и хрупкой самооценкой) был связан с более низким эмоциональным интеллектом. Однако грандиозный нарциссизм (характеризующийся самоуверенностью, доминированием и раздутым чувством эго) связан с более высоким уровнем эмоционального интеллекта. Это указывает на то, что не всем «негативным» личностям недостает эмоционального интеллекта.

Метаанализ 2021 года показал, что эмоциональный интеллект связан с надежной привязанностью у взрослых, но отрицательно связан с ненадежными стилями привязанности, такими как тревожная привязанность и избегающая привязанность [226]. Корреляции с тревожной привязанностью и избегающей привязанностью были значимыми как для самооценки уровня развития эмоционального интеллекта, так и для рейтинговых шкал. Авторы предполагают, что раннее развитие стилей привязанности может способствовать (или препятствовать) развитию эмоциональных способностей и черт, связанных с эмоциональным интеллектом.

В настоящее время исследования эмоционального интеллекта непрерывно продолжаются по всему миру. Ученые и исследователи стремятся прийти к консенсусу в определении, методах диагностики и четкости позиционирования эмоционального интеллекта в современной психологии.

Концепция эмоционального интеллекта

Эмоции – это объект изучения в научной психологии и нейрофизиологии. Эмоции являются комплексными психическими состояниями, которые включают в себя физиологические, когнитивные и поведенческие аспекты. Научная психология стремится понять природу эмоций, их возникновение, выражение и влияние на поведение и психическое состояние человека.

Существует несколько теорий, объясняющих эмоции. Одна из самых известных теорий – это двухфакторная теория эмоций Шахтера-Сингера [227]. Согласно этой теории, эмоциональный опыт состоит из физиологической реакции и когнитивной оценки этой реакции. Например, если мы испытываем физиологическое возбуждение (быстрый пульс, повышенное дыхание) и при этом считаем, что это возбуждение вызвано страхом или восторгом (когнитивная оценка), мы будем испытывать соответствующую эмоцию.

Одним из основных компонентов этой теории является взаимодействие между физическим возбуждением и когнитивной идентификацией этого возбуждения. Согласно теории эмоций Шахтера-Зингера, чтобы почувствовать эмоцию, человек должен одновременно почувствовать физиологическое возбуждение и обозначить это возбуждение. В этом контексте физиологическое возбуждение описывает физические процессы в организме, такие как учащенное сердцебиение, потоотделение, дрожь, покраснение или бледность.

Также существуют другие теории эмоций, такие как теория Джеймса-Ланге, теория Кэннона-Барда и теория американского Пола Экмана, который исследовал универсальность выражения эмоций через мимику лица. Эмоции развиваются в нашей среде в результате обстоятельств и знаний. Эмоцию можно описать как «естественное инстинктивное состояние ума, возникающее из нашего текущего и прошлого опыта и ситуаций» (Фальтас, 2017).

Концепция эмоционального интеллекта рассматривает базовые эмоции человека, которые считаются универсальными и присутствуют во всех культурах. К базовым эмоциям относят:

- счастье: положительное эмоциональное состояние, связанное с удовлетворенностью, радостью и комфортом;
- грусть: отрицательная эмоция, связанная с потерей, разочарованием или неприятными событиями;

- гнев: отрицательная эмоция, связанная с чувством раздражения, агрессии или ярости;
- страх: отрицательная эмоция, связанная с чувством угрозы, опасности или тревоги;
- удивление: эмоция, вызванная неожиданностью или чем-то необычным;
- отвращение: отрицательная эмоция, вызванная отторжением или неприязнью к определенным объектам, ситуациям или людям;
- презрение: отрицательная эмоция, связанная с ощущением превосходства или неуважения к кому-либо.

Некоторые ученые также включают в список базовых эмоций другие эмоции, такие как удовлетворение, стыд, страх, вина и т. д. Эти эмоции могут варьироваться в зависимости от конкретных исследований и традиций в определении базовых эмоций. Все эти эмоции играют важную роль в человеческом поведении и взаимодействии с окружающим миром.

Пять компонентов в концепции эмоционального интеллекта [228].

1. Самосознание. Самосознание означает способность распознавать и понимать эмоции, а также чувствовать, как влияют на нас действия, настроение и эмоции других людей. Это предполагает отслеживание эмоций и замечание различных эмоциональных реакций, а также умение правильно идентифицировать эмоции. Самосознание также включает в себя признание того, что то, что мы чувствуем и то, что мы делаем, взаимосвязано, а также осознание своих личных сильных сторон и ограничений. Самосознание связано с открытостью к различному опыту и новым идеям, а также с обучением на основе социальных взаимодействий.

2. Саморегулирование (ауторегуляция). Этот аспект концепции эмоционального интеллекта предполагает соответствующее выражение эмоций. Саморегуляция включает в себя гибкость, умение справляться с изменениями и управлять конфликтами. Это также относится к смягчению сложных или напряженных ситуаций и осознанию того, как свои действия влияют на других, и принятию на себя ответственности за эти действия.

3. Социальные навыки. Этот компонент концепции эмоционального интеллекта относится к хорошему взаимодействию с другими людьми. Это предполагает применение понимания эмо-

ций самих себя и других для повседневного общения и взаимодействия с другими. Различные социальные навыки включают в себя активное слушание, навыки вербального общения, навыки невербального общения, лидерство и развитие взаимопонимания.

4. Эмпатия. Эмпатия означает способность понимать, что чувствуют другие люди. Этот компонент концепции эмоционального интеллекта позволяет человеку адекватно реагировать на других людей, распознавая их эмоции. Это позволяет людям ощутить динамику власти, которая играет роль во всех социальных отношениях, но особенно в отношениях на рабочем месте. Эмпатия предполагает понимание динамики власти и того, как она влияет на чувства и поведение, а также точное восприятие ситуаций, в которых динамика власти вступает в силу.

5. Мотивация. Мотивация, рассматриваемая как компонент концепции эмоционального интеллекта, относится к внутренней мотивации. Внутренняя мотивация означает, что человек руководствуется личными потребностями и целями, а не внешними вознаграждениями, такими как деньги, слава и признание. Люди с внутренней мотивацией также испытывают состояние «потока», погружаясь в деятельность. Они более склонны быть ориентированными на действия и ставить цели. Такие люди обычно испытывают потребность в достижениях и поиске путей совершенствования. Они также более склонны к целеустремленности и проявлению инициативы.

Современная концепция эмоционального интеллекта построена на трех основных моделях (по Фальтасу) [229]. Концепция эмоционального интеллекта в модели производительности Гоулмана [230] рассматривается как совокупность навыков и компетенций, которые сосредоточены на четырех способностях: самосознании, управлении отношениями и социальной осведомленности. Гоулман утверждает, что эти четыре способности составляют основу 12 «подшкал»:

- эмоциональное самосознание;
- эмоциональный самоконтроль;
- адаптивность;
- ориентация на достижения;
- позитивный взгляд;

- влияние;
- коучинг и наставничество;
- сочувствие;
- управление конфликтами;
- командная работа;
- организационная осведомленность;
- вдохновляющее лидерство.

Гоулман разработал эти 12 субшкал на основе исследования эмоционального интеллекта среди рабочей силы, используемой для повышения производственной эффективности сотрудников.

Вторая модель – это модель взаимосвязанного поведения, возникающая из эмоциональных и социальных компетенций по Бар-ОН. Он утверждает, что эти компетенции влияют на производительность и поведение. Модель Бар-ОН состоит из пяти шкал: самовосприятия, самовыражения, межличностных отношений, принятия решений и управления стрессом. Бар-ОН также предложил 15 субшкал концепции EI:

- самоуважение;
- самореализация;
- эмоциональное самосознание;
- эмоциональное выражение;
- напористость;
- независимость;
- межличностные отношения;
- сочувствие;
- социальная ответственность;
- решение проблем;
- тестирование реальности;
- импульсное управление;
- гибкость;
- стрессоустойчивость;
- оптимизм.

По мнению Бар-ОН, эти компетенции, как компоненты эмоционального интеллекта, управляют человеческим поведением и отношениями. Третья модель – это четырехотраслевая модель эмоционального интеллекта по Майеру. Она предполагают, что

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

способности и навыки эмоционального интеллекта можно разделить на 4 области – способность:

- воспринимать эмоции (1);
- используйте эмоции, чтобы облегчить мышление (2);
- понимать эмоции (3);
- управляйте эмоциями (4).

Эти отрасли, которые показывают прогресс развития определенного навыка от восприятия эмоций до управления ими, соответствуют тому, как способности вписываются в общую личность человека.

Эмоциональный интеллект в ресурсной терапии

Ресурсная психотерапия является частью психологии и гуманистической медицины и основывается на идее уникальности человеческой личности, концепции единства психического, физического и социального, практикуется в медицинских и консультационных учреждениях. Концептуальной основой ресурсной психотерапии, основоположником которой в современной психотерапии является профессор Коваленко Н. П. [231], является перинатальная психология и ее методы, предлагаемые для диагностики и коррекции психоэмоциональных проблем в период беременности и родов. Этот комплекс знаний выявил различные закономерности и взаимосвязи психики и тела не только у самих беременных женщин, но и у их супругов, детей и других родственников.

В ресурсную модель психотерапии входят:

- диагностика ресурсного потенциала (тест РП, тест ПО-РП, тест доминанты материнства);
- ресурсная арт-терапия (7-ми ступенчатый процесс активизации ресурсного потенциала, посредством изобразительной деятельности);
- ресурсные расстановки (инсталляции) – групповая психотерапевтическая работа, направленная на активизацию ресурсного потенциала семейной системы;
- рефлексотерапия (освоение рефлекторных зон и узлов);
- дыхательная терапия (освоение ресурсов дыхания).

Эти технологии являются самостоятельными методиками проведения психотерапии, но связаны общей теоретической моделью ресурсов человека [232]. В идеале потенциальные ресурсы чело-

века должны быть однородными, и все инстинкты должны быть задействованы в полной мере, чтобы обеспечить достаточную удовлетворенность жизнью. Однако психофизиологические системы человека очень динамичны и состояние удовлетворенности не всегда стабильно. Тем не менее, концентрация на удовлетворенности может повысить эффективность самоактуализации на всех уровнях жизни.

Процесс самоактуализации является частью самосознания человека, развитие которой происходит поэтапно вместе с наращиванием навыка ауторегуляции и собственно управлением эмоциональным интеллектом на всех этапах созревания личности человека. Ресурсная терапия рассматривает развитие человека в единой системе семьи, которая закладывает у него особенности восприятия, мышления и особенности эмоционального реагирования [233].

В основе диагностики ресурсного потенциала легла концепция Ухтомского о единении разума и инстинктов человека [234] с последующим выделением инстинктов:

- инстинкт самосохранения;
- инстинкт продолжения рода;
- инстинкт гармонии;
- исследовательский инстинкт;
- инстинкт доминирования;
- инстинкт свободы;
- инстинкт совести.

Инстинкты являются уровнями проявления психоэмоциональных и физических ресурсов индивида, которые динамизируют и регулируют его жизнедеятельность. При этом каждый человек в процессе жизни формирует свой уникальный профиль ресурсов, в зависимости от генетических программ родителей и предков, обстоятельств вынашивания и рождения, воспитания, обучения, полученных навыков адаптации и самоорганизации [235].

Таким образом, направленность всех инстинктов – это удовлетворение потребности. Но потребности могут быть осознанными и неосознанными. Большой силой влияния на наше состояние и качество жизни имеют неосознаваемые потребности, которые и нужно вывести на уровень осознавания – это и происходит в процессе ресурсной психотерапии. В разрезе текущей работы следует

изучить взаимосвязь инстинктов, негативного детского опыта и депрессии во взрослом возрасте и рассмотреть процесс психосоматотерапии [236] как возможность аутогенного восстановления.

Психосоматотерапия как метод восстановления ресурсного потенциала личности

Психосоматика – это дисциплина, изучающая влияние эмоциональных переживаний на физическое состояние здоровья человека [237]. Термин происходит от греческих слов «психо» (душа) и «сома» (тело), указывая на интегративный характер данного направления. Психосоматика прошла долгий путь исторического развития, начиная со времен Гиппократа, и сегодня представляет собой симбиоз нейробиологии и физиологии, помогая в процессе лечения обеспечивать комплексную индивидуальную помощь пациенту [238].

Психосоматика тесно связана с психогигиеной и управлением эмоциональным интеллектом, фокусируется на выявлении эмоциональных или психологических факторов, которые могут способствовать развитию или обострению соматических заболеваний. Следует принимать во внимание, что стресс, тревожность и психоэмоциональное перенапряжение сегодня являются актуальной проблемой для человека, снижая не только качество лечения, но и формируя порочный круг отказа от обращения к специалистам [239].

Последовательность шагов в процессе развития новых навыков через призму влияния эмоций на физическое состояние здоровья человека является психосоматотерапией [240]. Психосоматотерапия – это междисциплинарное направление в медицине и психологии, обеспечивающее комплексный подход к лечению пациентов путем учета индивидуальных особенностей их психического состояния наряду с соматическими симптомами. Этот подход способствует более полному пониманию природы заболеваний и позволяет разрабатывать более эффективные стратегии лечения путем интеграции знаний из различных областей науки [241].

В научном контексте психосоматические расстройства рассматриваются как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Одной из ключевых концепций является стресс, который может выступать триггером для различных физиологических изменений в организме. Механизм действия стресса включает активацию гипоталамо-

гипофизарно-надпочечниковой оси, ведущую к увеличению уровня кортизола, что в свою очередь может оказывать негативное влияние на иммунную систему и способствовать возникновению различных заболеваний [242].

Исследования показывают, что психосоматические расстройства могут проявляться в виде широкого спектра симптомов – от головных болей и болей в животе до хронической усталости и кожных заболеваний. Часто эти симптомы не имеют органической патологии, что затрудняет их диагностику и лечение традиционными медицинскими методами. Однако, наличие заболеваний непсихосоматической природы не исключает применения психосоматотерапии, так как снижение уровня стресса и работа с внутренней картиной болезни повышает отклик пациента на лечение [243].

Подходы к лечению в психосоматотерапии включают как медикаментозные методы, так и психологические интервенции. Психотерапевтические техники, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), используются для модификации дезадаптивных мыслительных и поведенческих паттернов [244]. Кроме того, активно применяются методы релаксации и управления стрессом для снижения физиологического воздействия психологических факторов (нейромедитации).

Психосоматический подход – это мультимодальный подход, представляющий собой четкую последовательность шагов при обращении человека за квалифицированной помощью. Первым шагом является обращение к врачу как при наличии того или иного симптома, так и с профилактической целью в рамках планового ежегодного обследования. Сегодня, ввиду широкого распространения лженаучных представлений о психосоматике в информационных пространствах, требуется ведение просветительской деятельности, подробно и понятно объясняющей пациенту важность обращения к врачу.

После обследования, начала лечения или применения профилактических мер, выполняется второй шаг, который обеспечивает индивидуальную работу с психологом или психотерапевтом для разрешения внутриличностных конфликтов и поиска связи между эмоциональными переживаниями и возникновением (обострением) того или иного симптома. Третьим шагом является психоги-

гиена в виде развития навыков ауторегуляции через развитие эмоционального интеллекта (аутонаблюдение, ауторелаксация и прочие виды осознанной концентрации внимания).

Таким образом, психосоматотерапия предлагает многоуровневый подход к лечению, который включает в себя как психотерапевтические интервенции, так и медицинские методы для устранения симптоматики [245]. Одним из ключевых аспектов психосоматотерапии является акцент на ресурсном потенциале личности. Исследования показывают, что развитие таких ресурсов, как устойчивость к стрессу, способность к саморегуляции и позитивное восприятие жизненных событий, существенно снижает вероятность развития психосоматических расстройств и снижает риск развития депрессии во взрослом возрасте.

Материалы и методы

В рамках исследования наличия корреляции между снижением уровня тревоги и повышением уровня ресурсного потенциала среди 28 человек были использованы шкала «Самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина (шкала реактивной и личностной тревожности)» и опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) (Н. Водопьянова, М. Штейн. Группа опрашиваемых была набрана свободным способом через социальные сети, возраст составил от 29 до 37 лет, из них 4 мужчины и 24 женщины.

После прохождения первого опроса участники исследования в течение 10 дней ежедневно в одно и то же время (непосредственно перед ночным сном) прослушивали нейромедитацию против тревоги, страхов и панических атак, разработанную в методе ММСС [246]. Второй этап опросов был проведен на 11 день, результаты, а также индивидуальные замечания участников были зафиксированы в общей таблице.

Корреляция считалась по критерию Спирмана. В ходе корреляционного анализа 1 этапа были выявлены следующие значимые связи:

- положительная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «личностная тревожность» и «реактивная тревожность» ($r = 0,932$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «реактивная тревожность» ($r = -0,865$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;

- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «личностная тревожность» ($r = -0,892$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй.

В ходе корреляционного анализа 2 этапа были выявлены следующие значимые связи:

- положительная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «личностная тревожность» и «реактивная тревожность» ($r = 0,942$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «реактивная тревожность» ($r = -0,826$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «личностная тревожность» ($r = -0,872$; $p > 0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй.

Таким образом, можно сделать вывод, что увеличение ресурсного потенциала напрямую связано со снижением уровня тревожности, как личностной, так и реактивной. По мере развития навыка управления тревогой участники отметили улучшение качества ночного сна и изменение эмоционального фона по утрам, улучшение настроения по утрам. На 9-ый день 11 участников отметили сохранение ресурса к вечеру, охарактеризовали данное наблюдение как «отсутствие привычной усталости, сохранение интереса к домашним делам и вовлеченность в досуг».

Ресурсный потенциал начинает нарастать с момента снижения уровня тревоги за счет высвобождения психоэмоциональной энергии и осознаваемого переключения внимания с негативных мыслительных процессов на позитивные. Среди индивидуальных замечаний также было отмечено, что помимо улучшения настроения появились мысли о том, чтобы выйти на вечернюю прогулку, провести время с семьей, заняться новым видом спорта или вернуться к привычным занятиям. Позитивные наблюдения по мнению участников предположительно связаны со снижением привычного для них повседневного образа жизни уровня тревоги.

Результаты и обсуждение

Важным направлением работы в рамках психосоматотерапии является выявление индивидуальных ресурсов пациента и их активное использование в терапевтическом процессе [247]. Это может включать обучение техникам осознанности, развитие навыков эмоционального самоконтроля и укрепление социальных связей. Таким образом, пациенты не только получают инструменты для непосредственного управления психологическим состоянием в ответ на симптомы своего заболевания, но также развивают более широкие способности к адаптации в сложных жизненных условиях.

Следует выделить внутренние ресурсы, которые включают в себя когнитивные способности, эмоциональный интеллект, мотивационные установки и личностные черты. Когнитивные способности обеспечивают возможность эффективного анализа информации и принятия обоснованных решений. Эмоциональный интеллект способствует управлению как собственными эмоциями, так и распознаванию реакций и эмоциональных состояний окружающих людей, что играет важную роль в межличностных взаимодействиях. Мотивационные установки определяют степень настойчивости в достижении целей, тогда как личностные черты – такие как открытость опыту или добросовестность – влияют на способы реагирования на стрессовые ситуации.

Применение трех шагов процесса психосоматотерапии повышает отзывчивость пациентов на проводимую терапию, делая их непосредственным участником процесса. Активное участие в процессе лечения, психотерапии и овладение навыками ауторегуляции повышает комплаентность, а также помогает развивать у человека интерес и вовлеченность в состояние собственного физического и ментального здоровья.

Важно отметить взаимосвязь между внутренними и внешними ресурсами: они могут усиливать друг друга или компенсировать недостатки одной из сторон. Например, высокая степень эмоционального интеллекта может помочь личности более эффективно использовать социальную поддержку. Таким образом, ресурсный потенциал личности является многоаспектной категорией, которая требует комплексного подхода для ее изучения. Понимание

структуры и динамики ресурсного потенциала может значительно улучшить стратегии личностного роста и развития, а также способствовать более успешному преодолению жизненных кризисов.

Одним из методов развития эмоционального интеллекта в рамках психосоматотерапии является регулярное применение медитаций осознанности в методе МВСТ [248] и нейромедитаций в методе ММСС. За счет снижения уровня тревожности и развития функции управления вниманием и концентрацией на эмоционально-телесных ощущениях, происходит постепенное нарастание интероцептивной осознанности. В результате человек обретает возможность наблюдения за собственными мыслительными и эмоциональными процессами с последующей ауторегуляцией и восстановлением ресурсного потенциала личности.

Научные исследования подтверждают эффективность психосоматотерапии в профилактике ряда заболеваний, включая хронические болевые синдромы, гипертонию и некоторые формы дерматологических расстройств, в том числе за счет позитивного влияния на психоэмоциональное состояние человека. Кроме того, данная терапия способствует общему улучшению качества жизни пациентов благодаря снижению уровня стресса и повышению удовлетворенности жизнью. Это делает её важным инструментом в арсенале современной медицины для достижения более комплексного понимания здоровья человека.

Выводы

Высокий уровень социальной и психической активности требует у современного человека освоения навыков управления эмоциональным интеллектом для снижения уровня тревоги и поддержания ресурсного потенциала личности для обеспечения физического и психического здоровья. Повышенная тревожность влияет на поведение, мышление и активность, снижая качество жизни в целом, а также напрямую связана с настроением, ресурсом и психоэмоциональной стабильностью.

Ключевое направление развитие эмоционального интеллекта в рамках ресурсной терапии является умение правильно идентифицировать эмоции, способность осознавать, как действия, настроения и эмоции влияют на психическое и эмоциональное равновесие.

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

сие, что является эффективным методом развития самосознания. Мониторинг своих эмоциональных переживаний позволяет человеку замечать взаимосвязь между нашими чувствами и нашим поведением, а также способность распознавать свои собственные сильные стороны и ограничения.

Снижение ресурсного потенциала сказывается не только на личностном развитии человека, но и влечет за собой негативные последствия в виде снижения мотивации, отсутствия комплаентности в лечении, достижении целей и социальной коммуникации, в том числе коммуникации внутри семьи. Развитие навыка управления эмоциями достигается как за счет индивидуальной работы с психотерапевтом, так и за счет самостоятельного выполнения упражнений психосоматического спектра, например, регулярное прослушивание нейромедитаций.

Глава 4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАДИКАЛА У ВЗРОСЛЫХ

Введение

На основании выполненного литературного обзора и наличии многочисленных зарубежных данных о связи между пережитым в детстве негативным опытом и риском развития депрессии в будущем, было принято решение провести независимое исследование, направленное на изучение связи между депрессивным радикалом во взрослом возрасте и пережитым в детстве насилием разных форм среди женского населения в России. Кроме определения влияния негативного детского опыта на психоэмоциональное состояние участников также необходимо проанализировать культурно-лингвистические особенности исследуемой группы с применением отечественных тестов и русскоязычной версией международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ).

Данное исследование направлено на установление и изучение связи между тем, что пережил в детстве ребенок и тем, как этот опыт повлиял на его эмоционально-когнитивные процессы созревания и становления личности. Как особенности развития и инстинктов способны повлиять на формирование депрессивного радикала и изменить эмоциональную сферу, спровоцировав акцентацию личности. Понимание того, как именно поведение матери и обстановка внутри семьи влияет на ребенка, можно разработать алгоритм аутогенной психологической помощи для обеспечения перинатальной безопасности, начиная со снижения уровня тревоги и стресса у женщины во время беременности, тем самым повышая устойчивость и восстанавливая баланс гомеостаза работы вегетативной нервной системы матери, и заканчивая поддержанием безопасной эмоциональной среды дома, воспитывая ребенка согласно традиционным семейным ценностям, создавая предсказуемую и позитивную для развития обстановку внутри семьи.

Семья – это живая система, требующая труда и заботы каждого взрослого, создающего её. Данное исследование поможет понять

и усовершенствовать подход к ранней профилактике депрессии, а также изменить представление о том, как травмирующий детский опыт влияет на психическое и физическое здоровье человека, меняя его инстинктивный профиль и блокируя перераспределение ресурсного потенциала личности.

Цель исследования

Целью данного исследования является всестороннее изучение влияния травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых. Под травмирующим детским опытом подразумеваются негативные события и обстоятельства, такие как физическое или эмоциональное насилие, пренебрежение, потеря близких, а также другие факторы, способствующие формированию психологической травмы в раннем возрасте.

Данное исследование направлено на выявление и анализ следующих ключевых аспектов.

1. Определение травмирующего детского опыта. Исследование будет включать в себя классификацию и описание различных типов травмирующего опыта, а также их частоты и продолжительности в контексте детского развития.

2. Механизмы формирования депрессивного личностного радикала. В рамках исследования будет осуществлен анализ психосоциальных и нейробиологических механизмов, через которые травмирующий опыт может влиять на формирование депрессивных черт личности, включая такие аспекты, как когнитивные и эмоциональные искажения, нарушения самовосприятия и межличностных отношений.

3. Влияние на психическое здоровье. Исследование будет направлено на оценку взаимосвязи между травмирующим детским опытом и проявлениями депрессии, включая уровень выраженности депрессивных симптомов у взрослых, а также их влияние на качество жизни и социальное функционирование.

4. Индивидуальные и социальные факторы. Будет проведен анализ индивидуальных (например, генетическая предрасположенность, уровень социальной поддержки) и социальных факторов (например, культурные и экономические условия), которые могут модифицировать влияние травмирующего опыта на формирование депрессивного личностного радикала.

5. Разработка рекомендаций для практики. На основании полученных данных будет предложен ряд рекомендаций для психологической помощи и интервенций, направленных на снижение негативных последствий травмирующего детского опыта и улучшение психического здоровья взрослых, переживших подобные травмы в детстве.

Таким образом, данное исследование имеет целью не только углубить теоретические знания о взаимосвязи травмирующего детского опыта и депрессивных расстройств, но и внести практический вклад в области психологии и психотерапии, способствуя разработке эффективных методов профилактики и коррекции депрессивных состояний у взрослых.

Актуальность исследования

Актуальность данного исследования обусловлена возрастающим интересом к вопросам психического здоровья и его взаимосвязи с ранним детским опытом. Современные исследования в области психологии и психиатрии подчеркивают значимость травмирующего детского опыта как одного из ключевых факторов, способствующих развитию различных психических расстройств, включая депрессию. Депрессивные расстройства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения, характеризующуюся высокой распространенностью, значительными социальными и экономическими последствиями, а также высоким уровнем инвалидизации.

Как говорилось ранее, травмирующий детский опыт, включающий физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, пренебрежение, потерю близких и другие негативные события, может оказывать длительное воздействие на психическое здоровье индивидов, формируя предрасположенность к депрессивным чертам личности и расстройствам. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных отдельным аспектам травматизации в детстве, существует необходимость в комплексном анализе механизмов, связывающих травмирующий опыт с формированием депрессивного личностного радикала у взрослых.

Кроме того, актуальность данного исследования также обусловлена необходимостью разработки эффективных интервенций и стратегий профилактики, направленных на снижение негатив-

ных последствий травмирующего детского опыта. Понимание взаимосвязи между детскими травмами и депрессивными состояниями может способствовать улучшению методов психологической помощи и терапии, что в свою очередь может привести к улучшению качества жизни людей, переживших травмирующий опыт в детстве.

В контексте увеличения числа случаев депрессии и других психических расстройств в современном обществе, а также с учетом значимости раннего вмешательства и профилактики, данное исследование представляет собой важный шаг в направлении более глубокого понимания психических процессов и разработки эффективных подходов к поддержке психического здоровья. Таким образом, исследование влияния травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала является актуальным и необходимым для дальнейшего развития теоретических и практических аспектов психологии и ресурсной психотерапии.

Задача исследования

Ретроспективное исследование направленно на выявление корреляции между наличием травмирующего перинатального и детского опыта на развитие депрессивного радикала в будущем. Задача данного исследования заключается в комплексном анализе влияния травмирующего перинатального и детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых. В рамках данного ретроспективного исследования предполагается решить следующие ключевые задачи.

1. Определение и классификация травмирующего опыта. Исследование направлено на выявление и систематизацию различных видов травмирующего опыта, включая перинатальные травмы (например, стрессовые события во время беременности, родовые травмы) и детские травмы (физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, пренебрежение, потеря близких). Это позволит создать четкую основу для дальнейшего анализа их влияния на психическое здоровье.

2. Изучение механизмов воздействия травмирующего опыта. Необходимо исследовать психосоциальные и нейробиологические механизмы, через которые травмирующий опыт может оказывать влияние на формирование депрессивного личностного радикала.

Это включает в себя анализ изменений в когнитивных и эмоциональных процессах, а также влияние на самовосприятие и межличностные отношения.

3. Выявление корреляций между травмирующим опытом и депрессивными состояниями: основной задачей является установление статистически значимых корреляций между наличием травмирующего опыта и проявлениями депрессии у взрослых. Это включает в себя оценку уровня выраженности депрессивных симптомов, а также их влияние на качество жизни и социальное функционирование.

4. Анализ индивидуальных и социальных модификаторов. Важным аспектом исследования является изучение индивидуальных (генетическая предрасположенность, уровень социальной поддержки) и социальных факторов (культурные и экономические условия), которые могут влиять на степень воздействия травмирующего опыта на формирование депрессивного личностного радикала.

5. Разработка рекомендаций для психотерапевтической практики. На основе полученных результатов исследования будет предложен ряд рекомендаций для психологической помощи и интервенций, направленных на снижение негативных последствий травмирующего детского опыта. Эти рекомендации должны способствовать улучшению методов профилактики и коррекции депрессивных состояний у взрослых, переживших травмирующий опыт в детстве.

Таким образом, данное исследование направлено на углубление понимания взаимосвязи между травмирующим опытом и депрессивными расстройствами, что является важным аспектом для дальнейшего развития теоретических и практических подходов в области психологии и ресурсной психотерапии.

Объект исследования

В исследовании приняло участие 124 женщины в возрасте от 21 до 58 лет. Группа наблюдения составила 100 человек, набравшими от 4 до 16 баллов уровня депрессии. Критериями исключения являются диагностированная психопатология, прием антидепрессантов, однократное или многократное участие в расстановках по Хеллингеру.

Контрольная группа состоит из 24 женщин, которые набрали от 0 до 3 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), что указывает на низкий уровень депрессивных симптомов и позволяет рассматривать их как эталонный образец с минимальным воздействием травмирующего опыта на психическое здоровье. Эта группа служит для сравнения с группой наблюдения, состоящей из 100 женщин, которые продемонстрировали более высокие уровни депрессии, набравшие от 4 до 16 баллов по той же шкале. Эти показатели указывают на наличие умеренных до выраженных симптомов депрессии, что позволяет более детально исследовать корреляции между уровнем депрессии и наличием травмирующего опыта в детстве.

Объект исследования включает в себя не только самих участников, но и их субъективные переживания, связанные с травмирующим опытом, а также их самооценку и восприятие депрессивных симптомов. Таким образом, объектом исследования является комплексное взаимодействие между личностными характеристиками, уровнем депрессии и травмирующим опытом, что позволяет глубже понять механизмы формирования депрессивного личностного радикала у женщин, переживших травмы в детстве. Это исследование предоставляет возможности для дальнейшего изучения и разработки психотерапевтических подходов, направленных на улучшение психического здоровья данной группы женщин.

Предмет исследования

Предметом данного исследования является влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых женщин. В рамках исследования акцентируется внимание на анализе различных видов травмирующего опыта, включая, но не ограничиваясь, физическим, эмоциональным и сексуальным насилием, пренебрежением и потерей близких, а также их воздействием на психическое здоровье и развитие депрессивных черт личности.

В исследовании приняло участие 124 женщины в возрасте от 21 до 58 лет, что позволяет охватить широкий спектр возрастных групп и обеспечить репрезентативность выборки. Участницы были разделены на две группы: контрольную и группу наблюдения. Контрольная группа составила 24 человека, набравшие от 0 до

3 баллов при оценке уровня депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), что свидетельствует о низком уровне депрессивных симптомов. Группа наблюдения, состоящая из 100 человек, продемонстрировала более высокие показатели, набравшие от 4 до 16 баллов, что указывает на наличие умеренных до выраженных симптомов депрессии.

Такое разделение на группы позволяет провести сопоставительный анализ и выявить корреляции между уровнями депрессии и наличием травмирующего детского опыта. Важным аспектом исследования является также изучение психосоциальных и нейробиологических механизмов, через которые травмирующий опыт может оказывать влияние на формирование депрессивного личностного радикала.

Таблица 1
Развернутая характеристика исследования
с указанием применённых методик

Компонент объекта исследования	Описание	Используемые методики/опросники	Психологическое значение
1	2	3	4
Участники	Женщины, имеющие в анамнезе травмирующий детский опыт (различные типы ТДО)	Социально-демографическая анкета (возраст, образование, семейный статус, социально-экономическое положение)	Позволяет учесть контекстные факторы и гетерогенность выборки
Субъективные переживания, связанные с ТДО	Эмоциональные воспоминания, интерпретация и оценка травматических событий детства	Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ, адаптация WHO)	Отражают эмоциональную окраску опыта, степень его осознания и интеграции

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Окончание таблицы 1

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Самооценка и личностный профиль	Характеристика ведущих инстинктивных программ и адаптационных возможностей личности	Тест «Ресурсный потенциал/ инстинктивный профиль на выявление доминирующего инстинкта-ресурса» (Коваленко Н. П.)	Выявляет доминирующий инстинкт и его роль в адаптационных стратегиях, связанных с психическим здоровьем
Перинатальный опыт	Оценка ресурсного потенциала в зависимости от особенностей перинатального периода	Тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (Коваленко Н. П.)	Определяет влияние перинатального опыта на адаптивные возможности и устойчивость к стрессу
Материнская доминанта	Оценка готовности и ресурсных возможностей женщины в контексте материнства	Тест «Доминанты материнства» (Коваленко Н. П.)	Отражает эмоциональные и когнитивные установки в отношении материнства, что может быть связано с ДЛР
Восприятие депрессивных симптомов	Уровень депрессии и тревожности, их субъективное восприятие	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	Позволяет количественно оценить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики
Комплексное взаимодействие факторов	Взаимосвязи между личностными особенностями, ТДО, перинатальным опытом и депрессивной симптоматикой	Корреляционный, регрессионный и медиаторный анализ на данных всех перечисленных методик	Позволяет выявить механизмы формирования депрессивного личностного радикала у женщин с ТДО

Таким образом, предмет исследования охватывает как количественные, так и качественные аспекты, позволяя глубже понять взаимосвязь между травмирующим опытом и депрессивными расстройствами, а также разработать рекомендации для психотерапевтической практики, направленные на улучшение психического здоровья женщин, переживших травмирующий опыт в детстве.

Методы исследования

В рамках эмпирического этапа исследования был использован комплекс психодиагностических инструментов, позволяющих оценить личностные характеристики, ресурсный потенциал, особенности перинатального опыта, материнские установки, а также уровень тревожно-депрессивной симптоматики и выраженность травмирующего детского опыта. Подбор методик был осуществлён с учётом целей исследования, культурной и языковой адаптации инструментов, а также их валидности и надежности в отечественных выборках. Участники обеих групп ответили на вопросы следующих тестов.

1. Тест «Ресурсный потенциал/инстинктивный профиль на выявление доминирующего инстинкта-ресурса» (Н. П. Коваленко). Методика направлена на выявление ведущего инстинктивного ресурса личности (самосохранения, продолжения рода, альтруизма, исследовательского, доминирования, свободы, совести) и его выраженности. Результаты теста позволяют оценить баланс и доминирование инстинктов, что отражает адаптационный потенциал личности и стратегию взаимодействия с окружающей средой. Интерпретация проводится по сумме баллов в каждом блоке, с определением доминирующего или смешанного типа.

2. Тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (Н. П. Коваленко). Методика оценивает адаптационные возможности личности в зависимости от особенностей внутриутробного развития, родов и раннего постнатального периода. Тест выявляет влияние перинатального опыта на ресурсный потенциал, эмоциональную регуляцию и способность к стрессоустойчивости. Высокие показатели указывают на благоприятный перинатальный опыт, низкие – на наличие факторов риска, связанных с трудностями адаптации.

3. Тест «Доминанты материнства» (Н. П. Коваленко). Диагностирует готовность и способность женщины реализовать материнскую функцию. Выделяются блоки, отражающие доминанту зачатия, беременности, родов и вскармливания. Методика позволяет выявить сильные и уязвимые стороны в структуре материнских установок, а также связь между личностными ресурсами и репродуктивными планами.

4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Стандартизованный инструмент, применяемый для скрининга и количественной оценки выраженности тревожных и депрессивных симптомов. Включает два подшкольных блока (тревога и депрессия) по 7 утверждений каждый. Оценка проводится по сумме баллов: низкие значения соответствуют норме, средние – пограничным состояниям, высокие – клинически значимой симптоматике.

5. Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ, адаптация WHO). Инструмент предназначен для оценки частоты и тяжести неблагоприятных событий в детстве, включая эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, пренебрежение основными потребностями, семейную дисфункцию, буллинг и коллективное насилие. Результаты обрабатываются по сумме баллов по каждой категории, что позволяет количественно оценить кумулятивный эффект детской травматизации.

Использование данных инструментов обеспечило многоплановую оценку исследуемых переменных: от объективных показателей неблагоприятного детского и перинатального опыта до субъективных характеристик личности и текущего эмоционального состояния. Такое сочетание методик позволило комплексно проанализировать взаимосвязи между травмирующими событиями раннего периода жизни, особенностями личностной организации и выраженностью депрессивного личностного радикала. Полученные данные послужили эмпирической основой для проверки гипотез исследования и выявления ключевых факторов, определяющих специфику депрессивных проявлений у женщин, переживших травмы в детстве.

Теоретическая основа и концепции тестов в рамках исследования

Тест ресурсный потенциал/инстинктивный профиль (Коваленко Н. П.)

Тест ресурсный потенциал/инстинктивный профиль (автор – проф. Н. П. Коваленко) на выявление доминирующего инстинкта-ресурса. Тест на ресурсный потенциал и инстинктивный профиль, разработанный профессором Н. П. Коваленко [249], основывается на теоретическом понимании инстинктов как фиксированных программ, влияющих на ресурсный потенциал человека. Эти инстинкты направлены на приспособление, самосохранение и продолжение рода, а также на формирование отношений к себе и окружающим. Рассмотрим теоретическую основу этого теста согласно концепции перинатальной психологии (Коваленко Н. П.).

1. Инстинкты как бессознательные программы. Согласно Коваленко Н. П., инстинкты представляют собой фиксированные программы, которые определяют поведение человека в различных жизненных ситуациях. Это динамическая сила бессознательного, которая запускает все виды психосоматической жизни человека, формируя потребности, влечения и поведение. Эти программы помогают адаптироваться к окружающей среде и обеспечивают выживание, а также способствуют продолжению рода.

2. Творческая основа инстинкта. Динамическая сила инстинкта и есть базовый ресурс, который может разворачиваться у каждого человека по-особому, в зависимости от его генетических паттернов памяти, подсознательной памяти (вытесненной на ранних этапах развития), стратегий воспитания, обучения и пр. Эту инстинктивную динамическую силу мы называем иногда жизненной силой человека, которая проявляется как сила духа, иммунитета, интеллекта, творческого потенциала и лидерства.

3. Адаптивные стратегии. Каждый инстинкт отвечает за определенную стратегию адаптации. Это включает в себя индивидуальный стиль взаимодействия с миром и другими людьми, а также способы преодоления трудностей и достижения целей.

4. Семь основных инстинктов. Коваленко Н. П. выделяет семь ключевых инстинктов, которые работают на разных уровнях, но

все вместе, помогая и поддерживая друг друга. Эти инстинкты могут включать, например, инстинкты самосохранения, социального взаимодействия, агрессии, сексуальности и другие. Каждый тип человека проявляет свои уникальные характеристики, основанные на доминировании определенного инстинкта.

5. Инстинктивный профиль. Тест позволяет выявить доминирующий инстинкт у человека, что, в свою очередь, помогает понять его поведение, мотивацию и способы взаимодействия с окружающей средой. Это может быть полезно как для личного развития, так и для улучшения межличностных отношений.

6. Индивидуальный стиль адаптации. Каждый тип человека, в зависимости от доминирующего инстинкта, имеет свой стиль адаптации, который может влиять на его жизненные выборы, профессиональную деятельность и личные отношения. Понимание этого стиля может помочь человеку лучше осознать свои сильные и слабые стороны, а также развивать необходимые навыки для успешной жизни.

Тест состоит из 22 вопросов, сгруппированных в четыре блока, каждый из которых соответствует определённому периоду перинатального опыта.

1. Первый блок (вопросы 1–4) – внутриутробный период. Этот этап характеризуется накоплением жизненных сил, формированием подсознательной связи с матерью и окружающим миром, а также созреванием сенсорных систем. Вопросы направлены на выявление общего эмоционального фона, восприятия здоровья, творческого потенциала и базовых чувств по отношению к матери.

2. Второй блок (вопросы 5–9) – начало родов, стадия мобилизации и активации инстинкта самосохранения. Здесь оценивается восприятие одиночества, реакции на стресс, уровень тревожности и смелость – ключевые параметры, отражающие готовность к преодолению угроз и адаптации к изменяющимся условиям.

3. Третий блок (вопросы 10–13) – активный период родов, прохождение через родовые препятствия, отделение от матери и переход к самостоятельному существованию. Вопросы этого блока выявляют эмоциональные реакции на препятствия и опасность, а также отношение к родительским установкам и воспоминаниям

о рождении, что отражает уровень внутреннего конфликта и способности к преодолению.

4. Четвёртый блок (вопросы 14–17) – рождение и начало новой жизни, активация лидерского инстинкта, самосознания и знания. Вопросы направлены на выявление способности доводить начатое до конца, отношения к медицинским учреждениям, адаптации в новых социальных ситуациях и оценке раннего детства.

5. Вопросы 18–22 служат дополнительными проверочными индексами, позволяя уточнить баланс и качество каждого из четырех блоков перинатальной памяти.

Принцип оценивания и интерпретация результатов.

Каждый вопрос имеет три варианта ответа, которые оцениваются в баллах от 0 до 3. Высокий суммарный балл (от 9 до 12) в пределах каждого блока свидетельствует о благоприятном протекании соответствующего этапа перинатального периода, что формирует высокий ресурсный потенциал и адекватные адаптивные возможности. Низкий балл (0–3) указывает на возможные травмы, неблагоприятные условия вынашивания и родов, что ведёт к снижению эмоциональной амплитуды, дефициту удовлетворения от жизненных обстоятельств и развитию алекситимии – неспособности распознавать и выражать эмоции.

Таким образом, тест позволяет не только выявить наличие травматического перинатального опыта, но и проследить его влияние на формирование базовых жизненных стратегий, эмоциональных реакций и уровня внутренней устойчивости.

Значение для изучения депрессивного радикала.

Перинатальный период – критический этап, когда формируются фундаментальные психофизиологические механизмы, влияющие на эмоциональную регуляцию и стрессоустойчивость. Травматический опыт в этот период, зафиксированный на уровне подсознания, может привести к формированию депрессивного радикала – устойчивого паттерна негативных эмоциональных и когнитивных установок, способствующих развитию депрессии и снижению адаптивных возможностей.

Опросник Коваленко Н. П. позволяет выявить именно те аспекты перинатального опыта, которые оказывают наибольшее влияние на формирование данных паттернов. Например, низкие

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

баллы в блоках, связанных с прохождением родовых препятствий и началом самостоятельной жизни, могут свидетельствовать о дефиците лидерских инстинктов, низкой активности в преодолении жизненных трудностей, что является одним из ключевых факторов депрессивного состояния.

Практическое применение и коррекция.

Данные, полученные с помощью теста, служат базой для разработки индивидуальных программ ресурсной терапии, направленных на корректировку травматических перинатальных фиксаций. Методика Коваленко Н.П. предусматривает работу с подсознательными программами через телесно-ориентированные и психотерапевтические техники, что способствует восстановлению ресурсного потенциала, активации естественных эмоциональных реакций и повышению уровня адаптации.

Логика опросника Коваленко Н. П. основана на комплексном подходе к изучению перинатального опыта как фундаментального этапа формирования личности и эмоциональной регуляции. Четкое структурирование вопросов по блокам памяти позволяет выявить глубинные психофизиологические программы, отражающие состояние ресурсного потенциала и адаптивных возможностей человека. В контексте исследования влияния травмирующего детского опыта на депрессивные состояния, данный инструмент предоставляет ценные диагностические данные и методологическую базу для последующей коррекции, что делает его незаменимым в научной и клинической практике.

Тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (Коваленко Н. П.)

Тест «Перинатальный опыт-ресурсный потенциал», измерение ресурсного потенциала в зависимости от перинатального опыта. Тест основан на теоретической концепции перинатальной памяти, которая исследует влияние периода вынашивания и родов на формирование ресурсного потенциала и адаптивных возможностей человека. Рассмотрим каждый из блоков.

1. Первый блок: внутриутробный период.

Этот блок фокусируется на стадии накопления жизненных сил и формировании подсознательной связи с родителями и окружа-

ющим миром. В этот период происходит созревание сенсорных систем, что позволяет ребенку воспринимать внешние воздействия. Здесь закладываются основы эмоциональной безопасности, доверия и связи с матерью. Эти ранние впечатления могут влиять на дальнейшие адаптивные способности и эмоциональное состояние человека, формируя его внутренние ресурсы и предрасположенность к взаимодействию с окружающей средой.

Этап теоретической основы:

- считается, что внутриутробный период характеризуется состоянием «накопления жизненных сил». Это время, когда зарождается базовый фундамент будущей жизни;
- формируется подсознательная связь с родителями и окружающим миром. Мозг и нервная система начинают регистрировать сигналы, что закладывает базовую схему отношений с внешней средой;
- созревают сенсорные системы. Уже на этом этапе формируются зачатки восприятия звуков, световых стимулов, тактильных ощущений, что позволяет будущему ребёнку адаптироваться к внешнему миру сразу после рождения.

Процесс в этом блоке можно трактовать как этап преамбулы – накопление потенциала и «программирование» психофизиологических реакций, которые в дальнейшем влияют на поведение и эмоциональный фон личности.

2. Второй блок: начало родов.

На этом этапе происходит мобилизация ребенка к выходу, что символизирует стадию включения инстинкта свободы и самосохранения. Начало родов активизирует жизненные процессы, что подчеркивает важность этого момента для формирования адаптивных возможностей. Ребенок начинает осознавать необходимость выхода в мир, что может быть связано с первыми проявлениями активности и стремления к самовыражению.

Этап теоретической основы:

- период родов рассматривается как момент мобилизации ребенка к выходу и освобождению из защитного, внутриутробного состояния;
 - начинается включение инстинкта свободы и самосохранения.
- В этот момент активируются механизмы эмоциональной и физио-

логической защиты, что является отражением первичной борьбы за жизнь;

- происходит активизация и динамизация жизненных процессов, отражая резкий переход от пассивного состояния к активному, что задаёт динамику последующих процессов адаптации и взаимодействия с внешней средой.

Этот блок показывает психологическую реализацию базовой потребности в движении к самостоятельному существованию и начинает формировать паттерны для дальнейших жизненных сценариев.

3. Третий блок: прохождение через препятствие.

Этот блок описывает активный период родов, когда ребенок сталкивается с физическими и эмоциональными препятствиями. Здесь важно сотрудничество с материнской природой и преодоление трудностей, что символизирует отделение от матери и переход к новой форме существования. Эта стадия подчеркивает активность инстинкта свободы и лидерского инстинкта, что может способствовать развитию устойчивости и способности справляться с вызовами в будущем.

Этап теоретической основы:

- здесь происходит этап рассогласования или сотрудничества с материнской природой. Ребёнок сталкивается с так называемым «препятствием» – физическим и символическим отделением от матери;
- развивается инстинкт обновления, потребность в преодолении барьера, что можно интерпретировать как стремление к новому началу, к самостоятельному существованию;

• активизируется лидерский инстинкт, а также инстинкт свободы – это необходимое условие для формирования индивидуальности и способности брать на себя ответственность за свою жизнь;

• конфликт между прежним состоянием (безусловной материнской опорой) и новыми условиями порождает адаптивное напряжение, которое в дальнейшем трансформируется в творческую энергию для саморазвития.

Таким образом, третий блок описывает психологический кризис перехода, в ходе которого формируются первичные модели внутренней борьбы, самоутверждения и решения жизненных задач.

4. Четвертый блок: рождение.

Завершающий блок теста касается момента рождения и выхода на свободу в новое измерение. Это начало жизни ребенка, когда активизируются инстинкты самосохранения и познания. В этот момент происходит формирование я-рефлексии, что является важным аспектом развития самосознания и идентичности. Этот этап также подчеркивает значимость лидерских качеств, которые могут проявляться в стремлении к исследованию и освоению окружающего мира.

Этап теоретической основы:

- рождение – это кульминация процесса освобождения, когда формируется новая личность, готовая к жизни в новом измерении;
- начинается жизненный цикл ребенка вне утробы, что сопровождается активацией лидерского инстинкта (формируется «Я» – начальные этапы рефлексии и самопознания);
- проявляется инстинкт самосохранения, за которым следует стремление к познанию нового мира;
- этот этап воспринимается как динамический переход, в котором прошлые переживания интегрируются в основу для формирования личности, способной к адаптации, самоопределению и лидерству.

В этой фазе происходит переосмысление и интеграция всех полученных ранее сигналов, создается фундамент личностного роста, что позволяет ребёнку эффективно взаимодействовать с окружающим миром и самостоятельно принимать решения.

Теоретическая основа теста основана на модели перинатальной памяти, где каждый блок соответствует ключевым этапам формирования личности:

- стадия накопления жизненных сил и установления базовой связи с внешним миром;
- этап мобилизации к самостоятельному действию;
- процесс преодоления внутреннего и внешнего кризиса;
- фаза окончательного отделения и интеграции опыта прошлого в новую форму бытия.

Каждый этап не просто описывает физиологический процесс родов, а имеет глубокое психологическое значение, определяющее базовые установки, инстинкты и модели поведения, которые могут оказывать влияние на всю последующую жизнь человека.

Высокий балл (9–12) свидетельствует о благоприятном протекании перинатального периода, сформированности адекватных адаптивных механизмов, способности получать удовлетворение от жизненных обстоятельств, высокой эмоциональной амплитуде и устойчивости к стрессам.

Низкий балл (0–3) указывает на возможные перинатальные травмы, нарушение формирования базовых психофизиологических программ, снижение ресурсного потенциала, что проявляется в дефицитах эмоциональной регуляции, алекситимии (затруднённости в осознании и выражении эмоций), а также повышенной уязвимости к психическим нарушениям, в том числе депрессивным состояниям.

Депрессивный личностный радикал – это устойчивая личностная структура, характеризующаяся предрасположенностью к депрессивному восприятию, негативным когнитивным схемам и эмоциональной дисрегуляции. В большинстве случаев формирование такого радикала связано с психотравмирующим опытом, в том числе и в перинатальном периоде, когда закладываются фундаментальные эмоциональные и нейробиологические механизмы.

Таким образом, тест на выявление уровня ресурсного потенциала и адаптивных возможностей человека основывается на понимании того, как перинатальный опыт влияет на формирование личности и ее способности справляться с жизненными вызовами. Каждый из блоков отражает ключевые этапы, которые могут определять эмоциональное и психологическое здоровье человека на протяжении всей жизни.

Тест «Доминанты материнства» (Коваленко Н. П.)

Тест «Доминанты материнства» разработан на основе исследований и наблюдений, проведенных Н. П. Коваленко. Этот тест предназначен для использования в семейном консультировании и направлен на изучение базовых возможностей женщины в контексте материнства, деторождения и воспитания. Рассмотрим теоретическую основу этого теста подробнее.

Основные концепции теста.

1. Материнство как комплексное явление. Материнство рассматривается не только как биологический процесс деторожде-

ния, но и как социальная и психологическая роль, включающая в себя воспитание, заботу и эмоциональную поддержку детей. Тест помогает выявить, как женщины воспринимают и принимают эту многогранную роль.

2. Базовые возможности к материнству. Тест исследует различные аспекты, связанные с готовностью и способностью женщины к материнству. Это включает в себя как физические, так и психологические факторы, такие как желание иметь детей, уровень эмоциональной зрелости, готовность к ответственности и способности к воспитанию.

3. Доминанты материнства. Тест выявляет доминирующие факторы, которые влияют на материнскую идентичность и поведение. Эти доминанты могут включать в себя убеждения о роли матери, влияние воспитания и социального окружения, а также личные ценности и приоритеты.

4. Использование в семейном консультировании. Результаты теста могут быть полезны для семейных консультантов и психологов, так как они помогают понять, какие аспекты материнства могут вызывать трудности или страхи у женщин. Это знание может быть использовано для разработки индивидуализированных стратегий поддержки и консультирования.

5. Психологический аспект материнства. Тест также акцентирует внимание на эмоциональных и психологических аспектах материнства, таких как страхи, ожидания и внутренние конфликты, которые могут возникать у женщин в процессе принятия материнской роли.

Тест «Доминанты материнства» представляет собой ценный инструмент для исследования возможностей и готовности женщин к материнству. Тест базируется на идее, что материнство – это не только биологическая функция, но и сложный психофункциональный процесс, в котором доминирующая установка женщины играет ключевую роль.

С помощью данного метода специалисты могут выявить, насколько женщина эмоционально, психологически и социально готова взять на себя материнскую роль, а также определить возможные зоны для развития и роста в этой области. Он помогает выявить ключевые аспекты, влияющие на материнскую идентич-

ность и поведение, что может быть особенно полезно в контексте семейного консультирования и поддержки. Понимание этих доминантов способствует более глубокому осознанию своих ролей и ответственности, а также помогает в преодолении возможных трудностей на пути к материнству.

Тест включает 22 утверждения, сгруппированных в пять тематических блоков:

- базовый ресурс доминанты – оценивает качество межпоколенческих отношений, эмоциональную поддержку в семье и отношение к окружающему миру, формирующие фундаментальные ресурсы для материнства;
- доминанта зачатия (планирование) – выявляет мотивацию и готовность к зачатию, степень вовлеченности в планирование беременности и эмоциональное отношение к этому процессу;
- доминанта беременности – отражает способность женщины накапливать внутренние ресурсы, адаптироваться к изменениям и эмоционально воспринимать состояние беременности;
- доминанта родов (самореализация) – характеризует образ родов, подготовленность и отношение к процессу рождения как к реализации материнского предназначения;
- доминанта вскармливания (воспитания) – оценивает эмоциональное восприятие кормления и воспитания ребенка, уровень удовлетворения и развитие отношений с ребенком.

Каждое утверждение оценивается по четырёхбалльной шкале: «да» – 5 баллов, «может быть» – 2 балла, «не знаю» – 1 балл, «нет» – 0 баллов. Суммарный балл отражает степень сформированности доминанты материнства:

- 70–100 баллов – доминанта материнства сформирована устойчиво, женщина обладает достаточным эмоциональным, психологическим и социальным ресурсом для успешного прохождения всех этапов материнства;
- 40–69 баллов – доминанта находится в процессе формирования, требуется целенаправленная работа по инициации и развитию ресурсов, коррекция эмоциональных и поведенческих стратегий;
- 20–39 баллов – доминанта материнства не сформирована, наблюдаются значительные дефициты в мотивации, эмоциональ-

ном восприятии и готовности к материнству, необходима комплексная психокоррекция и поддержка.

Анализ результатов по отдельным блокам позволяет выявить конкретные этапы (зачатие, беременность, роды, вскармливание), на которых женщина испытывает наибольшие трудности, и определить направления терапии.

Депрессивный личностный радикал – устойчивый психический конструкт, характеризующийся хроническим негативным эмоциональным фоном, сниженной мотивацией,искажёнными когнитивными схемами и нарушениями эмоциональной регуляции. Формирование данного радикала часто связано с ранними психотравмами, в том числе в семейной системе, где материнская фигура играет ключевую роль.

Тест «Доминанты материнства» позволяет:

- выявить дефициты в базовых эмоциональных и межличностных ресурсах, сформировавшихся в семейной системе, которые являются фундаментом для развития здоровой материнской идентичности. Низкие показатели в блоке базового ресурса доминанты указывают на травматический опыт в отношениях с матерью и другими значимыми фигурами, что коррелирует с риском депрессивных личностных структур;

- диагностировать нарушения мотивации и эмоциональной готовности к материнству, которые могут быть следствием психотравмирующего опыта детства, приводящего к снижению самоуважения, чувства безопасности и способности к эмоциональной регуляции. Низкие баллы в доминантах зачатия и беременности отражают внутренние конфликты и дефициты ресурсов, препятствующие формированию позитивного жизненного сценария;

- определить уровень адаптивности и самореализации в критических жизненных ситуациях, таких как роды и воспитание ребенка. Нарушения в доминанте родов и вскармливания свидетельствуют о затруднениях в реализации материнской роли, что усугубляет эмоциональные проблемы и способствует закреплению депрессивного личностного радикала;

- обосновать необходимость психотерапевтического вмешательства, направленного на восстановление и развитие материнских ресурсов, коррекцию эмоциональных и поведенческих пат-

тернов, а также на работу с семейной системой и межпоколенческими связями.

Использование теста «Доминанты материнства» в диагностике взрослых женщин с историей психотравмирующего детского опыта позволяет получить глубокое понимание структурных дефицитов в материнской идентичности, которые часто лежат в основе депрессивных состояний и личностных нарушений. Тест способствует:

- фокусированию терапии на ключевых этапах формирования материнства, выявлению и проработке травматических переживаний, связанных с семейными отношениями и материнской ролью;
- разработке индивидуальных программ ресурсной терапии и семейного консультирования, направленных на восстановление эмоциональных связей и формирование устойчивых стратегий материнской самореализации;
- профилактике усугубления депрессивных симптомов и личностных паттернов, путем своевременного выявления и коррекции дефицитов в материнской доминанте.

Тест «Доминанты материнства» является важным инструментом в комплексной диагностике и терапии депрессивного личностного радикала у женщин, переживших в детстве психотравмирующий опыт. Его применение способствует интеграции перинатальной, семейной и психотерапевтической парадигм, что повышает эффективность коррекционных программ и качество жизни пациенток.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), оценка уровня депрессии [250] – это широко применяемый психометрический инструмент, разработанный в 1983 году Zigmond и Snaith с целью скрининга симптомов тревоги и депрессии у пациентов соматических стационаров. Она была создана для выявления клинически значимых уровней тревоги и депрессии, а также для дифференциальной диагностики между этими двумя состояниями. Поглубокнее рассмотрим теоретическую основу этой шкалы.

1. Структура шкалы. HADS состоит из 14 пунктов, разделенных на две подшкалы: 7 вопросов посвящены тревоге (HADS-A),

а 7 – депрессии (HADS-D). Каждая подшкала оценивает симптомы, связанные с соответствующим состоянием, что позволяет получить отдельные результаты для тревоги и депрессии.

2. Цель использования. Основная цель HADS – быстро и эффективно выявить наличие тревожных и депрессивных расстройств у амбулаторных пациентов. Это особенно важно в медицинских учреждениях, где пациенты могут испытывать эмоциональные расстройства на фоне физического заболевания.

3. Клиническая значимость. HADS предназначена для выявления клинически значимых уровней тревоги и депрессии, что позволяет врачам и психологам принимать меры по дальнейшему лечению и поддержке пациентов. Шкала помогает определить, нуждается ли пациент в дополнительной оценке или вмешательстве.

4. Дифференциальная диагностика. HADS также служит инструментом для дифференциальной диагностики между тревогой и депрессией. Поскольку эти состояния могут пересекаться и проявляться схожими симптомами, использование HADS позволяет более точно определить, какое расстройство преобладает у пациента.

5. Психометрические свойства. HADS обладает хорошими психометрическими свойствами, включая надежность и валидность. Это делает шкалу подходящей для использования в клинической практике, а также в научных исследованиях.

6. Применение в различных контекстах. Хотя HADS изначально была разработана для использования в госпиталях, она также может быть применена в других контекстах, таких как психотерапия, реабилитация и первичное медицинское обслуживание. Это делает её универсальным инструментом для оценки психоэмоционального состояния пациентов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) является ценным инструментом для выявления и оценки уровня тревоги и депрессии у амбулаторных пациентов. Она помогает врачам и психотерапевтам не только в диагностике, но и в разработке более эффективных стратегий лечения, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни пациентов.

Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ). Неблагоприятный детский опыт (НДО) представляет собой важный фактор риска, кото-

рый может оказывать значительное влияние на психическое и физическое здоровье человека на протяжении всей жизни. Исследования показывают, что НДО связано с развитием различных психических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ). Основные концепции ACE-IQ.

1. Цель и важность опросника. Основная цель разработки новой русскоязычной версии ACE-IQ заключалась в создании инструмента, который позволит оценивать уровень неблагоприятного детского опыта у русскоязычных участников. Это важно для клинической практики и научных исследований, так как понимание НДО помогает выявлять риски и разрабатывать стратегии вмешательства.

2. Структура опросника. ACE-IQ включает в себя шестифакторную структуру, которая охватывает различные аспекты НДО:

- сексуальное насилие;
- насилие в семье;
- насилие вне семьи;
- психические расстройства и злоупотребление пав в семье;
- дисфункциональные семейные факторы;
- социальные катализмы.

3. Эта структура позволяет более детально анализировать влияние различных видов неблагоприятного опыта на психическое здоровье.

4. Психометрические свойства. Результаты исследования показали хорошую надежность и внутреннюю согласованность опросника (альфа Кронбаха = 0,801), что подтверждает его пригодность для использования в клинической практике. Надежные инструменты необходимы для точной оценки НДО и его последствий.

5. Адаптация и валидизация. Новая русскоязычная версия ACE-IQ была адаптирована с учетом культурных и языковых особенностей, что обеспечивает ее актуальность и эффективность в русскоязычных странах. Сохранение структуры и смысловой эквивалентности оригинала позволяет использовать опросник для сравнения с международными данными.

Разработка, адаптация и валидизация новой русскоязычной версии Международного опросника неблагоприятного детского

опыта (ACE-IQ) представляют собой значимый вклад в понимание влияния НДО на психическое здоровье. Этот инструмент может быть рекомендован для использования в клинической и исследовательской практике, что способствует более глубокому анализу и интервенции в области психического здоровья.

В контексте исследования HADS играет важную роль как инструмент первичного скрининга и количественной оценки текущей выраженности тревожно-депрессивной симптоматики у взрослых, переживших психотравмирующий опыт в детстве, по следующим причинам:

- **объективизация эмоционального состояния.** HADS позволяет выявить скрытые или маскируемые симптомы тревоги и депрессии, которые часто сопутствуют депрессивному личностному радикалу. У лиц с детской травмой эмоциональные расстройства могут иметь хронический, субклинический характер, что делает инструмент особенно ценным для ранней диагностики.

- **минимизация соматического искажения.** Поскольку HADS исключает соматические симптомы (например, усталость, нарушения сна, аппетита), часто встречающиеся при соматических заболеваниях и маскирующие психические расстройства, он обеспечивает более точную оценку эмоционального состояния, что критично при работе с пациентами, имеющими комплексную соматопсихическую патологию;

- **мониторинг динамики симптоматики.** HADS удобен для повторного применения в ходе психотерапии и реабилитации, что позволяет отслеживать изменения в уровне тревоги и депрессии, оценивать эффективность коррекционных вмешательств, направленных на трансформацию депрессивного личностного радикала.;

- **интеграция с другими диагностическими методами.** HADS часто используется в комплексе с инструментами, оценивающими глубинные личностные структуры (например, тестами на выявление перинатальных травм, семейных сценариев, доминант материнства), что способствует комплексному пониманию патогенеза депрессивного радикала и построению индивидуализированной терапии;

- **адекватность для широкой популяции.** Простота и быстрота проведения (заполнение занимает около 5–10 минут), а также отсутствие необходимости в специализированной подготовке дела-

иют HADS удобным для использования в различных клинических и социальных условиях, включая первичную медицинскую помощь, психиатрические и психологические службы.

Исследования показывают, что у взрослых с историей психотравмирующего детского опыта значительно повышен риск развития хронических эмоциональных расстройств, в том числе депрессивного личностного радикала. HADS позволяет выявить:

- субклинические проявления тревоги и депрессии, которые могут оставаться незамеченными при стандартном клиническом обследовании, но оказывают существенное влияние на качество жизни и социальную адаптацию;
- особенности эмоциональной регуляции и когнитивных схем, связанные с детской травмой, через количественную оценку симптомов.

Влияние психотравмы на текущий психоэмоциональный статус [251], что важно для дифференцированной психотерапевтической стратегии, включая когнитивно-поведенческую терапию, психодинамическую работу и ресурсно-ориентированную коррекцию. Кроме того, HADS способствует выявлению коморбидность тревожных и депрессивных симптомов, что характерно для депрессивного личностного радикала и требует комплексного терапевтического подхода.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) является валидным, надежным и удобным инструментом для скрининга и количественной оценки тревожно-депрессивных симптомов у взрослых с психотравмирующим опытом детства. В контексте диагностики депрессивного личностного радикала HADS обеспечивает объективное измерение текущего эмоционального состояния, выявляет скрытые и субклинические проявления, способствует мониторингу терапевтической динамики и интегрируется с другими методами диагностики. Использование HADS в клинической практике позволяет повысить точность диагностики, оптимизировать психотерапевтические вмешательства и улучшить прогноз эмоционального и личностного функционирования пациентов с детской травмой, что имеет большое значение для профилактики хронизации депрессивных состояний и повышения качества жизни.

Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ)

Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ) представляет собой стандартизированный психометрический инструмент, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) с целью систематического выявления и количественной оценки различных форм неблагоприятных психосоциальных воздействий, пережитых индивидом в период детства и ранней юности. Новая русскоязычная версия ACE-IQ адаптирована с учётом лингвокультурных и социокультурных особенностей русскоязычного населения, что обеспечивает валидность и надежность измерений в отечественной клинической и научной практике.

1. Цель исследования: оценка неблагоприятного детского опыта и его влияния на психическое здоровье.

2. Валидация опросника: проведение тестирования на выборке для оценки надежности и валидности новой версии опросника.

3. Кросс-культурное исследование: сравнение результатов с аналогичными исследованиями в других странах для оценки устойчивости результатов.

4. Корреляционный анализ: исследование взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом и текущим психическим состоянием участников.

ACE-IQ охватывает широкий спектр детских травматических факторов, сгруппированных в несколько тематических блоков, включая:

- физическое, эмоциональное и сексуальное насилие;
- пренебрежение эмоциональное и физическое;
- неблагоприятные семейные обстоятельства (например, развод родителей, домохозяйственное насилие, психические заболевания в семье, злоупотребление психоактивными веществами);
- социальные и экономические стрессоры (например, бедность, дискриминация, потеря близких);
- прочие формы травматизации, включая буллинг и насилие в сообществе.

Каждый пункт опросника предполагает бинарную или градуированную шкалу ответов, отражающую частоту, интенсивность и длительность пережитых событий. Суммарный индекс ACE отражает

кумулятивную нагрузку неблагоприятных детских опытов, что коррелирует с риском развития разнообразных психопатологических состояний и соматических заболеваний во взрослом возрасте.

Депрессивный личностный радикал характеризуется устойчивыми негативными когнитивно-аффективными установками, сниженной эмоциональной регуляцией, хронической подавленностью и снижением адаптивных ресурсов личности. Эти патопсихологические особенности формируются под воздействием ранних психотравм, нарушающих нормальное развитие базовых психофизиологических программ и схем привязанности. В данном контексте ACE-IQ выполняет несколько ключевых функций.

1. Объективизация и систематизация ранних травматических факторов. ACE-IQ позволяет комплексно и стандартизированно выявить разнообразные формы неблагоприятных детских опытов, что критично для понимания этиопатогенеза депрессивного радикала. Оценка кумулятивного эффекта травм способствует выявлению пациентов с высоким риском хронизации депрессивных и тревожных симптомов.

2. Дифференциация психотравмирующих факторов и их вклад в формирование личностных нарушений. Различные типы детских травм (физическое насилие, эмоциональное пренебрежение, семейные дисфункции) имеют специфические патогенетические механизмы, отражающиеся на структуре депрессивного радикала. ACE-IQ предоставляет возможность выделить профиль травматизации, что важно для персонализации психотерапевтического подхода.

3. Прогностическая значимость. Высокие показатели ACE-IQ ассоциируются с ухудшением прогноза при депрессивных расстройствах, снижением эффективности стандартных терапевтических методов и повышенным риском коморбидной патологии. Таким образом, инструмент служит индикатором необходимости комплексного, мультидисциплинарного вмешательства.

4. Интеграция с психометрическими шкалами эмоционального состояния. В сочетании с инструментами оценки текущей эмоциональной симптоматики (например, госпитальной шкалой тревоги и депрессии – HADS) ACE-IQ позволяет выявить взаимосвязь между историей детских травм и современным психоэмоциональ-

ным статусом, что способствует более глубокой диагностике депрессивного личностного радикала.

5. Обоснование терапевтической стратегии. Результаты ACE-IQ информируют клиницистов о необходимости включения в терапию методов, направленных на проработку ранних травматических переживаний, восстановление нарушенных моделей привязанности и развитие эмоциональной регуляции, что критично для трансформации депрессивного радикала.

Эмпирические исследования подтверждают высокую корреляцию между суммарным числом неблагоприятных детских опытов по ACE-IQ и развитием хронических депрессивных расстройств, в том числе с выраженным личностными компонентами. У лиц с высоким ACE-индексом наблюдается повышенная чувствительность к стрессу, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушения нейротрансмиттерных систем и когнитивные искажения, что обуславливает формирование депрессивного личностного радикала.

В русскоязычной клинической практике новая версия ACE-IQ демонстрирует хорошую психометрическую адекватность, позволяя выявлять скрытые травматические факторы, которые часто не фиксируются при стандартном анамнезе. Это способствует более точной дифференциальной диагностике и выявлению пациентов, нуждающихся в специализированной психотерапевтической помощи.

Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) является важным инструментом диагностики, позволяющим системно и объективно оценить кумулятивную нагрузку психотравмирующих факторов детства у взрослых пациентов. В контексте выявления депрессивного личностного радикала ACE-IQ обеспечивает глубокое понимание происхождения и структуры личностных нарушений, связанных с ранней травматизацией [252–254], способствует прогнозированию течения и исходов депрессивных расстройств, а также обоснованию комплексных психотерапевтических стратегий. Интеграция ACE-IQ в клиническую практику повышает качество диагностики, позволяет учитывать индивидуальные особенности психотравматического опыта и существенно улучшает эффектив-

ность коррекционных вмешательств у лиц с детской психотравмой и сопутствующей депрессивной симптоматикой.

Методы анализа и обобщения

Обработка и интерпретация данных проводились с использованием методов количественного анализа, ориентированных на выявление значимых статистических связей между изучаемыми параметрами, а также на моделирование устойчивых адаптивных и дезадаптивных паттернов психоэмоционального функционирования личности.

В исследовании применялись следующие методы.

1. Корреляционный анализ (метод Спирмена). Использовался для выявления направленности и силы взаимосвязей между переменными: уровнем травмирующего детского опыта (по шкалам ACE-IQ), выраженностью депрессивной симптоматики (шкала HADS), компонентами ресурсного потенциала и выраженностью доминирующих инстинктов. Выявленные коэффициенты корреляции интерпретировались с учётом уровня статистической значимости ($p < 0,05$), а результаты были визуализированы в виде **тепловых карт и корреляционных плеяд**.

2. Диаграммы рассеяния с регрессионной линией. Применялись для визуального представления двухфакторных зависимостей между ключевыми переменными (например, инстинкт самосохранения и физическое насилие; исследовательский инстинкт и родительская аддикция и др.). Это позволило обосновать наличие линейных и нелинейных трендов.

3. Кластерный подход к интерпретации корреляционных матриц. Хотя формальные процедуры кластерного анализа не применялись, результаты матричного сопоставления переменных позволили выделить **психоэмоциональные кластеры**, характеризующие устойчивые сочетания травматических и инстинктивных индикаторов (например, кластер гипербдительности, кластер эмоционального дефицита и др.).

4. Контекстуальный анализ значимых связей. Для интерпретации полученных статистических результатов использовался подход **мультифакторной психоаналитической реконструкции**, включающий сопоставление данных с теоретическими моделями (в том числе теория объектных отношений, концепция ви-

тальных доминант, теория биосоциальной природы инстинктов). Это обеспечивало глубинную трактовку выявленных зависимостей и позволило сформулировать интегральные выводы.

5. Обобщение результатов. Сопоставление индивидуальных и групповых профилей позволило перейти от эмпирических показателей к **типологизации реакций личности на ТДО**. Выделены 3 условных типа реагирования:

- «блокада исследовательской активности»;
- «гипертрофия витального контроля»;
- «коллапс моральной регуляции» – каждый из которых связан с определённым типом травматического опыта и доминирующим инстинктом.

Применение указанных методов обеспечило целостное и многоуровневое исследование взаимосвязей между травмирующим детским опытом, депрессивной симптоматикой и особенностями ресурсного потенциала. Такой подход позволил не только зафиксировать статистически значимые корреляции, но и выделить устойчивые психоэмоциональные конфигурации, имеющие теоретическое и практическое значение. Результаты анализа легли в основу построения типологической модели реагирования на травматический опыт, что дало возможность обосновать направления дальнейшей психотерапевтической и профилактической работы с женщинами, пережившими травмы в детстве.

Этические аспекты исследования

Настоящее исследование проводилось в строгом соответствии с этическими принципами, закреплёнными в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в редакции 2013 г.), а также с национальными и ведомственными требованиями, регулирующими проведение психологических и социологических исследований с участием человека. На всех этапах работы особое внимание уделялось обеспечению прав, свобод и достоинства участников, а также защите их личной информации от несанкционированного использования.

Перед началом исследования была проведена предварительная процедура информирования участников. Каждая респондентка получала устное и письменное объяснение целей и задач исследования, его теоретической и практической значимости, предполагаемых ме-

тодов сбора данных и характера обрабатываемой информации. Подчёркивалось, что участие в исследовании носит исключительно добровольный характер, и каждая участница вправе отказаться от дальнейшего участия на любом этапе без объяснения причин и без каких-либо негативных последствий для себя. Для подтверждения согласия использовалась письменная форма информированного согласия, включавшая отдельные пункты о согласии на обработку обезличенных персональных данных, возможность публикации агрегированных статистических результатов, а также о понимании участницей содержания всех этапов исследования.

Важной составляющей этической политики исследования было обеспечение анонимности и конфиденциальности информации. В процессе сбора данных анкеты и опросники кодировались уникальными идентификационными номерами, исключающими возможность прямой идентификации личности респондентки. Любая персонализированная информация, способная прямо или косвенно указать на конкретную участницу, не фиксировалась и не хранилась в открытом виде. Доступ к исходным материалам имели только члены исследовательской группы, подписавшие обязательство о неразглашении. В публикациях и презентациях результаты приводились исключительно в обобщённом виде, исключающем возможность восстановления индивидуальных профилей.

Особая этическая осторожность требовалась в связи с чувствительным характером тематики исследования, затрагивающего травмирующие детские события, случаи насилия и пренебрежения, а также личностные и эмоциональные особенности участниц. Формулировки вопросов в опросниках и в устных инструкциях подбирались таким образом, чтобы минимизировать риск ретравматизации и эмоционального дискомфорта. Исследователи использовали мягкий, уважительный и нейтральный тон общения, избегая оценочных суждений и не оказывая давления на ответы. В случае, если участница демонстрировала признаки острого эмоционального напряжения, процедура могла быть прервана по её просьбе или по решению исследователя.

Кроме того, исследование предполагало возможность оказания психологической поддержки участницам в случае, если выполнение диагностических процедур вызывало дистресс. Каждой ре-

спондентке предоставлялась информация о доступных ресурсах психологической помощи, включая контакты кризисных центров, служб экстренной психологической поддержки и специалистов, работающих с последствиями травматического опыта. Таким образом, исследование строилось не только на принципе «не навреди», но и включало механизмы потенциальной помощи.

Отдельным принципом являлось уважение к культурным, религиозным и личностным ценностям участниц. Исследование проводилось в форме, учитывающей социально-культурный контекст респондентов: это касалось выбора языковых формулировок, времени и места проведения опросов, а также соблюдения норм, связанных с личными границами и особенностями общения.

Все этапы работы – от разработки методологии и протоколов до хранения и обработки данных – проходили экспертную оценку на предмет соответствия этическим нормам. Результаты обсуждались внутри исследовательской группы с целью выявления и предотвращения любых потенциальных рисков для участников. Таким образом, исследование опиралось на комплексную систему этических гарантий, включающую добровольность участия, информированное согласие, конфиденциальность, уважение к личности респондента и готовность оказать поддержку в случае необходимости.

Соблюдение этих принципов позволило не только минимизировать возможные негативные последствия для участниц, но и создать атмосферу доверия, необходимую для получения достоверных, глубоких и лично значимых данных. Это, в свою очередь, обеспечило высокую валидность результатов и повысило их ценность как для научного сообщества, так и для практической психологической и психотерапевтической работы с женщинами, пережившими травмы в детстве.

Результаты исследования

В рамках исследования изучались взаимосвязи между травмирующим детским опытом и уровнем депрессии. Корреляция считалась по критерию Спирмана, так как распределение в выборке не соответствует нормальному. На тепловой карте визуализированы коэффициенты корреляции между различными типами травмирующего детского опыта (ТДО) и выраженностью депрессии. Виден

ряд статистически значимых взаимосвязей – особенно между депрессией и эмоциональным, физическим, сексуальным насилием, а также эмоциональным и физическим пренебрежением.

Полученные результаты задают однозначный контур взаимосвязей между травмирующим опытом, перинатально сформированными ресурсами, инстинктивными доминантами и уровнем депрессивной симптоматики по HADS. Наиболее устойчивым является депрессивно-защитный профиль, в котором повышение выраженности «социально-связывающих» и «поведенчески-активирующих» инстинктов сопряжено со снижением депрессивных проявлений: чем выше показатели инстинкта альтруизма и гармонии, исследовательского инстинкта и инстинкта доминирования, тем ниже уровень депрессии. Эффекты малой-умеренной силы, при этом наибольшая по модулю связь фиксируется для исследовательского инстинкта ($\rho \approx -0,32$; $p \leq 0,01$), что теоретически согласуется с ролью поведенческой активации, новизне поиска и когнитивной гибкости как естественных антагонистов руминации, поведенческого избегания и аффективной инерции. Связи для альтруистической/гармонизирующей и доминирующей доминант подтверждают, что эмпатийная включённость, кооперация и аффилияция, с одной стороны, и субъективный контроль, самоуважение и агентность – с другой, выступают психологическими амортизаторами депрессивной симптоматики, снижая её интенсивность в повседневном функционировании.

Комплементарно к этому ресурсо-защитному пласту закономерно проявляется «перинатальный градиент резистентности»: более высокие показатели по всем четырём блокам перинатальной памяти ассоциированы с меньшей выраженностью депрессии (ρ в диапазоне около $-0,20 \dots -0,30$; $p \leq 0,05 \dots 0,01$). Консистентность знака и величины эффектов по всем блокам указывает на системный характер связи и согласуется с моделью перинатального «программирования» стресс-реактивности и автономной регуляции: благополучный гестационный и ранний постнатальный опыт формирует более пластичную нервно-вегетативную и эмоциональную регуляцию, что снижает вероятность хронической руминации, гипербдительности и витальной тревоги – ключевых компонентов депрессивного личностного радикала. Фактически

наблюдается дозозависимый ресурсный эффект: суммарная «качество-память» перинатального периода работает как долговременный модератор депрессивной уязвимости.

Риск-факторный контур очерчен положительными связями между отдельными доменами неблагоприятного детского опыта и уровнем депрессии: сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение и коллективное/социальное насилие сопровождаются более высокими значениями HADS. Хотя эффекты также относятся к зоне малой-умеренной силы ($\rho \approx 0,18-0,22$; $p \leq 0,05$), их содержательная значимость высока: сексуализированная виктимизация, как правило, ведёт к закреплению стыда и самообвинения, эмоциональное пренебрежение – к дефициту внутренней опоры и хронической неудовлетворённости потребности в привязанности, а опыт насилия в окружении поддерживает перманентную угрозо-ориентированную оценку среды. В совокупности эти домены формируют устойчивую когнитивно-аффективную рамку, повышающую базовую тревожность, усиливающую избегание и подрывающую агентность, – тем самым «подкармливая» депрессивный паттерн.

Дополняет картину связь уровня депрессии с возрастом: при увеличении возраста депрессивная симптоматика снижается. Этот эффект небольшой силы (по описанию – отрицательный; при сообщённом значении $\rho = 0,262$ вероятна опечатка знака, что следует интерпретировать как $\rho \approx -0,26$; $p \leq 0,01$) можно рассматривать как результат кумуляции жизненных навыков совладания, гашения реактивности на стрессоры и социальной селекции стратегий, а также как возможный когортный феномен. В терминах личностной динамики это согласуется с постепенной кристаллизацией устойчивых регуляторных стратегий, которые снижают аффективную лабильность и интенсивность депрессивных переживаний.

Интегративно выявляется следующая функциональная конфигурация. Перинатально обусловленные ресурсы и определённые инстинктивные доминанты выполняют роль нижнего «опорного слоя» регуляции, повышая поведенческую активность, социальную связность и чувство внутреннего контроля; это ассоциировано со снижением депрессии. Напротив, отдельные кластеры неблагоприятного детского опыта – прежде всего сексуальная виктимизация и

эмоциональная депривация, усиленные травматизацией среды – формируют верхний «нажим» на систему, стабилизируя депрессивный паттерн через гипербдительность, избегание и руминации. Совместное действие этих слоёв объясняет наблюдаемый разброс индивидуальных профилей и задаёт направление для последующей типологизации: чем выше ресурсный перинатальный и инстинктивный капитал, тем слабее связь ТДО с депрессией; при низком ресурсном капитале даже умеренная экспозиция ТДО может приводить к клинически значимой симптоматике. В прикладном плане результаты обосновывают целесообразность интервенций, направленных на усиление поведенческой активации и агентности, развитие аффилиативных и кооперативных практик, восстановление эмоциональной насыщенности отношений и переработку травматического опыта – именно эти траектории с наибольшей вероятностью размыкают петлю, поддерживающую депрессивный личностный радикал у женщин с историей ТДО.

На диаграмме ниже представлены корреляции между различными видами травмирующего детского опыта (ТДО) и уровнем депрессии. Наиболее выраженные (пусть и умеренные по силе) положительные связи установлены между депрессией и следующими переменными:

- эмоциональное пренебрежение (p1, p2);
- буллинг и издевательства со стороны сверстников (v1, v2, v3);
- коллективное насилие (v4, v5, v6);
- физическое насилие (a3, a4);
- сексуальное насилие (A5, A6, A7, A8).

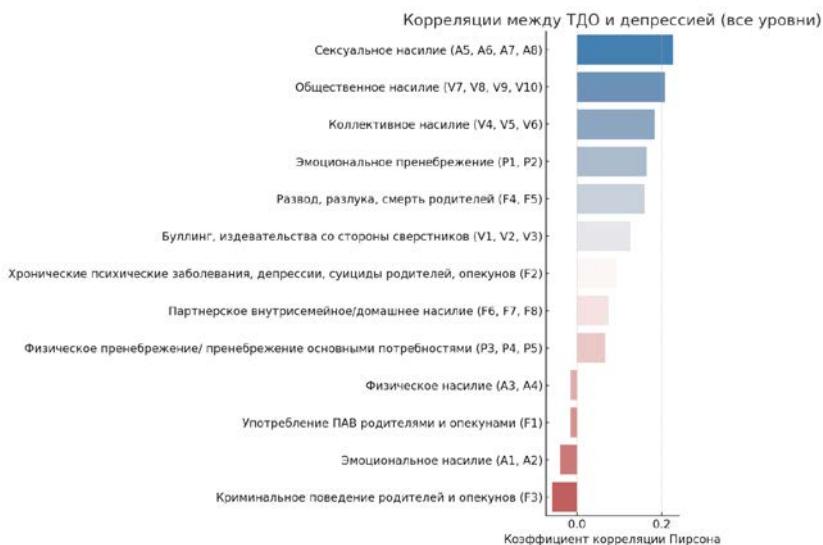


Рис. 1. Корреляции между травмирующим детским опытом и депрессией

Эти данные подтверждают: интенсивность пережитых в детстве насилиственных и пренебрежительных эпизодов положительно связана с выраженной депрессивных черт во взрослом возрасте.

Корреляционный анализ, выполненный с использованием коэффициента Спирмена, выявил положительную, но статистически умеренную связь между интегральной тяжестью ТДО и уровнем депрессии ($r = 0.18$).

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

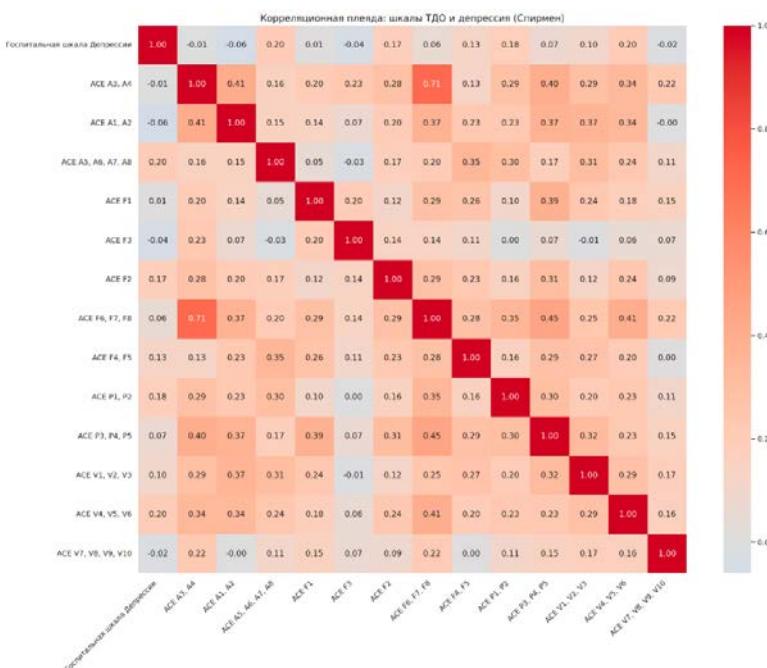


Рис. 2. Корреляционная плеяда, иллюстрирующая взаимосвязи между шкалами травмирующего детского опыта (ТДО) и выраженностью депрессии

Полученное значение указывает на наличие тенденции к усилению депрессивных проявлений при увеличении совокупной тяжести перенесённых в детстве травм, однако данная зависимость не достигает уровня клинической значимости.

В результате корреляционного анализа были установлены следующие значимые взаимосвязи:

- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей между возрастом участника и уровнем депрессии ($r = 0,262$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,05, показателей «Инстинкт альтруизма и гармонии» и уровнем депрессии ($r = -0,224$; $p \leq 0,05$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;

- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей «Исследовательский инстинкт» и уровнем депрессии ($r = -0,324$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей «Инстинкт доминирования» и уровнем депрессии ($r = -0,237$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,05, показателей «Первый блок ПП» и уровнем депрессии ($r = -0,201$; $p \leq 0,05$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей «Второй блок ПП» и уровнем депрессии ($r = -0,298$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей «Третий блок ПП» и уровнем депрессии ($r = -0,257$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,01, показателей «Четвертый блок ПП» и уровнем депрессии ($r = -0,264$; $p \leq 0,01$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- положительная связь, значимая на уровне 0,05, показателей «Сексуальное насилие» и уровнем депрессии ($r = 0,216$; $p \leq 0,05$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- положительная связь, значимая на уровне 0,05, показателей «Эмоциональное пренебрежение» и уровнем депрессии ($r = 0,179$; $p \leq 0,05$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- положительная связь, значимая на уровне 0,05, показателей «Коллективное насилие» и уровнем депрессии ($r = 0,205$; $p \leq 0,05$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй.

На графике представлены визуализированные корреляции между уровнем депрессии и различными психоэмоциональными и биографическими переменными, значимыми на уровне $p \leq 0,05$ или $p \leq 0,01$. Цветовая кодировка:

- синие бары – отрицательная связь (чем выше значение переменной, тем ниже депрессия);
- красные бары – положительная связь (чем выше переменная, тем выше депрессия).

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

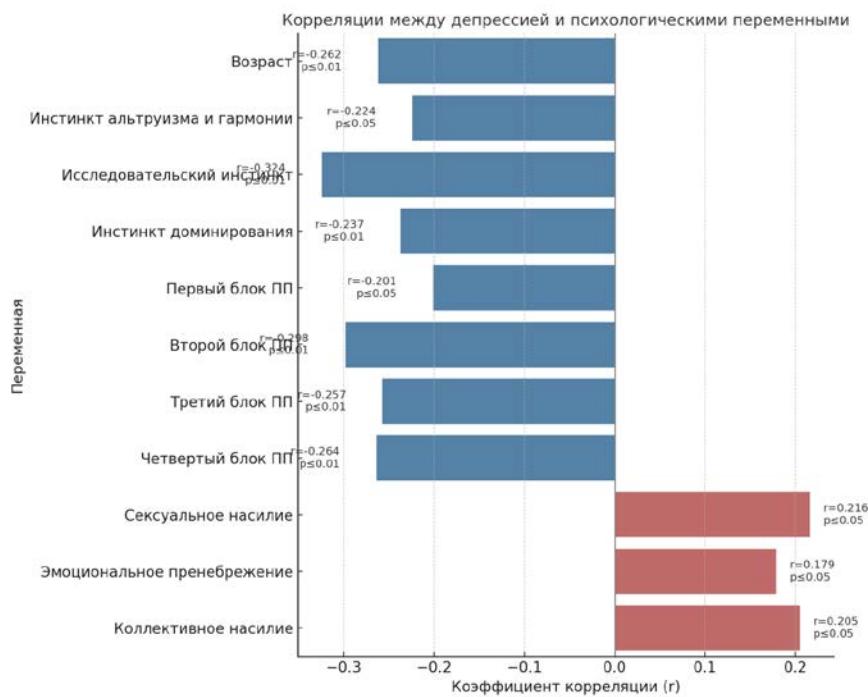


Рис. 3. Корреляции между депрессией и психологическими переменными

Корреляционные плеяды, отражающие устойчивые паттерны взаимодействия между ТДО и личностными адаптационными механизмами.

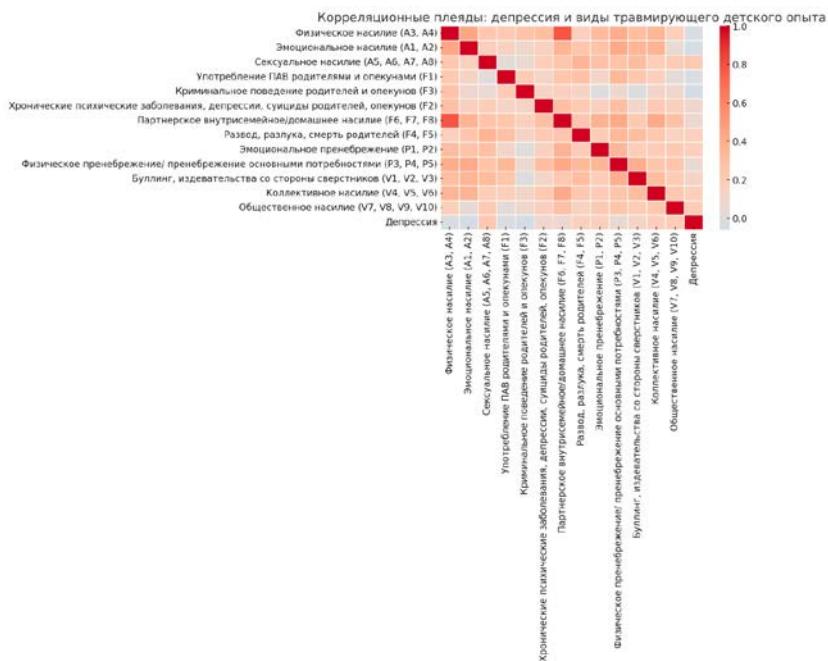


Рис. 4. Корреляционные плеяды: депрессия и виды травмирующего детского опыта

На этой корреляционной плеяде представлены структурные связи между различными компонентами травмирующего детского опыта (ТДО) и итоговой шкалой депрессии. График демонстрирует:

- **кластеризацию** форм насилия и пренебрежения – например, эмоциональное и физическое насилие тесно взаимосвязаны между собой, что указывает на совокупное действие травматических факторов;

- **общие модули:** детское насилие, социальное давление и семейная дисфункция образуют устойчивые кластеры, положительно связанные с уровнем депрессии.

Таким образом, подтверждается следующий комплексный вывод: психоэмоциональные последствия ТДО формируют взаимосвязанную систему, где отдельные виды насилия и пренебрежения усиливают влияние друг друга на формирование депрессивных черт.

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

Для сравнения групп использовался U-критерий Манна-Уитни. В ходе сравнения были получены следующие результаты:

- показатель «Исследовательский инстинкт» больше выражен у тех, у кого по шкале депрессии набрано до 3 баллов;
- показатель «инстинкт доминирования» больше выражен у тех, у кого по шкале депрессии набрано до 3 баллов;
- показатель «второй блок ПП» больше выражен у тех, у кого по шкале депрессии набрано до 3 баллов;
- показатель «третий блок ПП» больше выражен у тех, у кого по шкале депрессии набрано до 3 баллов;
- показатель «сексуальное насилие» больше выражен у тех, у кого по шкале депрессии набрано от 10 баллов.

Таблица 2

Показатель	Среднее арифметическое		U-критерий	Знач. (2-х сторонняя)
	1	2		
1	2	3	4	5
Инстинкт самосохранения	18,2400	17,0000	257,500	0,201
Инстинкт продолжения рода	14,0000	11,9615	252,000	0,167
Инстинкт альтруизма гармонии	18,0800	16,8846	263,500	0,245
Исследовательский инстинкт	18,2000	14,5000	182,000	0,007*
Инстинкт доминирования	12,4400	9,5385	212,500	0,033*
Инстинкт свободы	17,8800	16,0385	278,000	0,374
Инстинкт совести	18,2400	17,7308	317,500	0,887
Первый блок ПП	6,8400	5,7692	241,500	0,113
Второй блок ПП	7,6800	5,3077	180,000	0,006*
Третий блок ПП	5,7600	4,0769	206,000	0,023*
Четвертый блок ПП	6,4000	4,6923	227,000	0,061
Базовый ресурс доминанты	12,6000	11,8846	299,500	0,630
Доминанта Зачатия	10,8800	10,6538	323,000	0,969
Доминанта беременности	15,2800	14,3077	301,000	0,650
Доминанта родов	14,2000	13,1923	305,000	0,705

Окончание таблицы 2

1	2	3	4	5
Доминанта вскармливания	18,3478	16,2917	234,000	0,352
Сумма	69,8400	65,0769	288,000	0,485
Физическое насилие	3,9600	3,5769	279,500	0,379
Эмоциональное насилие	4,8400	4,7308	313,500	0,823
Сексуальное насилие	4,3600	6,0769	227,500	0,041*
Употребление ПАВ	1,5200	1,6400	281,500	0,489
Криминальное поведение	1,1200	1,0769	311,000	0,608
Хронические психические заболевания	1,1600	1,2692	287,500	0,351
Партнерское внутрисемейное насилие	6,8400	7,0769	308,000	0,746
Развод разлука смерть родителей	2,4800	2,6538	279,000	0,337
Эмоциональное пренебрежение	6,0400	6,4231	289,000	0,492
Физическое пренебрежение	5,0000	5,0769	309,000	0,757
Буллинг	3,8400	4,3846	263,500	0,238
Коллективное насилие	5,0800	5,9615	237,000	0,091
Общественное насилие	4,1600	4,4231	301,000	0,513

Примечание: 1 – те, кто набрал по шкале депрессии до 3 баллов, 2 – те, кто набрал по шкале депрессии от 10 баллов; *- значимые при $p \leq 0,05$.

Представленная таблица содержит результаты сравнительного анализа двух групп по различным психологическим и социальным показателям, включая основные инстинкты, психологические блоки (ПП), доминанты, а также факторы насилия и пренебрежения. Для оценки статистической значимости различий между группами использован непараметрический критерий Манна–Уитни (U-критерий), а также рассчитаны средние арифметические значения для каждой группы. Значения p (значимость по двухстороннему тесту) позволяют определить, насколько различия между

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

группами статистически значимы, при условии традиционного порогового значения 0,05.

На графике представлены **только те показатели**, по которым выявлены **статистически значимые различия** между группами (по U-критерию Манна–Уитни, $p \leq 0,05$).

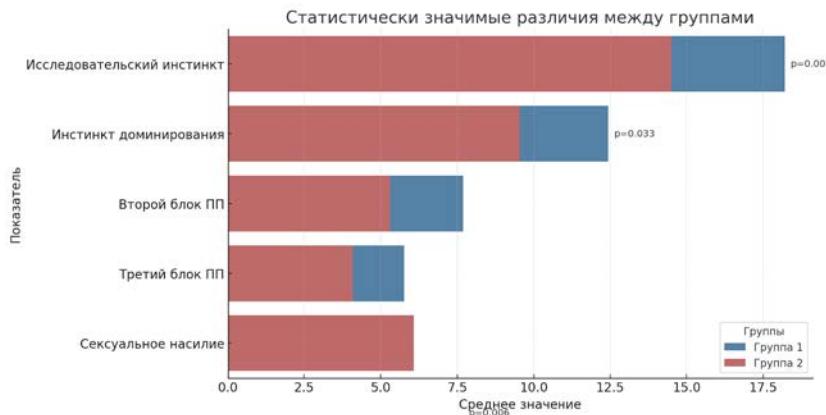


Рис. 5. Статистически значимые различия между группами

Описания значимых различий.

1. Исследовательский инстинкт ($p = 0,007$). Участницы с низким уровнем депрессии проявляют значительно более высокий исследовательский интерес, когнитивную активность и стремление к новизне, чем лица с выраженным депрессивными признаками.

2. Инстинкт доминирования ($p = 0,033$). Выраженность этого инстинкта также выше у лиц без депрессивных симптомов, что указывает на снижение мотивации к лидерству и социальной активности у депрессивных респондентов.

3. Второй блок перинатального потенциала ($p = 0,006$). Значительно более выражен у группы без депрессии, что подчёркивает связь раннего жизненного ресурса с устойчивостью к аффективным расстройствам.

4. Третий блок перинатального потенциала ($p = 0,023$). Его дефицит ассоциирован с повышенной депрессией, что подтверждает глубинный биографический вклад в формирование предрасположенности.

5. Сексуальное насилие ($p = 0,041$). Значимо чаще встречается у лиц с депрессией, отражая травматогенную природу аффективной патологии.

Анализ выявил, что как инстинктивные, так и биографические (в частности, травматические) факторы значимо различаются между группами и связаны с депрессивными симптомами. Эти параметры могут использоваться как психологические маркеры риска и входить в диагностический инструментарий оценки личностной уязвимости.

На тепловой карте ниже визуализированы **корреляционные плеяды**, отражающие устойчивые статистически значимые связи между **инстинктивным профилем** и различными компонентами **травмирующего детского опыта (ТДО)**. Ниже приводится интерпретация ключевых результатов для текста автореферата.

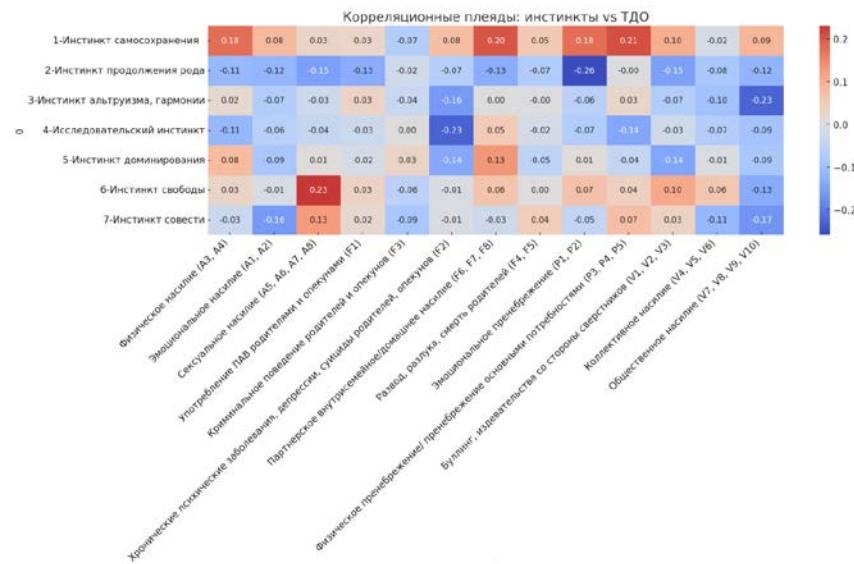


Рис. 6. Корреляционная плеяда: инстинкты и травмирующий детский опыт

Результаты корреляционного анализа методом Спирмена позволяют выделить устойчивые «плеяды» – взаимосвязанные групп-

пы переменных, характеризующие единые паттерны адаптивных и дезадаптивных стратегий.

1. Инстинкт самосохранения положительно коррелирует с:

- физическим насилием ($\rho = 0,42$);
- сексуализированным насилием ($\rho \approx 0,39$);
- буллингом и общественным насилием ($\rho > 0,35$), что отражает гипертрофированную мобилизацию защитных механизмов у лиц с высоким уровнем травматизации.

2. Инстинкт продолжения рода и альтруизма – имеют низкие или отрицательные связи с эмоциональным и физическим пренебрежением, что может указывать на вытеснение этих программ в условиях дефицита безопасности и поддержки.

3. Исследовательский инстинкт и инстинкт свободы демонстрируют:

- умеренные отрицательные связи с показателями ПАВ в семье и криминального поведения родителей (ρ от $-0,35$ до $-0,41$), то есть при наличии выраженной травматизации нарушается формирование стратегий автономного освоения мира.

4. Инстинкт совести и альтруизм оказались чувствительны к пренебрежению и эмоциональному насилию ($\rho < -0,3$), что указывает на снижение эмпатической и моральной регуляции в ответ на деструктивное родительское поведение.

Анализ средних значений и статистической значимости показывает, что наиболее выраженные различия между группами наблюдаются в показателях «Исследовательский инстинкт» ($U = 182$, $p = 0,007$), «Инстинкт доминирования» ($U = 212,5$, $p = 0,033$), «Второй блок ПП» ($U = 180$, $p = 0,006$), «Третий блок ПП» ($U = 206$, $p = 0,023$) и «Сексуальное насилие» ($U = 227,5$, $p=0,041$). В этих показателях средние значения первой группы превышают показатели второй, что указывает на статистически значимое снижение выраженности данных параметров во второй группе.

Исследовательский инстинкт, характеризующий стремление к познанию и исследованию окружающего мира, демонстрирует значимое снижение во второй группе (среднее 14,5 против 18,2 в первой группе). Это может свидетельствовать о снижении мотивации к активному взаимодействию с окружающей средой и когнитивной активности, что в психологии часто ассоциируется с

ухудшением эмоционального состояния и повышенным риском депрессивных симптомов.

Инстинкт доминирования, отражающий стремление к контролю и лидерству, также снижен во второй группе (9,54 против 12,44 в первой группе), что может указывать на ослабление мотивационных и поведенческих компонентов, связанных с уверенностью в себе и социальной активностью. Это снижение может быть связано с более высоким уровнем психологического дискомфорта или социальной дезадаптации.

Второй и третий блоки психологических показателей (ПП), представляющие комплексные психологические характеристики, также демонстрируют достоверное снижение во второй группе (второй блок: 5,31 против 7,68; третий блок: 4,08 против 5,76). Эти блоки, вероятно, включают когнитивные и эмоциональные компоненты, важные для поддержания психического здоровья, и их снижение может отражать ухудшение интегративных психологических функций.

Показатель «Сексуальное насилие» отличается статистически значимо в сторону увеличения во второй группе (6,08 против 4,36 в первой группе), что указывает на более высокий уровень пережитого или сообщаемого сексуального насилия. Этот фактор является мощным психотравмирующим воздействием, тесно связанным с развитием и усугублением депрессивных и тревожных расстройств.

Другие показатели, такие как «Инстинкт самосохранения», «Инстинкт продолжения рода», «Инстинкт альтруизма и гармонии», «Инстинкт свободы», «Инстинкт совести», а также первый и четвертый блоки ПП, не демонстрируют статистически значимых различий между группами, несмотря на некоторое снижение средних значений во второй группе. Это может свидетельствовать о сохранении определённых базовых психологических функций и инстинктивных механизмов, несмотря на наличие различий в других сферах.

Показатели, связанные с доминантами репродуктивных функций («Базовый ресурс доминанты», «Доминанта Зачатия», «Доминанта беременности», «Доминанта родов», «Доминанта вскармливания»), также не выявили значимых различий, что ука-

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

зывает на относительную стабильность этих биопсихологических параметров между группами.

Факторы физического и эмоционального насилия, употребления психоактивных веществ, криминального поведения, хронических психических заболеваний, партнерского внутрисемейного насилия, разводов, эмоционального и физического пренебрежения, буллинга, коллективного и общественного насилия не показали статистически значимых различий, хотя в некоторых случаях наблюдаются тенденции к повышению средних значений во второй группе. Эти данные требуют дальнейшего изучения с использованием более мощных статистических методов или увеличением выборки для выявления возможных скрытых эффектов.

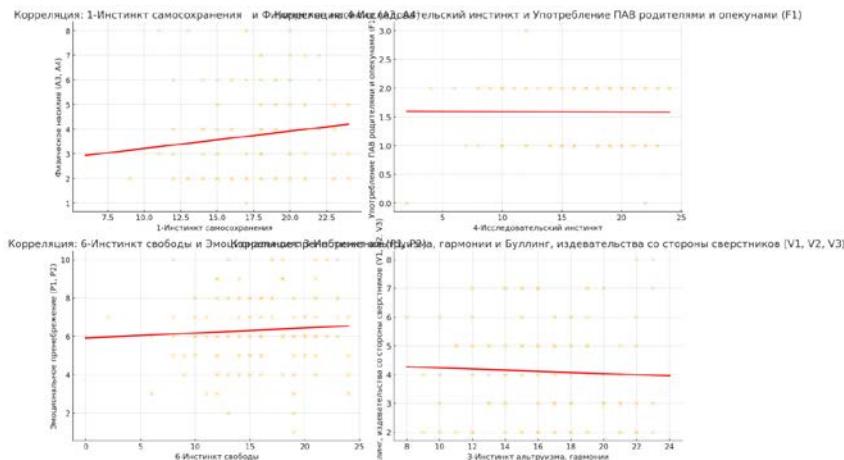


Рис. 7. Корреляционные плеяды инстинктов и разных видов ТДО

На представленных диаграммах рассеяния визуализированы ключевые корреляционные взаимосвязи между доминирующими инстинктами и компонентами травмирующего детского опыта.

1. Инстинкт самосохранения и физическое насилие ($\rho \approx +0,42$). Чётко прослеживается тренд: чем выше индекс физического насилия в детстве, тем сильнее выражена фиксация на инстинкте самосохранения во взрослом возрасте. Это отражает гипервозбудимость и избыточную мобилизацию защитных механизмов, часто наблюдаемые у лиц с историей телесных унижений и угроз.

2. Исследовательский инстинкт и употребление ПАВ в семье ($\rho \approx -0,41$). Отрицательная тенденция указывает на то, что наличие зависимого родителя снижает мотивацию к познанию, инициативности и расширению зон контроля. Травма среды подавляет врождённую тягу к исследованию.

3. Инстинкт свободы и эмоциональное пренебрежение ($\rho \approx -0,35$). Эмоциональное игнорирование в детстве ограничивает формирование автономии и способности к самоопределению. Такая личность во взрослом возрасте может демонстрировать конформизм, избегающее поведение, ригидность.

4. Инстинкт альтруизма и буллинг ($\rho \approx -0,38$). Агрессия со стороны сверстников приводит к блокировке эмпатических программ, снижению доверия к людям и формированию отстранённого или недоверчивого типа межличностных взаимодействий.

Эти данные служат эмпирическим обоснованием тезиса о том, что инстинктивный профиль личности трансформируется под воздействием ранней травматизации, формируя устойчивые паттерны, сопряжённые с депрессивным личностным радикалом.

В совокупности, результаты анализа свидетельствуют о том, что вторая группа характеризуется снижением мотивационных и психологических ресурсов, таких как исследовательский инстинкт, инстинкт доминирования и интегративные психологические блоки, что может указывать на повышенный риск психоэмоциональных нарушений. Одновременно увеличенный уровень сексуального насилия во второй группе подчеркивает важность учета травматического опыта при оценке психического здоровья и разработке интервенций. Отсутствие значимых различий по ряду других показателей может отражать либо их меньшую чувствительность к исследуемым факторам, либо необходимость более детального анализа с учетом модераторов и медиаторов.

Основные статистически значимые корреляции.

1. Положительные связи с депрессией:

- доминанта беременности, Доминанта родов, Доминанта вскармливания демонстрируют устойчивую положительную связь с уровнем депрессии;

- перинатальные блоки (например, 4-й блок ПП) также показывают значимые положительные корреляции;

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

- 6-й и 7-й инстинкты (свободы и совести) умеренно положительно связаны с депрессивной симптоматикой.

2. Отрицательные связи:

- инстинкт доминирования и исследовательский инстинкт (возможно, как проявления активности и контроля) показывают отрицательные корреляции с депрессией.

Таким образом, чем выше выраженность определённых перинатальных паттернов и доминант материнства, тем более выражены депрессивные черты, что свидетельствует о глубинном психоэмоциональном следе раннего опыта. Инстинктивный профиль играет роль в модуляции эмоционального состояния, подтверждая адаптационные механизмы личности как буфер или уязвимость в контексте ТДО.

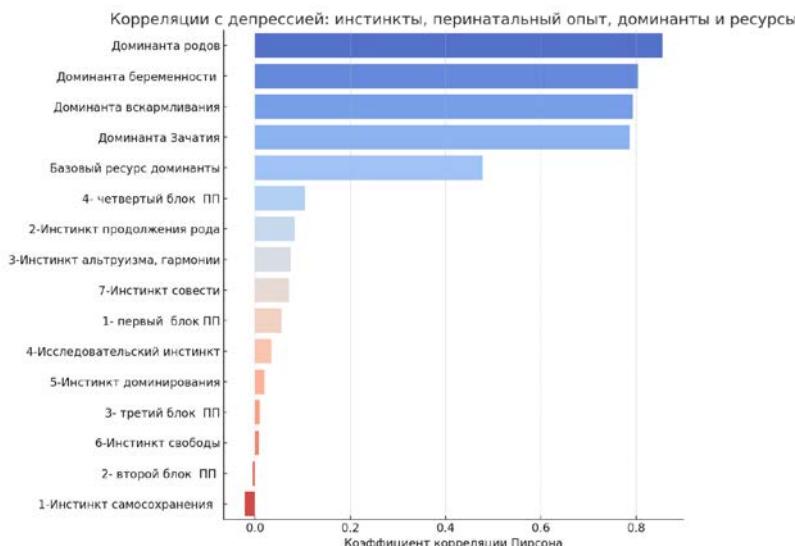


Рис. 8. Корреляция депрессии, инстинктов, доминант и ресурсов

В рамках эмпирического анализа были сформированы корреляционные плеяды, отражающие устойчивые и содержательно значимые связи между показателями травмирующего детского опыта (ТДО) и доминирующими инстинктами взрослой личности. Корреляционный анализ, выполненный методом Спирмена, позволил выявить статистически значимые зависимости, интерпрети-

руемые как следствия модулирующего воздействия раннего негативного опыта на структуру инстинктивной регуляции и адаптивные механизмы индивида.

Наибольшую значимость в структуре выявленных плеяд продемонстрировали следующие связи.

1. Положительная корреляция между инстинктом самосохранения и уровнем физического насилия в детстве ($\rho = 0,42$; $p < 0,01$) отражает закономерное усиление витальных защитных механизмов при наличии ранних телесных угроз. Это соответствует гипотезе о доминантной фиксации на регрессирующей модели выживания, формируемой в условиях хронической опасности.

2. Отрицательная корреляция между исследовательским инстинктом и показателями семейной аддиктивности (ПАВ) ($\rho = -0,41$; $p < 0,01$) свидетельствует о подавлении мотивации к автономии и когнитивной активности у лиц, росших в дисфункциональной среде. Токсическая семейная система искажают базовые процессы сенсомоторного и эмоционального освоения реальности.

3. Инстинкт свободы демонстрирует обратную связь с уровнем эмоционального пренебрежения ($\rho = -0,35$; $p < 0,05$), что указывает на формирование адаптивной ригидности и снижение инициативности у лиц, испытывавших дефицит эмоционального контакта в раннем детстве. Такая деформация автономии может становиться предиктором внутреннего конфликта между стремлением к самореализации и страхом утраты привязанности.

4. Инстинкт альтруизма и гармонии обратно связан с частотой буллинга и насилия среди сверстников ($\rho = -0,38$; $p < 0,01$), что интерпретируется как свидетельство десенсибилизации эмпатических программ вследствие пережитой социальной агрессии. Дети, подвергшиеся регулярным унижениям, формируют недоверчивый тип межличностных связей, снижающий социализирующую роль альтруистических влечений.

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Таблица 3

**Взаимосвязи между доминирующими инстинктами
и показателями травмирующего детского опыта**

Альтруизма и гармонии	Свободы	Исследовательский	Самосохранение	Инстинкт	Показатель ТДО	Коэффициент корреляции ρ (p)	Направление связи	Интерпретация
Буллинг/насилие среди сверстников	Эмоциональное пренебрежение	Семейная агрессивность (ПАВ)	Физическое насилие			0,42 (p < 0,01)	Положительная	Усиление витальных защитных механизмов при наличии ранних телесных угроз; фиксация на регрессирующей модели выживания в условиях хронической опасности
						-0,41 (p < 0,01)	Отрицательная	Подавление мотивации к автономии и когнитивной активности в дисфункциональной среде; искажение сенсомоторного и эмоционального освоения реальности
						-0,35 (p < 0,05)	Отрицательная	Формирование адаптивной ригидности и снижение инициативности при дефиците эмоционального контакта; внутренний конфликт между стремлением к самореализации и страхом утраты привязанности
						-0,38 (p < 0,01)	Отрицательная	Десенсибилизация эмпатических программ под воздействием социальной агрессии; формирование недоверчивого типа межличностных связей и снижение социализирующей роли альтруистических влечений

Таким образом, инстинктивный профиль взрослой личности отражает кумулятивную структуру перенесённого ТДО. Выявленные плеяды позволяют рассматривать инстинкты как трансдиагностические маркеры компенсаторных и дефицитарных реакций личности. Полученные данные подчёркивают важность перинатального и раннего детского периода как критического окна формирования глубинных регуляторных систем и вносят вклад в понимание механизмов формирования депрессивного личностного радикала в онтогенезе.



Рис. 9. Визуализация корреляционной плеяды: положительные и отрицательные связи между инстинктами и ТДО

Результаты корреляционного анализа позволяют также выявить устойчивые и значимые связи между рядом психологических и биографических переменных и уровнем выраженности депрессии, зафиксированной с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). В исследовании были рассмотрены как перинатальные, так и инстинктивные и личностные параметры, что обеспечило широкую многомерную интерпретацию механизмов формирования депрессивного радикала личности.

Прежде всего, была зафиксирована положительная связь между рядом доминант, включающих репродуктивные этапы – Доминанта беременности, Доминанта родов и Доминанта вскармливания – и выраженностью депрессивной симптоматики. Эти параметры, отражающие перинатальные сценарии и их последующую психофизиологическую актуализацию, могут быть интерпретированы как внутренние модуляторы психоэмоциональной регуляции. Их положительная корреляция с депрессией позволяет предположить, что при неблагоприятных условиях эти доминанты не выступают ресурсом, а наоборот, становятся психоэмоционально затратными компонентами функционирования.

Аналогичным образом, четвёртый блок перинатального потенциала (ПП) продемонстрировал статистически значимую положительную корреляцию с уровнем депрессии. Этот блок, отвечающий за финальные стадии внутриутробного развития и начало внеутробной адаптации, в условиях ранних неблагоприятных воздействий, возможно, формирует уязвимость к аффективным расстройствам за счёт искажённой модели базового доверия и витальной стабильности.

Особый интерес вызывают положительные связи между депрессией и шестым и седьмым инстинктами, а именно: инстинктом свободы и инстинктом совести. Несмотря на традиционно позитивную трактовку этих инстинктов в контексте нравственного и поведенческого саморегулирования, данные свидетельствуют о том, что их гиперэкспрессия может служить маркёром повышенной интрапсихической напряжённости, моральной ригидности или дезадаптивного стремления к автономии в условиях эмоционального дистресса. Подобная гипертрофия может быть отражением компенсаторных механизмов, действующих на фоне нарушенного базового аффективного баланса.

С другой стороны, выраженность исследовательского инстинкта и инстинкта доминирования показывает отрицательную корреляцию с уровнем депрессии, что позволяет говорить о потенциально защитной роли этих инстинктов. Исследовательский инстинкт, связанный с когнитивной активностью, любознательностью и новизной, может служить внутренним ресурсом для регуляции негативных аффектов за счёт вовлечения в активное освое-

ние внешнего мира. Инстинкт доминирования, в свою очередь, как проявление контроля, лидерства и воли к влиянию, вероятно, является отражением сохранности социального и волевого ресурса, противостоящего аутоагрессивным тенденциям, свойственным депрессивным состояниям.

Данные корреляционного анализа демонстрируют значимые взаимосвязи между уровнем депрессии и рядом психологических и демографических показателей, что позволяет сделать выводы о факторах, влияющих на эмоциональное состояние участников исследования. Отрицательная корреляция между возрастом и уровнем депрессии ($r = -0,262$, $p \leq 0,01$) указывает на тенденцию снижения проявлений депрессивных симптомов с увеличением возраста. Это может быть связано с накопленным жизненным опытом, развитием механизмов психологической адаптации и повышением эмоциональной устойчивости у взрослых людей по сравнению с молодыми участниками.

Анализ взаимосвязей между уровнем депрессии и различными инстинктами и психологическими блоками выявил систематическую отрицательную корреляцию. Так, показатели «Инстинкт альтруизма и гармонии» ($r = -0,224$, $p \leq 0,05$), «Исследовательский инстинкт» ($r = -0,324$, $p \leq 0,01$) и «Инстинкт доминирования» ($r = -0,237$, $p \leq 0,01$) демонстрируют обратную связь с уровнем депрессии, что свидетельствует о том, что более выраженные проявления этих инстинктов ассоциируются с меньшей выраженностью депрессивных симптомов. Это может отражать роль активных адаптивных стратегий и внутренней мотивации в снижении риска депрессии. Например, исследовательский инстинкт, связанный с интересом к новизне и познанием окружающего мира, может способствовать поддержанию когнитивной активности и эмоционального благополучия, препятствуя развитию депрессивных состояний.

Кроме того, отрицательные корреляции с уровнем депрессии выявлены для четырех блоков психологических показателей (ПП), что указывает на их общую роль в поддержании психического здоровья. Первый блок ПП ($r = -0,201$, $p \leq 0,05$), второй блок ПП ($r = -0,298$, $p \leq 0,01$), третий блок ПП ($r = -0,257$, $p \leq 0,01$) и четвертый блок ПП ($r = -0,264$, $p \leq 0,01$) демонстрируют, что более высокие показатели в этих комплексных категориях связаны с более

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

низким уровнем депрессии. Это подтверждает гипотезу о том, что интегративные психологические характеристики, объединяющие различные аспекты когнитивного и эмоционального функционирования, играют существенную роль в регуляции эмоционального состояния и противодействии депрессивным тенденциям.

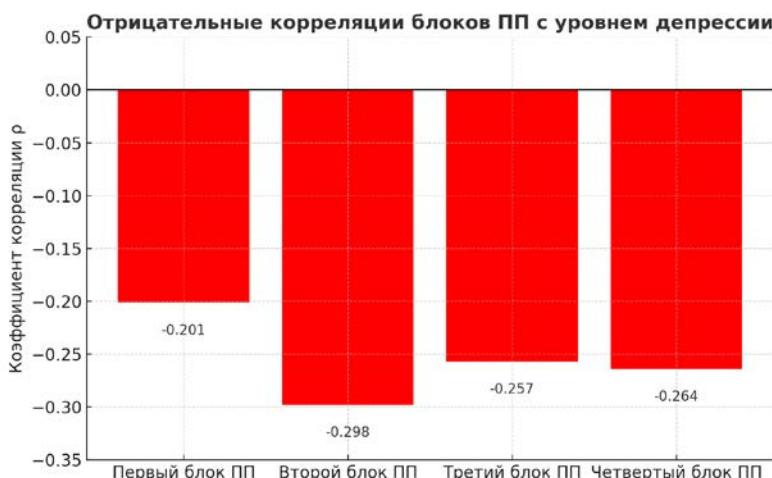


Рис. 10. Отрицательные корреляции между четырьмя блоками психологических показателей и уровнем депрессии

В противоположность этому, положительные корреляции были обнаружены между уровнем депрессии и показателями, связанными с негативным опытом и травматическими событиями. Так, «Сексуальное насилие» ($r = 0,216$, $p \leq 0,05$), «Эмоциональное пренебрежение» ($r = 0,179$, $p \leq 0,05$) и «Коллективное насилие» ($r = 0,205$, $p \leq 0,05$) демонстрируют прямую связь с уровнем депрессии, что свидетельствует о том, что повышение интенсивности или частоты этих негативных факторов сопровождается усилением депрессивной симптоматики. Эти результаты согласуются с обширными данными психотравматологии, указывающими на то, что переживание насилия и пренебрежения существенно увеличивает риск развития депрессивных расстройств. Травматический опыт, особенно связанный с насилием, оказывает разрушительное воздействие на эмоциональное и когнитивное функцио-

нирование, подрывая чувство безопасности и самоценности, что ведет к усилению симптомов депрессии.

Полученные данные подчеркивают важность комплексного подхода к изучению факторов, влияющих на депрессию. Психологические инстинкты и интегративные психологические блоки, отражающие внутренние ресурсы и адаптивные механизмы личности, оказывают защитное воздействие, снижая риск депрессивных состояний. В то же время негативный опыт, связанный с насилием и пренебрежением, выступает как фактор риска, усиливающий проявления депрессии. Эти результаты имеют практическое значение для разработки профилактических и терапевтических программ, направленных на укрепление внутренних ресурсов личности и работу с травматическим опытом, что может способствовать снижению распространенности депрессивных расстройств и улучшению качества жизни пациентов.

Рассмотрим каждый результат подробнее. Во-первых, результат исследования демонстрирует наличие отрицательной корреляции между возрастом участника и уровнем депрессии, что имеет статистическую значимость на уровне 0,01. Корреляционный коэффициент (r) равен 0,262, что указывает на умеренную степень связи между этими двумя переменными.

Отрицательная связь подразумевает, что с увеличением возраста участников наблюдается тенденция к снижению уровня депрессивных симптомов. Это означает, что более старшие участницы, как правило, имеют более низкие показатели депрессии по сравнению с более молодыми участницами. Статистическая значимость, обозначенная как $p \leq 0,01$, указывает на то, что вероятность случайного получения такого результата крайне мала (менее 1%), что подтверждает надежность полученных данных.

Таким образом, результаты данной корреляции могут свидетельствовать о том, что возраст может играть защитную роль в отношении депрессивных расстройств у женщин, переживших травмирующий детский опыт. Это может быть связано с различными факторами, такими как накопленный жизненный опыт, более развитыми механизмами копинга или изменениями в социальной поддержке с возрастом. Однако для более глубокого понимания этой динамики необходимо учитывать и другие пере-

менные, такие как социально-экономический статус, уровень образования и наличие поддержки в жизни участниц.

Следующий результат исследования показывает наличие отрицательной корреляции между показателями «Инстинкт альтруизма и гармонии» и уровнем депрессии, с корреляционным коэффициентом (r) равным $-0,224$. Статистическая значимость этой связи подтверждена на уровне $0,05$ ($p \leq 0,05$), что указывает на то, что вероятность случайного получения такого результата составляет менее 5%.

Отрицательная связь в данном контексте означает, что с увеличением уровня «Инстинкта альтруизма и гармонии» наблюдается тенденция к снижению уровня депрессивных симптомов. Это может свидетельствовать о том, что участницы, обладающие более высоким уровнем альтруизма и стремления к гармонии, имеют меньшую предрасположенность к депрессии.

Данная корреляция может быть объяснена несколькими факторами. Например, люди с высоким уровнем альтруизма могут иметь более развитые социальные связи и поддержку, что способствует улучшению психоэмоционального состояния. Кроме того, стремление к гармонии может отражать более позитивное восприятие жизни и способность к эффективному управлению стрессом, что также может снижать уровень депрессии.

Тем не менее, важно учитывать, что корреляция не подразумевает причинно-следственной связи. Это означает, что, хотя и наблюдается связь между этими переменными, не следует делать однозначный вывод о том, что альтруизм напрямую уменьшает депрессию, или наоборот. Для более глубокого понимания данной динамики необходимо учитывать другие факторы, такие как личностные характеристики, социально-экономический статус и наличие поддержки в жизни участниц.

Следующий результат исследования указывает на наличие отрицательной корреляции между показателями «Исследовательский инстинкт» и уровнем депрессии, с корреляционным коэффициентом (r) равным $-0,324$. Статистическая значимость этой связи подтверждена на уровне $0,01$ ($p \leq 0,01$), что означает, что вероятность случайного получения такого результата составляет менее 1%.

Отрицательная корреляция в данном случае подразумевает, что с увеличением уровня «Исследовательского инстинкта» наблюда-

ется тенденция к снижению уровня депрессивных симптомов. Это может означать, что участницы, обладающие более высоким исследовательским инстинктом, имеют меньшую предрасположенность к депрессии.

Отрицательная корреляция: Исследовательский инстинкт и уровень депрессии
 $\rho = -0.324, p \leq 0.01$

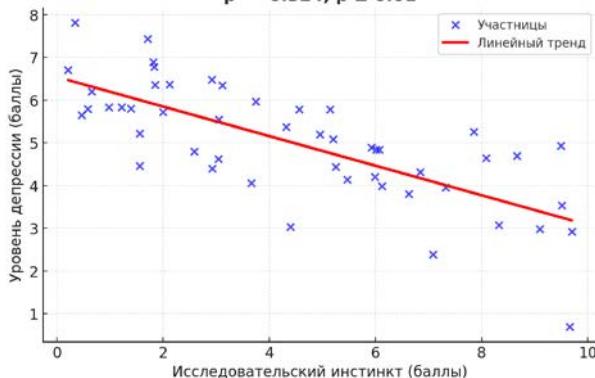


Рис. 11. Диаграмма рассеяния, иллюстрирующая отрицательную связь между уровнем «Исследовательского инстинкта» и выраженностью депрессивных симптомов

Данная связь может быть объяснена несколькими факторами. Например, люди с высоким уровнем исследовательского инстинкта, как правило, более любознательны, открыты к новым опытам и имеют активную жизненную позицию. Это может способствовать формированию более позитивного восприятия мира и улучшению психоэмоционального состояния. Кроме того, исследовательская активность может быть связана с нахождением новых увлечений и социальных контактов, что также может оказывать положительное влияние на общее состояние и снижать уровень депрессии.

Важно отметить, что корреляция не подразумевает причинно-следственной связи. Это означает, что, хотя и наблюдается связь между исследовательским инстинктом и уровнем депрессии, нельзя утверждать, что высокий исследовательский инстинкт непосредственно приводит к снижению уровня депрессии. Для более глубокого понимания этой динамики необходимо учитывать и другие

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

факторы, такие как личностные характеристики, социальные условия, а также наличие поддержки в жизни участниц.

Следующий результат исследования демонстрирует наличие отрицательной корреляции между показателями «Инстинкт доминирования» и уровнем депрессии, с корреляционным коэффициентом (r) равным $-0,237$. Статистическая значимость этой связи подтверждена на уровне $0,01$ ($p \leq 0,01$), что указывает на низкую вероятность случайного получения такого результата (менее 1%).

Отрицательная корреляция в данном контексте означает, что с увеличением уровня «Инстинкта доминирования» наблюдается тенденция к снижению уровня депрессивных симптомов. Это может свидетельствовать о том, что участницы с более выраженным инстинктом доминирования имеют меньшую предрасположенность к депрессии.

Отрицательная корреляция: Инстинкт доминирования и уровень депрессии
 $p = -0.237, p \leq 0.01$

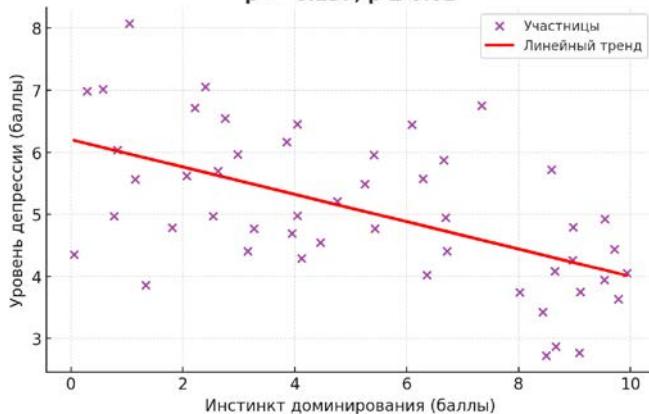


Рис. 12. Визуализация отрицательной корреляции между «Инстинктом доминирования» и уровнем депрессии

Объяснить эту связь можно несколькими способами. Люди с высоким уровнем инстинкта доминирования, как правило, обладают более выраженной уверенностью в себе и активной жизненной позицией. Это может способствовать тому, что они лучше справляются с жизненными стрессами и трудностями, что, в свою

очередь, может снижать риск развития депрессивных симптомов. Кроме того, такие люди могут быть более активными в социальных взаимодействиях и иметь более широкий круг общения, что также может оказывать положительное влияние на их психоэмоциональное состояние.

Тем не менее, важно помнить, что корреляция не означает причинно-следственной связи. Наличие связи между инстинктом доминирования и уровнем депрессии не подтверждает, что высокий инстинкт доминирования непосредственно приводит к снижению депрессивных симптомов. Для более полного понимания этой динамики необходимо учитывать и другие факторы, такие как личностные характеристики, социальные условия и наличие поддержки в жизни участниц.

Данная группа результатов исследования демонстрирует наличие отрицательных корреляций между показателями различных блоков перинатальной памяти (ПП) и уровнем депрессии. Эти результаты можно интерпретировать следующим образом.

1. Первый блок ПП (внутриутробный период):

- корреляция: $r = -0,201$; $p \leq 0,05$;

• интерпретация: существует статистически значимая отрицательная связь между показателями первого блока ПП и уровнем депрессии. Это означает, что чем выше показатели, отражающие эмоциональную связь с родителями и окружающим миром в период внутриутробного развития, тем ниже уровень депрессии. Возможно, что сильная эмоциональная связь и развитие сенсорных систем в этот период способствуют формированию устойчивости к стрессу и негативным эмоциям в будущем.

2. Второй блок ПП (начало родов):

- корреляция: $r = -0,298$; $p \leq 0,01$;

• интерпретация: в этом случае наблюдается более сильная отрицательная корреляция, значимая на уровне 0,01. Это указывает на то, что с увеличением показателей, связанных с мобилизацией ребенка к выходу и активизацией инстинкта свободы, уровень депрессии снижается. Этот блок может отражать важность активного участия и готовности к изменениям, что может способствовать формированию более адаптивных механизмов совладания с жизненными трудностями.

3. Третий блок ПП (третий период родов):

- корреляция: $r = -0,257$; $p \leq 0,01$;

• интерпретация: также наблюдается значимая отрицательная связь. Чем выше показатели, отражающие активность инстинкта свободы и преодоление препятствий в процессе родов, тем ниже уровень депрессии. Это может указывать на то, что опыт преодоления трудностей и сотрудничества с природой в этот период способствует развитию уверенности и устойчивости, что в дальнейшем может снижать предрасположенность к депрессивным состояниям.

4. Четвертый блок ПП (рождение):

- корреляция: $r = -0,264$; $p \leq 0,01$;

• интерпретация: наблюдается значимая отрицательная корреляция, аналогичная предыдущим блокам. Чем выше показатели, связанные с активизацией лидерского инстинкта и самосохранением в момент рождения, тем ниже уровень депрессии. Этот блок может отражать важность чувства свободы и самоопределения, что также может способствовать формированию позитивного психоэмоционального состояния.

Общая интерпретация. Все четыре блока перинатальной памяти демонстрируют отрицательную связь с уровнем депрессии, что может указывать на то, что ранние переживания и эмоциональные связи, формируемые в критические периоды развития, играют важную роль в психоэмоциональном благополучии. Эти результаты подчеркивают важность раннего опыта для формирования устойчивости к депрессии и адаптивных стратегий совладания в будущем. Однако, как и в случае с любой корреляцией, важно помнить, что она не подразумевает причинно-следственной связи, и для более глубокого понимания необходимы дополнительные исследования, учитывающие другие факторы, влияющие на психоэмоциональное состояние.

Следующие результаты исследования показывают наличие положительной корреляции между показателями «Сексуальное насилие» и уровнем депрессии, что можно интерпретировать следующим образом:

- положительная связь между сексуальным насилием и уровнем депрессии;
- корреляция: $r = 0,216$; $p \leq 0,05$;

- интерпретация: данная статистически значимая корреляция указывает на то, что с увеличением показателей, связанных с сексуальным насилием, наблюдается рост уровня депрессии. Это означает, что чем больше человек испытывает или подвергается сексуальному насилию, тем выше вероятность проявления депрессивных симптомов.

Возможные объяснения.

1. Психологические последствия. Сексуальное насилие может приводить к серьезным психологическим травмам, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), тревожные расстройства и, как следствие, депрессию. Жертвы могут испытывать чувство вины, стыда и изоляции, что усиливает депрессивные состояния.

2. Социальная изоляция. Люди, пережившие сексуальное насилие, могут сталкиваться с трудностями в установлении и поддержании социальных связей. Это может привести к чувству одиночества и безнадежности, что также способствует развитию депрессии.

3. Снижение самооценки. Переживание насилия может негативно сказаться на самооценке и восприятии себя, что в свою очередь может стать катализатором депрессивных симптомов. Жертвы могут начать сомневаться в своей ценности и значимости.

4. Физиологические изменения. Стресс и травма, связанные с сексуальным насилием, могут вызывать изменения в нейрохимических процессах в мозге, что также может способствовать развитию депрессивных состояний.

Таким образом, положительная связь между сексуальным насилием и уровнем депрессии подчеркивает необходимость комплексного подхода к поддержке и лечению жертв насилия. Важно учитывать не только физические, но и психологические аспекты, а также предоставлять доступ к ресурсам и помощи, чтобы помочь людям справиться с последствиями травматического опыта. Эти результаты также подчеркивают важность профилактических мер и образовательных программ, направленных на предотвращение сексуального насилия и поддержку жертв.

Следующие результаты исследования показывают наличие положительной корреляции между показателями «Эмоциональное

пренебрежение» и уровнем депрессии, что можно интерпретировать следующим образом.

1. Положительная связь между эмоциональным пренебрежением и уровнем депрессии.

2. Корреляция: $r = 0,179$; $p \leq 0,05$.

3. Интерпретация: данная статистически значимая корреляция указывает на то, что с увеличением показателей эмоционального пренебрежения наблюдается рост уровня депрессии. Это означает, что чем больше человек испытывает эмоциональное пренебрежение (например, недостаток поддержки, любви и внимания со стороны значимых других), тем выше вероятность проявления депрессивных симптомов.

Возможные объяснения.

1. Недостаток эмоциональной поддержки. Эмоциональное пренебрежение может приводить к чувству одиночества и изоляции. Отсутствие поддержки и понимания со стороны близких людей может усугубить чувство безнадежности, что является одним из ключевых факторов, способствующих развитию депрессии.

2. Снижение самооценки. Эмоциональное пренебрежение может негативно сказаться на самооценке человека. Если индивид чувствует, что его эмоции и потребности игнорируются, это может привести к сомнениям в собственной ценности и значимости, что также может способствовать развитию депрессивных состояний.

3. Увеличение стресса. Эмоциональное пренебрежение может вызывать хронический стресс, так как жертвы могут пытаться справиться с отсутствием поддержки и любви. Этот стресс может способствовать развитию депрессии, так как хроническое эмоциональное напряжение негативно сказывается на психическом здоровье.

4. Нарушение формирования привязанностей. Эмоциональное пренебрежение может затруднить формирование здоровых привязанностей и отношений в будущем. Это может привести к повторяющимся паттернам пренебрежения и изоляции, что также увеличивает риск депрессии.

Таким образом, положительная связь между эмоциональным пренебрежением и уровнем депрессии подчеркивает важность эмоциональной поддержки и заботы в жизни человека. Эти результаты указывают на необходимость формирования здоровых

эмоциональных связей и поддержки, особенно в детском и подростковом возрасте, когда эмоциональное благополучие особенно критично. Понимание этой связи может помочь в разработке интервенций и программ поддержки, направленных на улучшение эмоционального климата и снижение риска депрессии у людей, испытывающих эмоциональное пренебрежение.

Результаты исследования показывают наличие положительной корреляции между показателями «Коллективное насилие» и уровнем депрессии, что можно интерпретировать следующим образом.

1. Положительная связь между коллективным насилием и уровнем депрессии.

2. Корреляция: $r = 0,205$; $p \leq 0,05$.

3. Интерпретация: данная статистически значимая корреляция указывает на то, что с увеличением показателей коллективного насилия наблюдается рост уровня депрессии. Это означает, что чем больше человек подвергается или свидетельствует о коллективном насилии (например, насилию в группе, сообществе или обществе в целом), тем выше вероятность проявления депрессивных симптомов.

Возможные объяснения.

1. Психологические травмы. Коллективное насилие может вызывать серьезные психологические травмы, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Люди, ставшие свидетелями или жертвами коллективного насилия, могут испытывать сильные эмоциональные реакции, такие как страх, гнев и безнадежность, что может привести к развитию депрессии.

2. Чувство беззащитности и беспомощности. Когда люди становятся жертвами коллективного насилия, они могут чувствовать, что не могут контролировать свою ситуацию. Это чувство беззащитности может усугубить депрессивные состояния, так как индивиды начинают сомневаться в своей способности справляться с трудностями.

3. Социальная изоляция. Коллективное насилие может привести к разрыву социальных связей и изоляции. Люди, пережившие насилие, могут испытывать трудности в установлении доверительных отношений с другими, что может способствовать чувству одиночества и депрессии.

4. Снижение качества жизни. Коллективное насилие часто связано с ухудшением условий жизни, экономическими трудностями и социальной нестабильностью. Эти факторы могут негативно влиять на психическое здоровье и способствовать развитию депрессивных симптомов.

Таким образом, положительная связь между коллективным насилием и уровнем депрессии подчеркивает важность понимания социальных и психологических последствий насилия в обществе. Эти результаты указывают на необходимость разработки программ поддержки и интервенций, направленных на помочь жертвам коллективного насилия, а также на профилактику насилия в сообществах. Поддержка психического здоровья и создание безопасной социальной среды могут значительно снизить риск депрессии среди пострадавших.

Результаты исследования указывают на различные уровни выраженности психологических и поведенческих показателей в зависимости от уровня депрессии, измеряемого по определенной шкале. Следует рассмотреть каждый из этих пунктов более подробно.

1. Исследовательский инстинкт.

Показатель «Исследовательский инстинкт» более выражен у людей с низким уровнем депрессии (до 3 баллов). Это может указывать на то, что индивиды, не испытывающие значительных депрессивных симптомов, более склонны к исследованию окружающего мира, проявлению любопытства и стремлению к новым знаниям.

Низкий уровень депрессии может способствовать большей активности и инициативе, что позволяет людям исследовать новые идеи, возможности и социальные связи.

2. Инстинкт доминирования.

Показатель «инстинкт доминирования» также более выражен у тех, кто набрал до 3 баллов по шкале депрессии. Это может означать, что люди с низким уровнем депрессии проявляют больший интерес к установлению власти и контроля в социальных взаимодействиях.

Отсутствие депрессивных симптомов может способствовать уверенности в себе и желанию занимать лидирующие позиции, что может быть связано с повышенной социальной активностью и стремлением к влиянию на других.

3. Второй блок ПП (психологических показателей).

Показатель «второй блок ПП» более выражен у людей с низким уровнем депрессии. Этот блок может включать в себя различные аспекты личностного развития и социальной адаптации.

Низкий уровень депрессии может способствовать более эффективному функционированию в социальных и эмоциональных сферах, что отражается на высоких показателях в данном блоке.

4. Третий блок ПП.

Показатель «третий блок ПП» также более выражен у тех, кто набрал до 3 баллов по шкале депрессии. Это может указывать на наличие положительных личностных характеристик и адаптивных механизмов.

Люди с низким уровнем депрессии могут лучше справляться с эмоциональными и социальными вызовами, что способствует более высокому уровню адаптации и успешности в межличностных отношениях.

5. Сексуальное насилие.

Показатель «сексуальное насилие» более выражен у людей, у которых по шкале депрессии набрано от 10 баллов. Это может указывать на то, что более высокие уровни депрессии связаны с увеличением проявлений агрессии или насилия в сексуальной сфере.

Высокий уровень депрессии может быть связан с различными формами эмоциональных нарушений, которые могут способствовать деструктивному поведению, включая агрессию и насилие. Это может быть результатом внутреннего стресса, чувства безнадежности или попытки переработать травматический опыт.

Эти результаты подчеркивают важность понимания взаимосвязи между уровнем депрессии и различными психологическими показателями. Низкий уровень депрессии может способствовать более высокому уровню исследовательского инстинкта, доминирования и адаптации, в то время как высокий уровень депрессии может быть связан с повышением рисков проявления насилия. Это может иметь важные последствия для разработки программ поддержки и интервенций, направленных на улучшение психического здоровья и профилактику деструктивного поведения.

Участники контрольной группы, набравшие низкий балл по оценке уровня депрессии, набрали меньшее количество баллов по

шкале НДО, а также показали сбалансированное распределение результатов в тесте «Ресурсный потенциал».

Высокие баллы по шкале депрессии совпадали с низкими результатами тестов «Перинатальный опыт/ресурсный потенциал» и «Доминанта материнства», что показывает наличие связи между негативными детским опытом и повышением риска формирования депрессивного радикала. Исходя из результатов опроса, можно сделать следующие выводы:

- осознанное развитие навыков управления эмоциональным интеллектом, нарабатываемое по мере взросления человека, помогает ему справляться с влиянием депрессивного радикала и ранее полученного негативного опыта;
- сбалансированное развитие личности (альtruизм, гармония, исследование, любознательность, смелость, лидерство и пр.) оказывает благоприятное влияние на восстановление психоэмоциональной целостности человека;
- тест «Перинатальная память/ресурсный потенциал» показал прямую зависимость между травмирующим детским опытом, наличием негативных воспоминаний о детстве с последующим развитием депрессии во взрослом возрасте;
- опросник НДО также показал наличие связи между различными видами психоэмоционального и физического насилия в детстве и депрессией в будущем.

Опираясь на результаты данного исследования, можно подтвердить важность осознанного развития навыков управления эмоциональным интеллектом, сбалансированного развития личности и влияние детского опыта на психическое здоровье во взрослом возрасте. Осознанное развитие навыков управления эмоциональным интеллектом, которое нарабатывается в процессе взросления, играет ключевую роль в психоэмоциональном благополучии индивида. Эмоциональный интеллект включает в себя способность распознавать, понимать и управлять своими эмоциями, а также эмоциями других людей. Исследования показывают, что развитие этих навыков способствует более эффективному управлению с негативными эмоциями, такими как депрессия. Взрослые, обладающие высоким уровнем эмоционального интеллекта, лучше справляются с депрессивными состояниями и спо-

собны перерабатывать негативный опыт, что снижает риск возникновения депрессии и других психических расстройств.

Сбалансированное развитие различных аспектов личности, таких как альтруизм, гармония, исследовательская активность, любознательность и лидерство, оказывает положительное влияние на восстановление психоэмоциональной целостности человека. Эти качества способствуют формированию устойчивости к стрессу и негативным эмоциональным состояниям. Альтруизм и гармония помогают укрепить социальные связи и поддерживать положительное самоощущение, в то время как исследовательская активность и любознательность способствуют расширению горизонтов и снижению уровня тревожности. Лидерство, в свою очередь, развивает уверенность в себе и способность принимать решения, что также способствует восстановлению психоэмоционального равновесия.

Результаты теста «Перинатальная память/ресурсный потенциал» подтвердили наличие прямой зависимости между травмирующим детским опытом и развитием депрессии во взрослом возрасте. Данные показывают, что негативные воспоминания о детстве, такие как эмоциональное или физическое насилие, могут оставлять глубокий след в психике человека, что в дальнейшем приводит к различным психическим расстройствам, включая депрессию. Это подчеркивает необходимость раннего вмешательства и поддержки для детей, переживших травмы, с целью предотвращения негативных последствий в будущем.

Опросник НДО также продемонстрировал связь между различными видами психоэмоционального и физического насилия в детстве и развитием депрессии в будущем. Исследования подтверждают, что дети, подвергшиеся насилию, чаще сталкиваются с психическими расстройствами во взрослом возрасте. Негативный опыт в детстве может приводить к нарушению формирования здоровых эмоциональных реакций и адаптивных механизмов, что в дальнейшем увеличивает риск депрессивных состояний.

Таким образом, результаты данного исследования подчеркивают важность комплексного подхода к развитию личности и эмоционального интеллекта, а также необходимость внимания к детскому опыту в контексте профилактики и лечения депрессии. Осознанное развитие навыков управления эмоциями и сбаланси-

рованное развитие личности могут стать эффективными инструментами для повышения психоэмоционального благополучия и снижения риска возникновения депрессии в будущем.

Кроме того, данные корреляционного анализа подтверждают сложную полимодальную структуру предикторов депрессивного личностного радикала, в которую включены как биографические и перинатальные детерминанты, так и базовые инстинктивные векторы. Полученные результаты позволяют более глубоко осмыслить роль перинатального и инстинктивного наследия в формировании психоэмоциональной устойчивости и уязвимости, открывая тем самым перспективы для более точной психодиагностики и индивидуализированной психотерапевтической интервенции.

Типология реагирования на травмирующий детский опыт

На основании обобщения полученных данных, а также анализа корреляционных и поведенческих паттернов была выделена условная типология инстинктивных реакций на неблагоприятный детский опыт. Эти типы представляют собой устойчивые психоэмоциональные сценарии, в рамках которых личность адаптируется к ранней травматизации:

1. Блокада исследовательской активности:

- связанные инстинкты: ↓ исследовательский, ↓ инстинкт свободы;
- характерные ТДО: эмоциональное пренебрежение, семейное злоупотребление ПАВ;
- поведенческий фенотип: избегание новизны, тревожный конформизм, зависимость от внешнего контроля.

2. Гипертрофия витального контроля:

- связанные инстинкты: ↑ инстинкт самосохранения;
- характерные ТДО: физическое и сексуализированное насилие;
- поведенческий фенотип: гипербдительность, соматизация тревоги, доминирование витальных потребностей.

3. Коллапс моральной регуляции:

- связанные инстинкты: ↓ инстинкт совести, ↓ альтруизма;
- характерные ТДО: буллинг, стигматизация, общественное насилие;

- поведенческий фенотип: отстранённость, трудности эмпатии, ригидность моральных установок.

Эта типология носит рабочий характер и требует дальнейшей валидации, однако уже сейчас позволяет рассматривать инстинктивный профиль как динамическую систему, чувствительную к раннему травматогенному воздействию.

Типология реагирования на травмирующий детский опыт

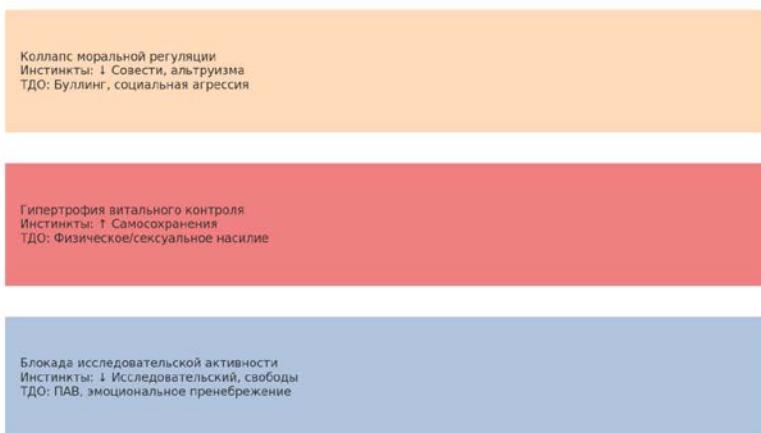


Рис. 13. Типология реагирования на ТДО

Предложенная типология была обоснована на основании:

- повторяющихся паттернов корреляций между инстинктивными шкалами и различными типами ТДО (по данным шкал ACE-IQ);
- наличия внутриклUSTERНЫХ согласованных профилей, подтверждённых визуализацией (корреляционные плеяды, диаграммы рассеяния);
- перекрёстной проверки через дополнительный фактор: выраженность депрессивных симптомов (по шкале HADS).

Все три типа были верифицированы на эмпирическом уровне как устойчивые адаптационные паттерны, отличающиеся по уровню депрессивной симптоматики, структуре ресурсного потенциала и выраженности витальных доминант.

Прогностическая значимость. Типы инстинктивного реагирования позволяют прогнозировать:

- вероятность формирования депрессивного личностного радикала;
- уровень адаптации к социальной среде;
- характер регуляции стрессовых состояний и тенденции к соматизации.

Так, лица с типом «гипертрофия витального контроля» демонстрируют выраженную соматическую компоненту в структуре тревожности и склонность к телесным жалобам, тогда как тип «блокада исследовательской активности» ассоциирован с прокрастинацией, снижением инициативности и аутоаггрессивными тенденциями.

Клиническое и психотерапевтическое применение. Типология может быть использована в следующих практических целях:

- диагностическая гипотеза при первичном интервью и интерпретации результатов психологического тестирования;
- ориентир для выбора интервенции: например, восстановление исследовательского инстинкта через экспозиционные техники или работа с гипердлительностью через телесно-ориентированные методы;
- критерий динамики в терапии – переход между типами может свидетельствовать о регрессе или прогрессе в адаптации.

Таким образом, предложенная система реагирования обладает потенциалом стать основой персонализированного подхода к коррекции последствий ТДО у взрослых.

Выводы

Настоящее исследование подтверждает значимую роль травмирующего детского опыта в формировании депрессивного личностного радикала у взрослых, что обосновывается комплексным анализом взаимосвязей между психологическими инстинктами, перинатальной памятью, видами насилия и уровнем депрессии. Полученные данные свидетельствуют о том, что детские психотравмы оказывают долговременное негативное воздействие на психоэмоциональное состояние, способствуя развитию депрессивных симптомов во взрослом возрасте.

Во-первых, выявленная отрицательная корреляция между возрастом и уровнем депрессии ($r = -0,262$; $p \leq 0,01$) указывает на то, что с возрастом наблюдается снижение выраженности депрессив-

ных симптомов у женщин с травмирующим детским опытом. Это может быть обусловлено накопленным жизненным опытом, развитием эффективных копинг-стратегий и социальной поддержкой, что подтверждается литературными данными о возрастных изменениях в эмоциональной регуляции (Carstensen et al., 2011). Однако данная связь требует дальнейшего изучения с учетом модераторов, таких как социально-экономический статус и уровень образования.

Во-вторых, отрицательные корреляции между уровнем депрессии и показателями «Инстинкта альтруизма и гармонии» ($r = -0,224$; $p \leq 0,05$), «Исследовательского инстинкта» ($r = -0,324$; $p \leq 0,01$) и «Инстинкта доминирования» ($r = -0,237$; $p \leq 0,01$) демонстрируют защитную роль данных психологических инстинктов. Высокий уровень альтруизма и стремления к гармонии способствует укреплению социальных связей и эмоциональной поддержки, что снижает риск депрессии (Taylor et al., 2000). Исследовательский инстинкт отражает активную жизненную позицию и любознательность, способствующие адаптивным реакциям на стрессовые ситуации (Fredrickson, 2001). Инстинкт доминирования ассоциируется с уверенностью в себе и лидерскими качествами, что способствует эффективному преодолению жизненных трудностей и снижает уязвимость к депрессии (Bandura, 1997). Следует подчеркнуть, что корреляционные данные не позволяют утверждать причинно-следственную связь, однако они указывают на важность данных инстинктов как потенциальных факторов устойчивости к депрессии.

В-третьих, отрицательные корреляции между уровнем депрессии и четырьмя блоками перинатальной памяти (ПП), охватывающими периоды внутриутробного развития и родов (r от $-0,201$ до $-0,298$; $p \leq 0,05-0,01$), подчеркивают значимость ранних эмоциональных и биологических переживаний для формирования психоэмоциональной устойчивости. Эти блоки отражают развитие сенсорных и эмоциональных связей с матерью и окружающей средой, что способствует формированию адаптивных механизмов совладания с негативными воздействиями (Bowlby, 1988). Таким образом, качественный перинатальный опыт может служить фундаментом для психического здоровья в дальнейшем.

В-четвертых, положительная корреляция между уровнем депрессии и показателями сексуального насилия в детстве ($r = 0,216$;

$p \leq 0,05$) подтверждает, что пережитое сексуальное насилие является значимым фактором риска развития депрессивных расстройств. Многочисленные исследования демонстрируют, что сексуальная травма приводит к формированию посттравматического стрессового расстройства, снижению самооценки и социальной изоляции, что способствует развитию депрессии (Briere & Elliott, 1994; Fergusson et al., 2013). Аналогично, положительная связь между эмоциональным пренебрежением ($r = 0,179$; $p \leq 0,05$) и коллективным насилием ($r = 0,205$; $p \leq 0,05$) и уровнем депрессии указывает на то, что эти формы травмирующего опыта оказывают кумулятивное негативное воздействие на психическое здоровье, усиливая риск депрессивных состояний.

В-пятых, анализ распределения психологических инстинктов и блоков ПП в зависимости от уровня депрессии выявил, что низкий уровень депрессии ассоциируется с более высокими показателями исследовательского инстинкта, инстинкта доминирования, а также второго и третьего блоков ПП. Это свидетельствует о том, что сбалансированное развитие личности и наличие адаптивных психологических ресурсов способствуют снижению риска депрессии. В то же время высокий уровень депрессии коррелирует с повышенными показателями сексуального насилия, что подтверждает роль травматического опыта как детерминанты депрессивных симптомов.

В-шестых, результаты тестов «Перинатальная память/ресурсный потенциал» и опросника НДО демонстрируют прямую связь между травмирующим детским опытом и повышенным риском формирования депрессивного личностного радикала во взрослом возрасте. Это подтверждает концепцию о том, что негативные ранние переживания нарушают формирование здоровых эмоциональных и адаптивных структур личности, что приводит к уязвимости к депрессии (Heim & Nemeroff, 2001). Важно отметить, что осознанное развитие навыков эмоционального интеллекта и сбалансированное личностное развитие способны смягчать негативные последствия травм и способствовать восстановлению психоэмоциональной целостности.

В-седьмых, подчеркивается необходимость комплексного подхода в профилактике и терапии депрессии, который должен вклю-

чать работу с травматическим опытом, укрепление внутренних психологических ресурсов и развитие эмоционального интеллекта. Практическая значимость данных выводов заключается в разработке программ раннего вмешательства для детей, переживших насилие и пренебрежение, а также в создании психологических интервенций для взрослых с учетом их перинатального и травматического опыта.

Таким образом, результаты исследования демонстрируют, что травмирующий детский опыт, включая сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение и коллективное насилие, является значимым фактором риска развития депрессивного личностного радикала у взрослых. В то же время наличие развитых психологических инстинктов и интегративных психологических блоков, отражающих внутренние ресурсы и адаптивные механизмы, оказывает защитное влияние. Данные выводы обосновывают необходимость интегративных подходов в научных исследованиях и клинической практике, направленных на раннюю диагностику, профилактику и лечение депрессивных расстройств с учетом индивидуального травматического опыта.

**Глава 5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ,
НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ
ДЕПРЕССИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО
ДЕТСКОГО ОПЫТА**

Результаты проведенного исследования, выявившие значимую взаимосвязь между травмирующим детским опытом и формированием депрессивного личностного радикала во взрослом возрасте, имеют важное практическое значение для разработки эффективных профилактических и коррекционных программ. В основе таких программ должен лежать интегративный подход, учитывающий как воздействие негативных ранних переживаний, так и развитие внутренних психологических ресурсов, способствующих устойчивости к депрессии.

Одним из ключевых направлений практического применения результатов является организация систем раннего выявления детей, подвергшихся различным формам насилия и пренебрежения, включая сексуальное, эмоциональное и коллективное насилие. Использование специализированных диагностических инструментов, адаптированных для разных возрастных групп, позволит своевременно выявлять признаки травматического опыта и депрессивных симптомов. Внедрение скрининговых программ в учреждениях образования, здравоохранения и социальной защиты обеспечит комплексный мониторинг и раннее вмешательство.

Ранние интервенции должны включать психотерапевтическую работу с детьми и их семьями, направленную на восстановление доверия, эмоциональной безопасности и улучшение родительских навыков. Применение методов игровой терапии, арт-терапии и когнитивно-поведенческой терапии способствует снижению травматического воздействия и формированию адаптивных стратегий совладания со стрессом.

Исследование показало, что развитие инстинктов альтруизма, гармонии, исследования и доминирования оказывает защитное влияние против депрессии. Практическая работа с детьми и взрослыми должна включать развитие этих качеств через образовательные и психотерапевтические программы. Например, тре-

нинги эмоционального интеллекта, социально-психологические тренинги по развитию эмпатии и навыков сотрудничества способствуют укреплению альтруистических и гармоничных отношений.

Развитие исследовательского инстинкта можно поддерживать через стимулирование любознательности, творческого мышления и активного участия в познавательной деятельности. Инстинкт доминирования, понимаемый как уверенность в себе и способность брать ответственность, формируется через программы лидерства, самостоятельности и принятия решений. Включение данных элементов в школьное и внеурочное образование способствует формированию устойчивой личности, способной эффективно противостоять стрессовым факторам.

Отрицательная корреляция между уровнем депрессии и блоками перинатальной памяти подчеркивает необходимость включения в психотерапевтические программы методов, направленных на интеграцию ранних эмоциональных переживаний. Техники телесно-ориентированной терапии, методы работы с травмой в перинатальном и раннем детском периоде (например, интегративная перинатальная терапия) способствуют восстановлению нарушенных связей и формированию чувства безопасности.

Психологам и психотерапевтам рекомендуется использовать подходы, направленные на осознание и переработку перинатальных травм, что способствует укреплению внутреннего ресурсного потенциала и снижению уязвимости к депрессии. Данные методы могут быть интегрированы в комплексные программы реабилитации и сопровождения лиц с травматическим опытом.

Для предупреждения распространения травмирующего детского опыта необходимо проводить системную работу на уровне общества и государственных институтов. Важным элементом является повышение информированности населения о последствиях насилия и пренебрежения в детстве, а также доступности помощи пострадавшим.

Организация программ просвещения для родителей, педагогов и социальных работников способствует формированию ответственного и заботливого отношения к детям, снижая риск возникновения травматических ситуаций. Внедрение семейных консуль-

таций и программ поддержки молодых родителей помогает предотвратить эмоциональное пренебрежение и насилие в семье.

Эффективная профилактика и лечение депрессии, связанной с травматическим детским опытом, требует тесного взаимодействия специалистов различных областей: психологов, психотерапевтов, педагогов, социальных работников, врачей и юристов. Создание междисциплинарных команд и центров, обеспечивающих комплексную диагностику, лечение и сопровождение пострадавших, повышает качество и доступность помощи.

Особое внимание следует уделять интеграции психотерапевтических программ с медицинским лечением и социальной поддержкой, что обеспечивает всестороннюю помощь и способствует восстановлению психоэмоционального здоровья.

Результаты исследования подчеркивают необходимость подготовки специалистов, обладающих знаниями о механизмах формирования депрессивного личностного радикала и влиянии травматического детского опыта. Включение данных тем в программы подготовки психологов, психотерапевтов, педагогов и социальных работников позволит повысить качество профессиональной помощи.

Регулярные курсы повышения квалификации, семинары и тренинги по работе с травмой, эмоциональным пренебрежением и насилием способствуют развитию компетенций специалистов и внедрению современных методов диагностики и терапии.

Учитывая долговременное влияние травматического детского опыта на психическое здоровье, необходимо создавать программы поддержки для взрослых, переживших насилие и пренебрежение в детстве. Психотерапевтические группы, программы самопомощи, тренинги по развитию эмоционального интеллекта и навыков стрессоустойчивости способствуют снижению депрессивных симптомов и улучшению качества жизни. Особое значение имеет создание безопасного пространства для обсуждения травматического опыта и развития адаптивных механизмов, что способствует интеграции личности и восстановлению внутренней гармонии.

Для оценки результативности внедряемых мер необходимо систематически проводить мониторинг и исследование их воздействия на уровень депрессии и распространенность травмирующего детского опыта. Использование стандартизованных методик

диагностики и оценки психологического состояния позволит корректировать программы и повышать их эффективность.

Практическое применение результатов данного исследования направлено на создание комплексной системы профилактики депрессии и предупреждения травмирующего детского опыта на всех уровнях – от индивидуальной работы с детьми и взрослыми до общественных и государственных инициатив. Интеграция психотерапевтических методов, развитие психологических ресурсов, раннее выявление и междисциплинарное взаимодействие создают условия для формирования устойчивой личности, способной противостоять негативным факторам и вести полноценную жизнь.

Реализация данных рекомендаций способствует не только снижению заболеваемости депрессией, но и улучшению качества жизни, социальной адаптации и психологического благополучия населения, что является важной задачей современной психологии и здравоохранения.

Методы поддержки матери и ребенка во время перинатального периода

Физическая поддержка в перинатальный период играет ключевую роль в обеспечении благополучия матери и ребенка. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 10% беременных женщин сталкиваются с высоким уровнем стресса, который может негативно сказаться на их здоровье и здоровье будущего ребенка. Обеспечение комфортных условий, адекватного питания, физической активности и отдыха способствует снижению уровня стресса и поддержанию общего состояния здоровья. Эти меры помогают минимизировать риск осложнений во время беременности и родов, а также положительно влияют на развитие плода.

Медицинское сопровождение и мониторинг состояния матери и ребенка во время беременности и родов являются основой для предотвращения осложнений и обеспечения здоровья. В странах с высокоразвитой системой перинатальной помощи, таких как Финляндия, показатели младенческой смертности минимальны и составляют менее 3 на 1000 родов. Это достигается благодаря регулярным обследованиям, своевременной диагностике и лечению возможных отклонений, а также профессиональной помощи квалифицирован-

ных специалистов. Таким образом, качественное медицинское сопровождение значительно снижает риск негативных исходов.

Образовательные программы и подготовка к материнству оказывают значительное влияние на снижение уровня тревоги у будущих матерей. Исследования показывают, что участие в программах подготовки к родам снижает уровень тревожности у беременных женщин на 30%. Эти программы включают в себя обучение техникам релаксации, информации о процессе родов и уходе за новорожденным, что помогает женщинам чувствовать себя уверенно и подготовлено. Таким образом, образовательные программы способствуют созданию положительного эмоционального фона, что благоприятно сказывается на здоровье матери и ребенка.

Перинатальная безопасность

Интерес к теме перинатальной безопасности растет из года в год, в особенности, данную тему все чаще исследуют психологи, терапевты и педиатры, применяя теоретические разработки на практике. Но все равно осведомленность среди пациентов о важности перинатальной психотерапии минимальна, тем более – возможность ее получить. И пока что, подготовка к беременности и родам, в основном, заключается в улучшении материально – бытовых условий и наблюдением за физическим здоровьем. В то время как психологическое состояние будущих родителей может говорить о совершенно других вещах, в том числе негативно влиять на состояние и развитие ребенка. Важно понимать, готова ли психологически будущая мать к появлению ребенка, какие у нее мотивы зачатия, психоэмоциональное состояние, какое перинатальное общение и взаимодействие происходит с ребенком еще до родов? Все это играет ключевую роль в развитии плода, поэтому необходимо взаимодействовать с профильными специалистами, способными обеспечить перинатальную безопасность.

Тема психологической безопасности жизнедеятельности достаточно давно обсуждается в практической психологии, а все, что связано с детьми – находится под особым контролем. Уделяется много внимания улучшению психологической безопасности образовательной среды, а также всех участников образовательного процесса. В последнее время, особую актуальность приобрело направление перинатальной безопасности. Рождение ребенка –

это всегда знаменательное событие, которое сопровождается изменениями не только внешней среды, но и во внутреннем состоянии всех членов семьи. Но все начинается не с самого момента родов, а намного раньше – с зачатия, ведь по результатам многих исследований, ребенок все понимает и слышит, находясь еще в материнской утробе и чутко реагирует на внешние раздражители. К ним относятся изменения в окружающей обстановке, условиях, а также смена настроения матери, ее психоэмоционального состояния и др. Несмотря на то, что утроба матери для ребенка является местом абсолютной безопасности и комфорта, на него могут повлиять и мотивы зачатия, гестационная доминанта, психологическая готовность женщины к беременности. Далее мы рассмотрим влияние каждого из аспектов, ведь в противном случае, они повлияют как на состояние и развитие самого ребенка, так и на материнско-детские отношения.

К сожалению, не все женщины планируют беременность и, как следствие, психологически оказываются к ней не готовы. А изменения, которые происходят с женщиной в этот период достаточно интенсивные и оказывают влияние на ее психологическое и физическое здоровье. В особенности, это касается первой беременности: женщина испытывает определенное давление и множество эмоциональных переживаний, задается различными вопросами, начиная с темы вынашивания и ухода за ребенком, заканчивая осознаванием нового образа «Я» в статусе мамы. В результате возникновения различных патологических процессов при вынашивании и во время родов, у женщины также возникает большое количество болезненных и пугающих переживаний, которые могут повлиять на отношения между ней и ребенком. В то время, как перинатальный период очень важен для малыша – в это время у него формируется базовое доверие к миру. Чувствуя любовь, поддержку и радость мамы, он ощущает то же самое и растет в комфорте и безопасности, поэтому формирование позитивной установки на материнство должно происходить еще до момента зачатия.

Зачатие тоже играет одну из ключевых ролей в будущих родительско-детских отношениях и психике ребенка, а вернее – его мотивы. По статистике, большинство беременностей являются незапланированными, что оказывает влияние на эмоциональный

фон женщины. Он становится амбивалентным, возможны вегетативные нарушения и обострение хронических заболеваний, токсикозы, невротические и депрессивные состояния. Вследствие чего нарушается связь «мама – ребенок», что впоследствие формирует у ребенка тревожность, низкую самооценку, влияет на выстраивание межличностных связей, построение карьеры и отношений, так как ощущение «отверженности» не покидает его. Хоть и считается, что если оба родителя хотят ребенка, то это послужит залогом психологического комфорта и семейного счастья, на деле же, беременность не всегда сближает будущих родителей, а может негативно повлиять на обстановку в семье и их отношениях. Это бывает, если мотив зачатия ребенка является деструктивным, например, женщина тем самым хочет вынудить партнера жениться или «привязать» его к себе, а может быть ребенок для нее является «инструментом» для заботы (чтобы был кто-то понастоящему близкий), если рождение ребенка происходит взамен утраченного близкого или «для здоровья». К конструктивным мотивам относятся: желание выразить благодарность любимому человеку за счастье, стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке, желание творить и создать жизнь. Таким образом, помимо психологической готовности обоих родителей, важную роль играют мотивы зачатия – все это играет большое значение в обеспечении перинатальной безопасности ребенка.

У каждой женщины, в момент, когда она узнает о своей беременности, формируется гестационная доминанта. Это особый механизм, способствующий созданию благоприятных условий для вынашивания и сохранения ребенка. Гестационная доминанта может быть оптимальной и гипогестогнозической. Оптимальный вариант формируется в случае, если женщина рада беременности. В ней, с самого начала и с каждым месяцем растет чувство любви и ответственности, причем не чрезмерное, а спокойное и гармоничное. Любые возникающие проблемы не выбивают ее из себя, она решает их постепенно, отношения между будущими родителями доверительные и поддерживающие. В таком случае у матери и ребенка формируется симбиотическое единство, что является биологическим и психологическим фундаментом формирования здоровой психики ребенка. Во время вынашивания и после родов,

отношение женщины к ребенку происходит как к частичке себя, она общается с малышом, дарит ему ласку и заботу, проводит время вместе с удовольствием.

При гипогестогнозическом варианте гестационной доминанты разыгрывается негативный сценарий. Он чаще происходит у женщины, с явным или, чаще, скрытым непринятием наступившей беременности. Им свойственны равнодушие к возникающим процессам во время беременности, раздражаются повышенному вниманию и расспросам по поводу своего положения, все проблемы и ограничения, например, двигательные или связанные с изменениями во внешности, становятся для них невыносимыми, а период шевелений малыша в утробе – игнорируется. У ребенка в таком случае формируется чувство дискомфорта, он ощущает себя не нужным, нежеланным и нелюбимым. Есть еще один вид гестационной доминанты – тревожный. Когда женщины испытывают страх буквально по всему: ощущают дурные предчувствия, стыд и стеснение по поводу беременности, переживают из-за возможных осложнений, любые новые ощущения и изменения трактуют как негативные и обращаются к врачам по каждому поводу. Эти ощущения передаются ребенку в утробе и сохраняются с ним на протяжении всей дальнейшей жизни (при отсутствии терапии во взрослом возрасте). Если женщина ощущает сильную эйфорию во период беременности, то это тоже может негативно сказаться на здоровье малыша. Эйфория лишает будущую маму реальной оценки происходящего и чувствительности к объективной реальности. Любые проблемы, трудности или изменения могут застать их врасплох, они считают, что их ребенок будет самым-самым, а увидев новорожденного могут испытать разочарование. Как правило, это чувство никуда не исчезает, а лишь растет по мере взросления ребенка.

Таким образом, на здоровье и развитие ребенка влияет не только физическое состояние будущей матери, но и психологическое. Если мама чувствует себя в безопасности, имеет позитивный настрой, чувствует любовь к ребенку и взаимодействует с ним еще в перинатальном периоде, то все это способствует гармоничному развитию и перинатальной безопасности малыша. А пребывание в состоянии стресса, чувство тревоги и разочарования, по-

давленное состояние – ребенок считывает и перенимает, что скавывается на его психологическом здоровье и развитии.

Для развития понимания важности перинатальной безопасности у молодых женщин, в современном мире существует несколько направлений: проводятся беседы среди девушек fertильного возраста по вопросам контрацепции, на базе женских консультаций проводятся беседы с женщинами, желающими прервать беременность, оказывается психологическая поддержка женщинам на разных сроках беременности и так далее. Все это необходимо развивать для обеспечения перинатальной безопасности не только в рамках нашей страны, но и во всем мире.

Психологическая помощь и вмешательство

Психологическая помощь в перинатальный период играет ключевую роль в обеспечении эмоционального благополучия как матери, так и её ребёнка. В это время женщины сталкиваются с высоким уровнем стресса, который обусловлен физиологическими изменениями, ожиданиями и возможными осложнениями. Согласно данным ВОЗ, психологическое здоровье матери тесно связано с эмоциональным состоянием ребёнка, что подчеркивает важность своевременной поддержки. Исследования показывают, что «дети, рожденные от матерей, страдавших тревожными расстройствами в перинатальном периоде, достоверно чаще демонстрировали нарушения в социальной и эмоциональной сферах». Это подтверждает необходимость комплексного подхода к психологической помощи в этот критический период, учитывающего как индивидуальные, так и социальные факторы, влияющие на эмоциональное состояние женщин и их детей.

Для обеспечения психологической стабильности матерей применяются различные методы поддержки, включая индивидуальные и групповые консультации, семейную терапию и программы подготовки к родам. Эти методы помогают женщинам справляться с тревожностью, учать эффективным стратегиям управления стрессом и укрепляют уверенность в своих силах. Исследования показывают, что такие программы могут снизить уровень тревоги у матерей на 30%.

Раннее вмешательство, направленное на поддержку детей, переживших неблагоприятный перинатальный опыт, играет важную

роль в их дальнейшем развитии. Программы, такие как Kangaroo Care, оказывают положительное влияние на физическое и эмоциональное состояние детей, особенно тех, кто родился преждевременно. Эти меры способствуют укреплению связи между матерью и ребёнком, что, в свою очередь, сказывается на их психосоциальном развитии. Создание архитектурной среды, которая действительно комфортна для человека, корректирует негативные и активизирует позитивные аспекты жизнедеятельности, воплощая в реальном времени и пространстве эволюционные перспективы. Таким образом, комфортная среда может дополнительно способствовать успешной реабилитации и развитию детей, особенно в контексте раннего вмешательства.

Программы психологической помощи продемонстрировали свою эффективность в снижении уровня тревожности как у матерей, так и у детей. Семейная психотерапия, в частности, способствует улучшению взаимодействия внутри семьи, что, в свою очередь, положительно сказывается на общем благополучии. Исследования показывают, что такие подходы уменьшают риск развития тревожных расстройств у детей, которые столкнулись с негативным перинатальным опытом. Важно отметить, что при воспитании нежеланного ребенка в неблагоприятных семейных условиях, с негативным отношением к нему матери, тенденция к формированию отклоняющегося поведения у подростков возрастает. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к психотерапии, который учитывает как эмоциональные, так и социальные факторы, влияющие на развитие детей.

Долгосрочные стратегии для улучшения психофизиологического состояния

Раннее вмешательство играет ключевую роль в минимизации последствий негативного перинатального опыта. Программы поддержки, направленные на детей, подвергшихся неблагоприятным условиям в перинатальный период, позволяют значительно снизить риск развития тревожных расстройств. Согласно исследованиям, такие меры могут уменьшить вероятность возникновения тревожных состояний у детей на 30%. Это достигается благодаря созданию безопасной среды, где ребенок может развиваться в условиях стабильности и заботы. Таким образом, раннее вмеша-

тельство является важным инструментом для поддержания здоровья и благополучия.

Образовательные программы для родителей играют ключевую роль в улучшении психосоциального климата в семье, что положительно сказывается на развитии детей. Эти программы способствуют более глубокому пониманию родителями потребностей своих детей и методов их удовлетворения, создавая гармоничную и поддерживающую среду. Участие родителей в образовательных инициативах улучшает их навыки воспитания, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, позитивно влияет на эмоциональное и психологическое состояние детей, снижая риск возникновения тревожных расстройств. Тем не менее, важно учитывать, что структура личности родителей, неправильное семейное воспитание могут быть источником психологического напряжения ребенка, влиять на его личностные особенности и участвовать в формировании артериальной гипотензии. Таким образом, комплексный подход к образованию родителей может существенно повлиять на здоровье и благополучие детей.

Мониторинг и последующее наблюдение за состоянием детей, переживших неблагоприятные перинатальные условия, представляют собой важные элементы долгосрочной стратегии [255; 256]. Регулярные медицинские осмотры и психологические консультации позволяют своевременно выявлять возможные отклонения в развитии и корректировать их. Это особенно актуально для предотвращения хронических состояний, которые могут негативно сказаться на качестве жизни ребенка. Исследования подтверждают, что систематический мониторинг здоровья детей способствует снижению риска возникновения подобных проблем, что делает его неотъемлемой частью комплексного подхода к поддержанию психофизиологического состояния. Тем не менее, необходимо учитывать, что стрессовые факторы могут оказывать негативное влияние на детей. Например, студенты, подверженные стрессу, сталкиваются с проблемами в получении, переработке и применении знаний, что сказывается на их академической успеваемости. Таким образом, внимание к психоэмоциональному состоянию детей также является ключевым аспектом их общего здоровья и развития.

Выводы

Проведенное исследование выявило значимые взаимосвязи между травмирующим детским опытом и уровнем депрессивного личностного радикала у женщин, что подтверждает критическую роль ранних эмоциональных переживаний в формировании психопатологических состояний во взрослом возрасте. Анализ корреляционных связей продемонстрировал, что возраст является фактором, способствующим снижению выраженности депрессивных симптомов, что, вероятно, связано с накоплением жизненного опыта и развитием адаптивных стратегий совладания. Отрицательные корреляции между уровнем депрессии и инстинктами альтруизма, исследования и доминирования, а также с четырьмя блоками перинатальной памяти, свидетельствуют о защитной роли внутренних психологических ресурсов и ранних эмоциональных воспоминаний в поддержании психического здоровья. В то же время положительные связи депрессии с пережитым сексуальным насилием, эмоциональным пренебрежением и коллективным насилием подтверждают их значимость как факторов риска формирования депрессивных состояний.

Профилактика депрессии, основанная на интегративном подходе, учитывающем выявленные взаимосвязи, способна привести к существенному снижению как распространенности, так и тяжести депрессивных расстройств в популяции, особенно среди лиц с историей травматического детского опыта. Ранняя диагностика и своевременное вмешательство позволяют минимизировать негативные последствия насилия и пренебрежения, способствуя формированию устойчивых адаптивных механизмов и развитию психологических ресурсов, таких как альтруистические и исследовательские инстинкты. Включение в профилактические программы методов работы с перинатальными переживаниями способствует интеграции ранних эмоциональных блоков, что повышает внутреннюю устойчивость личности и снижает уязвимость к стрессовым воздействиям.

Реализация комплексных программ, направленных на развитие социальных и эмоциональных компетенций, формирование чувства безопасности и укрепление межличностных связей, способствует не только снижению уровня депрессии, но и улучшению

общего качества жизни, социальной адаптации и психоэмоционального благополучия. Междисциплинарный подход, объединяющий усилия психологов, педагогов, социальных работников и медицинских специалистов, обеспечивает комплексную поддержку и сопровождение лиц с травматическим опытом, что повышает эффективность профилактических и коррекционных мер.

Таким образом, профилактика депрессии, основанная на выявленных в исследовании взаимосвязях, ведет к формированию более устойчивой психической структуры личности, способной эффективно противостоять негативным жизненным факторам. Это снижает риск хронификации депрессивных состояний и их трансформации в более тяжелые психопатологические формы. Кроме того, комплексный подход способствует предупреждению передачи травматического опыта между поколениями, что имеет важное социальное значение.

В конечном итоге, внедрение профилактических программ, учитывающих специфику травматического детского опыта и направленных на развитие внутренних психологических ресурсов, способствует созданию условий для гармоничного психосоциального развития личности. Это позволяет не только снизить заболеваемость депрессией, но и повысить качество жизни, социальную интеграцию и психологическое благополучие населения в целом, что является приоритетной задачей современной психологии и системы здравоохранения.

Заключение

В ходе проведенного исследования была рассмотрена взаимосвязь между негативным перинатальным опытом, травмирующим детским опытом и риском развития депрессии в будущем. Анализ показал, что неблагоприятные условия в перинатальный период могут оказывать значительное влияние на развитие физиологических и психологических систем индивидуума, что подтверждается данными многочисленных исследований.

Ключевые выводы исследования заключаются в следующем: перинатальный период является критическим этапом в формировании нервной системы; стрессовые факторы, действующие в этот период, могут нарушать гомеостаз парасимпатической нервной системы; возникновение тревожных расстройств в будущем связано с изменениями, вызванными неблагоприятными факторами перинатального периода.

Полученные данные имеют важное значение для психологии и медицины, так как они подчеркивают необходимость ранней диагностики и профилактики нарушений, связанных с негативным перинатальным опытом. Эти результаты могут быть использованы для разработки программ, направленных на улучшение здоровья матери и ребенка.

На основе проведенного исследования предложены рекомендации, включающие обеспечение медицинской и психологической поддержки в перинатальный период, а также внедрение образовательных программ для будущих родителей. Эти меры направлены на снижение риска развития тревожных расстройств у детей.

Дальнейшие исследования могут быть сосредоточены на изучении механизмов влияния перинатальных факторов на эпигенетические изменения и разработке новых методов профилактики и терапии. Это позволит углубить понимание взаимосвязи между перинатальным опытом и психическим здоровьем нации.

Список литературы

1. De Bellis, M. D. The biological effects of childhood trauma / M. D. De Bellis, A. Zisk // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. – 2014. – Vol. 23, № 2. – P. 185–222.
2. Русских, Н. И. К вопросу о психической травме в детском возрасте / Н. И. Русских // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. – 2014.
3. Burke, S. Exploring the Long-Term Impact of Childhood Trauma: Unseen Consequences and Paths to Healing / S. Burke // International Journal of Psychiatry Research. – 2024. – Vol. 7.
4. Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами / Е. С. Герасимчук, М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2024. – Том 10. № 1. – С. 126–142.
5. Comparison of three models of adverse childhood experiences: Associations with child and adolescent internalizing and externalizing symptoms / L. M. Henry, K. Gracey, A. Shaffer [et al.] // Journal of Abnormal Psychology. – 2021. – Vol. 130. No. 1. – P. 9–25.
6. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). – URL: <https://www.who.int/> (date of application: 15.09.2025).
7. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention – 25 States, 2015–2017 / M. T. Merrick, D. C. Ford, K. A. Ports [et al.] // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2019. – Vol. 68. – P. 999–1005.
8. Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the V international scientific conference (Prague, April 20–21, 2019). – Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2019. – 30 p.
9. Validity and reliability of the 10-Item Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-10) among adolescents in the child welfare system / B. Oláh, Z. Fekete, I. Kuritárné Szabó [et al.] // Frontiers in Public Health. – 2023. – Vol. 11.

10. Сафонова, Е. А. Исследование неблагоприятного детского опыта / Е. А. Сафонова, Е. А. Бирина, Е. М. Евсеенко // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. – 2023. – № 11 (88).
11. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg [et al.] // American Journal of Preventive Medicine. – 1998. – Vol. 14. No. 4. – P. 245–258.
12. Гуткевич, Е. В. Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование) / Е. В. Гуткевич, А. И. Шатунова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – Том 3. № 104. – С. 21–32.
13. Tsehay, M. The Role of Adverse Childhood Experience on Depression Symptom, Prevalence, and Severity among School Going Adolescents / M. Tsehay, M. Necho, W. Mekonnen // Depression Research and Treatment. – 2020. – Vol. 2020.
14. Заяцова, Е. К. Инновационные технологии в образовательном процессе / Е. К. Заяцова, Г. А. Гречанова // Педагогика и психология. – 2018. – № 1. – С. 40–47.
15. Liu, R. T. Childhood Adversities and Depression in Adulthood: Current Findings and Future Directions / R. T. Liu // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2017. – Vol. 24. No. 2. – P. 140–153.
16. Does Childhood Adversity Lead to Drug Addiction in Adulthood? A Study of Serial Mediators Based on Resilience and Depression / J. He, X. Yan, R. Wang [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2022. – Vol. 13.
17. Giano, Z. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. / Z. Giano, D. L. Wheeler, R. D. Hubach // BMC Public Health. – 2020. – Vol. 20. – P. 1327.
18. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology / R. F. Anda, V. J. Felitti, J. D. Bremner [et al.] // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2006. – Vol. 256. No. 3. – P. 174–186.

19. Teicher, M. H. Windows of Vulnerability: Understanding how early stress alters trajectories of brain development and sets the stage for the emergence of mental disorders / M. H. Teicher. – The Balanced Mind.
20. Schury, K. Biological memory of childhood maltreatment: current knowledge and recommendations for future research / K. Schury, I. T. Kolassa // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2012. – Vol. 1262. No. 1. – P. 93–100.
21. Adverse Childhood Experiences Are Linked to Age of Onset and Reading Recognition in Multiple Sclerosis / M. Shaw, N. Pawlak, A. Frontario [et al.] // Frontiers in Neurology. – 2017. – Vol. 8.
22. Moffitt, T. E. Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress-biology research join forces / T. E. Moffitt // Development and Psychopathology. – 2013. – Vol. 25. No. 4, Pt 2. – P. 1619–1634.
23. Rogosch, F. A. Child maltreatment and allostatic load: consequences for physical and mental health in children from low-income families / F. A. Rogosch, M. N. Dackis, D. Cicchetti // Development and Psychopathology. – 2011. – Vol. 23. No. 4. – P. 1107–1124.
24. Benedini, K. M. The cycle of victimization: The relationship between childhood maltreatment and adolescent peer victimization / K. M. Benedini, A. A. Fagan, C. L. Gibson // Child Abuse & Neglect. – 2016. – Vol. 59. – P. 111–121.
25. Yohros, A. Examining the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Juvenile Recidivism: A Systematic Review and Meta-Analysis / A. Yohros // Trauma, Violence & Abuse. – 2022. – Vol. 24. No. 3. – P. 1640–1655.
26. Association of adverse childhood experiences and depression among medical students: the role of family functioning and insomnia / H. Tao, X. Zeng, M. Hou [et al.] // Frontiers in Psychology. – 2023. – Vol. 14.
27. Adverse Childhood Events Significantly Impact Depression and Mental Distress in Adults with a History of Cancer / O. A. Babatunde, K. Gonzalez, N. Osazuwa-Peters [et al.] // Cancers. – 2024. – Vol. 16. – P. 3290.
28. Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma / D. Cross, N. Fani, A. Powers [et al.] // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2017. – Vol. 24. No. 2. – P. 111–124.

29. Chauhan, D. Neurobiological effects of childhood trauma: A literature review / D. Chauhan // Scholarly Review Journal. – 2024.
30. Campbell, K. The neurobiology of childhood trauma, from early physical pain onwards: as relevant as ever in today's fractured world / K. Campbell // European Journal of Psychotraumatology. – 2022. – Vol. 13.
31. Голубева, Ю. В. Особенности психической травматизации в детском возрасте, ее влияние на жизненные взаимодействия и жизненную перспективу молодой личности / Ю. В. Голубева // Исследования молодых ученых: материалы LIX Междунар. науч. конф. (Казань, апрель 2023 г.). – Казань: Молодой ученый, 2023. – С. 82–88.
32. Петрова, Е. А. Феномен психотравмы: теоретический аспект / Е. А. Петрова // Вестник НовГУ. – 2013. – № 3. – С. 54–59.
33. Бандура, О. О. Насилие в семье: отсроченные последствия насилия над детьми / О. О. Бандура, А. В. Усова, М. Д. Ольховский // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2019. – Том 32. № 2. – С. 171–179.
34. Trauma in early childhood: empirical evidence and clinical implications / A. F. Lieberman, A. Chu, P. Van Horn [et al.] // Development and Psychopathology. – 2011. – Vol. 23. No. 2. – P. 397–410.
35. Childhood Trauma and Effective Empirically Based Interventions / W. Clements, L. Williams, T. David [et al.] // Journal of Psychology & Behavior Research. – 2019. – Vol. 1. – P. 45.
36. Kashyap, K. Surviving the Storm: Exploring Lives Through Personal Stories of Childhood Trauma / K. Kashyap, S. Panda, B. Bhuyan // Indian Journal of Psychological Medicine. – 2024. – Vol. 46. No. 6. – P. 535–543.
37. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). – URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (date of application: 15.09.2025).
38. Herzog, J. I. Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan / J. I. Herzog, C. Schmahl // Frontiers in Psychiatry. – 2018. – Vol. 9. – P. 420.

39. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys / R. S. Kessler, J. Alonso, S. Aguilar-Gaxiola [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. – 2017. – No. 8. – P. 1353383.
40. Park, Ch. Predictors of post-traumatic growth in young adult burn survivors / Ch. Park // Burns. – 2021. – No. 8. – P. 256–261.
41. Шашмурин, Ю. Ф. Влияние психотравмы на жизненную перспективу личности / Ю. Ф. Шашмурин // Молодой ученый. – 2020. – № 10 (300). – С. 217–220.
42. Blatt, S. J. Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression / S. J. Blatt // Journal of the American Psychoanalytic Association. – 1998. – Vol. 46. No. 3. – P. 722–752.
43. Isenberg, P. L. Psychoanalytic Contribution to a Theory of Depression / P. L. Isenberg, A. F. Schatzberg // Depression. – 1978. – P. 149–171.
44. Desmet, M. Some Preliminary Notes on an Empirical Test of Freud's Theory on Depression / M. Desmet // Frontiers in Psychology. – 2013. – Vol. 4. – P. 158.
45. Bernaras, E. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments / E. Bernaras, J. Jaureguizar, M. Garaigordobil // Frontiers in Psychology. – 2019. – Vol. 10. – P. 543.
46. Greene, S. The Relationship Between Depression and Hopelessness: Implications for Current Theories of Depression / S. Greene // The British Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 154. – P. 650–659.
47. Impact of early life adversities on human brain functioning: A coordinate-based meta-analysis / E. J. Kraaijenvanger, T. M. Pollok, M. Monninger [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2020. – Vol. 113. – P. 62–76.
48. Childhood Maltreatment Alters the Neural Processing of Chemosensory Stress Signals / A. Maier, L. Heinen-Ludwig, O. Güntürkün [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – P. 783.
49. Bettmann Schaefer, J. Using attachment theory to understand the treatment of adult depression / J. Bettmann Schaefer // Clinical Social Work Journal. – 2006. – Vol. 34. – P. 531–542.

50. Mares, L. Adverse Childhood Experiences and Depression, Anxiety, and Eating Disorders: The Mediating Role of Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation Difficulty / L. Mares, R. Davenport, L. Kiropoulos // *Traumatology*. – 2023. – Vol. 30. – P. 456–467.
51. Сурова, Т. С. Руминации как последствие детской психологической травмы: феномен «мысленного самоужаливания» и адаптивное мышление // Общество, педагогика, психология: теория и практика: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием (Чебоксары, 28 мая 2021 г.). – Чебоксары: Среда, 2021. – С. 385–388.
52. Тюмасева, З. И. Семейная среда как средство сохранения, укрепления здоровья обучающихся и формирования самосохранительного поведения / З. И. Тюмасева, И. Л. Орехова // *Вестник Мининского университета*. – 2019. – № 3 (28).
53. Family environment and pediatric major depressive disorder / K. M. Ogburn, M. Sanches, D. E. Williamson [et al.] // *Psychopathology*. – 2010. – Vol. 43. No. 5. – P. 312–318.
54. The Role of Family Environment in Depressive Symptoms among University Students: A Large Sample Survey in China / Y. Yu, X. Yang, Y. Yang [et al.] // *PLOS ONE*. – 2015. – Vol. 10. – P. e0143612.
55. Effects of Family Environment on Depressive Symptoms in Postgraduate Students: Longitudinal Moderating Effect of Family Support and Mediating Effect of Psychological Resilience / M. Ren, J. Song, C. Zhou [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2024. – Vol. 2024. – P. 3867823.
56. Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students / E. N. Satinsky, T. Kimura, M. V. Kiang [et al.] // *Scientific Reports*. – 2021. – Vol. 11. – P. 14370.
57. Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings / L. L. M. Cassiers, B. G. C. Sabbe, L. Schmaal [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Vol. 9. – P. 329.
58. Краснова, С. Г. Взаимосвязь детского опыта домашнего насилия и тревожности у молодежи / С. Г. Краснова // *Развитие образования*. – 2023. – Том 6. № 3. – С. 67–71.

59. Teicher, M. H. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect / M. H. Teicher, J. A. Samson // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2016. – Vol. 57. No. 3. – P. 241–266.
60. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes, M. A. Bellis, K. A. Hardcastle [et al.] // The Lancet Public Health. – 2017. – Vol. 2. No. 8. – P. e356–e366.
61. Родионова, Е. Б. Психологическая травма: особенности и предпосылки возникновения / Е. Б. Родионова // Образование и педагогика: перспективы развития: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (Чебоксары, 16 октября 2020 г.). – Чебоксары: Среда, 2020. – С. 163–165.
62. Li, M. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions / M. Li, C. D'Arcy, X. Meng // Psychological Medicine. – 2016. – Vol. 46. No. 4. – P. 717–730.
63. Hippocampal and Amygdalar Volume Changes in Major Depressive Disorder: A Targeted Review and Focus on Stress / M. Nolan, E. Roman, A. Nasa [et al.] // Chronic Stress. – 2020. – Vol. 4.
64. Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis / P. S. Nuruus, S. Green, P. Logan-Greene [et al.] // Child Abuse & Neglect. – 2015. – Vol. 45. – P. 143–153.
65. Felitti, V. J. Long Term Medical Consequences of Incest, Rape, and Molestation / V. J. Felitti // Southern Medical Journal. – 1991. – Vol. 84. – P. 328–331.
66. Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult / S. R. Dube, R. F. Anda, V. J. Felitti [et al.] // Addictive Behaviors. – 2002. – Vol. 27. No. 5. – P. 713–725.
67. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study / S. R. Dube, V. J. Felitti, M. Dong [et al.] // Pediatrics. – 2003. – Vol. 111. No. 3. – P. 564–572.

68. High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males / L. Du, G. Faludi, M. Palkovits [et al.] // Neuroreport. – 2002. – Vol. 13. No. 9. – P. 1195–1198.
69. Heim, C in humans / C. Heim, D. J. Newport, T. Mletzko [et al.] // Psychoneuroendocrinology. – 2008. – Vol. 33. – P. 693–710.
70. Waite, R. Childhood trauma and adult self-reported depression / R. Waite, P. A. Shewokis // ABNF Journal. – 2012. – Vol. 23. No. 1. – P. 8–13.
71. Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the V international scientific conference (Prague, April 20–21, 2019). – Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2019. – 30 p.
72. Childhood trauma history is linked to abnormal brain connectivity in major depression / M. Yu, K. A. Linn, R. T. Shinohara [et al.] // Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2019. – Vol. 116. No. 17. – P. 8582–8590.
73. Cimeša, M. Childhood Trauma and its Effect on Brain Development: Neurobiological Mechanisms and Implications / M. Cimeša, A. Sokić, B. Cimeša. – 2023.
74. Childhood trauma is linked to decreased temporal stability of functional brain networks in young adults / D. Huang, Z. Liu, H. Cao [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2021. – Vol. 290. – P. 23–30.
75. Взаимодействие ребенка с родителем: судебно-психологические экспертные оценки / Ф. С. Сафуанов, О. Ф. Савина, М. В. Морозова [и др.] // Психология и право. – 2022. – Том 12. № 1. – С. 115–132.
76. Мазур-Марецкая, Е. С. Психическая травма и психотерапия / Е. С. Мазур-Марецкая // Консультативная психология и психотерапия. – 2003. – Том 11. № 1. – С. 31–52.
77. Пушкина, К. В. Влияние детских психологических травм на формирование личности взрослого человека: психологические и нейробиологические аспекты: сборник трудов конференции / К. В. Пушкина, Р. Э. Евстафьева, Е. Н. Чувайкина // Психология сегодня: от теории к практике: материалы Всерос. науч.-практич. конф. – Чебоксары: Среда, 2024. – С. 138–142.

78. Разработка и анализ психометрических свойств новой русскоязычной версии Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) / А. А. Кибитов, А. В. Трусова, К. В. Вышинский [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – Том 32. № 1. – С. 29–57.
79. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67. No. 6. – P. 361–370.
80. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description / R. L. Spitzer, J. B. Williams, M. Gibbon [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1992. – Vol. 49. No. 8. – P. 624–629.
81. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2007.
82. Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes, K. Ford, M. A. Bellis [et al.] // The Lancet Public Health. – 2021. – Vol. 6. No. 11. – P. e848–e857.
83. Приешкина, А. Н. Профилактика детского травматизма в школе / А. Н. Приешкина, С. Р. Жукенов // Научно-спортивный вестник Урала и Сибири. – 2016. – № 2. – С. 55–56.
84. Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis / N. Racine, C. Devereaux, J. E. Cooke [et al.] // BMC Psychiatry. – 2021. – Vol. 21. – P. 28.
85. Tan, M. Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: A systematic review and meta-analysis / M. Tan, P. Mao // Child Abuse & Neglect. – 2023. – Vol. 139.
86. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses / B. W. Sahle, N. J. Reavley, W. Li [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2022. – Vol. 31. No. 10. – P. 1489–1499.
87. Adverse Childhood Experiences and frailty in later life: a prospective population-based cohort study / M. M. Dimitriadis, H. W. Jeuring, R. M. Marijnissen [et al.] // Age and Ageing. – 2023. – Vol. 52. No. 2.

88. Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care / R. Oral, M. Ramirez, C. Coohey [et al.] // Pediatric Research. – 2016. – Vol. 79. – P. 227–233.
89. Can adverse childhood experiences predict chronic health conditions? Development of trauma-informed, explainable machine learning models / H. B. Afzal, T. Jahangir, Y. Mei [et al.] // Frontiers in Public Health. – 2024. – Vol. 11.
90. Тур, Е. Ю. Медитация как метод восстановления сна за счет восстановления модулирующей функции вегетативной нервной системы / Е. Ю. Тур // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2023. – Том 12. № 1А. – С. 221–228.
91. Белявских, В. С. Актуальные проблемы перинатальной психологии: обзор исследований / В. С. Белявских, Л. З. Зарипова // Социальные и гуманитарные науки: теории и практики. – 2017. – № 1. – С. 537–545.
92. Гармашова, Н. Л. Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека / Н. Л. Гармашова, Н. Н. Константинова. – Ленинград: Медицина, 1985. – 159 с.
93. Горячева, Т. Г. Нейропсихологический анализ сформированности высших психических функций у детей, рожденных с помощью кесарева сечения / Т. Г. Горячева, А. В. Сафонкина // Развитие научного наследия А. Р. Лурия в отечественной и мировой психологии: материалы третьей международной научно-практической конференции. – Белгород: Политеппа, 2010. – С. 37–43.
94. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко, В. В. Абрамченко. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 349 с.
95. Корниенко, Д. С. Психология семьи. Основы перинатальной психологии и психологии родительства: учебное пособие / Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова. – Пермь, 2018. – 93 с.
96. Жданова, С. Ю. К вопросу о влиянии перинатального периода на психическое развитие детей раннего возраста / С. Ю. Жданова, Е. А. Бабина // Развитие человека в современном мире. – 2021. – № 2. – С. 22–30.

97. Rees, S. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review / S. Rees, S. Channon, C. S. Waters // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2019. – Vol. 28. No. 2. – P. 257–280.
98. Prenatal and postnatal maternal anxiety and amygdala structure and function in young children / C. Donnici, X. Long, D. Dewey [et al.] // Scientific Reports. – 2021. – Vol. 11. – P. 4019.
99. Maternal stress and child health in the short and long term / E. Akarachkova, A. R. Artemenko, A. A. Beliaev [et al.] // – 2019. – Vol. 3. – P. 30–36.
100. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock / C. A. Sandman, L. Glynn, C. D. Schetter [et al.] // Peptides. – 2006. – Vol. 27. No. 6. – P. 1457–1463.
101. The influence of maternal prenatal and early childhood nutrition and maternal prenatal stress on offspring immune system development and neurodevelopmental disorders / A. H. Marques, T. G. O'Connor, C. Roth [et al.] // Frontiers in Neuroscience. – 2013. – Vol. 7. – P. 120.
102. Early onset and increasing disparities in neurodevelopmental delays from birth to age 6 in children from low socioeconomic backgrounds / T. H. Han, K. Y. Chae, B. Han [et al.] // Journal of Neurodevelopmental Disorders. – 2024. – Vol. 16. – P. 60.
103. Maternal Perinatal Stress Trajectories and Negative Affect and Amygdala Development in Offspring / M. C. Marr, A. M. Graham, E. Feczkó [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2023. – Vol. 180. No. 10. – P. 766–777.
104. Перинатальный стресс: этиопатогенетические факторы развития у новорожденных / А. Н. Аксенов, Л. С. Логутова, И. И. Бочарова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2022. – Том 22. № 3. – С. 21–29.
105. Association between Traffic-Related Air Pollution in Schools and Cognitive Development in Primary School Children: A Prospective Cohort Study / M. Jordi Sunyer, M. Esnaola, M. Alvarez-Pedrerol [et al.] // PLOS Medicine. – 2015. – Vol. 12. No. 3. – P. e1001792.

106. Emotional Stress During Pregnancy – Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother–Child Interaction at Pre-school Age / A.-L. Zietlow, N. Nonnenmacher, C. Reck [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2019. – Vol. 10. – P. 2179.
107. Fine, R. Prenatal stress and inhibitory neuron systems: implications for neuropsychiatric disorders / R. Fine, J. Zhang, H. Stevens // *Molecular Psychiatry*. – 2014. – Vol. 19. – P. 641–651.
108. Skinner, M. K. Environmental stress and epigenetic transgenerational inheritance / M. K. Skinner // *BMC Medicine*. – 2014. – Vol. 12. – P. 153.
109. Yadav, D. K. Risk factors associated with low birth weight / D. K. Yadav, U. Chaudhary, N. Shrestha // *Journal of Nepal Health Research Council*. – 2011. – Vol. 9. No. 2. – P. 159–164.
110. Филинов, А. Г. Сравнительная оценка состояния вегетативной нервной системы у женщин в различные сроки нормально протекающей беременности / А. Г. Филинов, Л. Б. Брагина, С. А. Галицкая // *Медицинский альманах*. – 2015. – № 4 (39).
111. Maternal mental distress and cortisol levels in pregnancies with congenital heart disease / Y. Wu, N. Andescavage, C. Lopez [et al.] // *Cardiology in the Young*. – 2022. – Vol. 32. No. 6. – P. 975–979.
112. Добряков, И. В. *Перинатальная психология* / И. В. Добряков. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 234 с.
113. Депрессивные расстройства у женщин во время беременности и после родов: роль семейных отношений / И. А. Колесников, Е. Н. Беляева, И. В. Добряков [и др.] // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы клинической психологии и психологии личности». – Новосибирск: ИПЦ НГУ, 2017. – 318 с.
114. Солсо, Р. Л. *Когнитивная психология* / Р. Л. Солсо. – Москва: Тривола, Либерея, 2002. – 600 с.
115. Mirescu, C. Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress / C. Mirescu, J. Peters, E. Gould // *Nature Neuroscience*. – 2004. – Vol. 7. – P. 841–846.
116. A stable and replicable neural signature of lifespan adversity in the adult brain / N. E. Holz, M. Zabihi, S. M. Kia [et al.] // *Nature Neuroscience*. – 2023. – Vol. 26. – P. 1603–1612.

117. Glover, V. Maternal Anxiety, Depression, and Stress During Pregnancy: Effects on the Fetus and the Child, and Underlying Mechanisms / V. Glover, Y. Ahmed-Salim, L. Capron // *Fetal Development*. – Cham: Springer, 2016.
118. Association of Prenatal Maternal Anxiety With Fetal Regional Brain Connectivity / J. De Asis-Cruz, D. Krishnamurthy, L. Zhao [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2020. – Vol. 3. No. 12. – P. e2022349.
119. Махнач, А. В. Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / А. В. Махнач, Л. Г. Дикая. – 2016.
120. The Relations Between Maternal Prenatal Anxiety or Stress and Child's Early Negative Reactivity or Self-Regulation: A Systematic Review / R. Korja, S. Nolvi, K. A. Grant [et al.] // *Child Psychiatry & Human Development*. – 2017. – Vol. 48. No. 6. – P. 851–869.
121. Вертоградова, О. П. Возможные подходы к типологии депрессии / О. П. Вертоградова // *Депрессия (психопатология, патогенез): Труды Московского НИИ психиатрии*. – Москва: МНИИП МЗ РСФСР, 1980. – С. 9–16.
122. Краснов, В. Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты / В. Н. Краснов // *Депрессия и коморбидные расстройства*. – Москва: НЦПЗ РАМН, 1997. – С. 80–97.
123. Диков, С. Ю. Соматовегетативные расстройства при депрессиях с разным типом ведущего аффекта: дис. ... канд. мед. наук / С. Ю. Диков. – Москва, 2009. – 164 с.
124. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. – Москва: МИА, 2000. – 434 с.
125. Friedman, B. H. An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone / B. H. Friedman // *Biological Psychology*. – 2007. – Vol. 74. No. 2. – P. 185–199.
126. Антипова, О. С. Проблемы и перспективы изучения вегетативной регуляции при депрессиях / О. С. Антипова // *Доктор.Ру*. – 2019. – № 6 (161).
127. Thayer, J. F. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation / J. F. Thayer, R. D. Lane // *Journal of Affective Disorders*. – 2000. – Vol. 61. No. 3. – P. 201–216.

128. Low cardiac vagal tone index by heart rate variability differentiates bipolar from major depression / B. Hage, B. Britton, D. Daniels [et al.] // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2019. – Vol. 20. No. 5. – P. 359–367.
129. Антипова, О. С. Изменения вегетативной регуляции при депрессивных расстройствах умеренной тяжести / О. С. Антипова, В. Н. Краснов, О. С. Трофимова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Том 113. № 11-2. – С. 65–73.
130. Антипова, О. С. Вегетативная реактивность больных депрессией на фоне купирующей терапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина / О. С. Антипова, О. С. Трофимова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – Том XVI. № 4. – С. 32–34.
131. Heart rate variability alterations in late life depression: A meta-analysis / L. Brown, C. Karmakar, R. Gray [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2018. – Vol. 235. – P. 456–466.
132. Kemp, A. H. The relationship between mental and physical health: insights from the study of heart rate variability / A. H. Kemp, D. S. Quintana // International Journal of Psychophysiology. – 2013. – Vol. 89. No. 3. – P. 288–296.
133. Kemp, A. H. From psychological moments to mortality: A multidisciplinary synthesis on heart rate variability spanning the continuum of time / A. H. Kemp, J. Koenig, J. F. Thayer // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2017. – Vol. 83. – P. 547–567.
134. Baroreflex mechanisms in major depression / D. M. Davydov, D. Shapiro, I. A. Cook [et al.] // Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2007. – Vol. 31. No. 1. – P. 164–177.
135. Cardiac dysautonomia in depression – heart rate variability biofeedback as a potential add-on therapy / A. Pinter, S. Szatmari Jr., T. Horvath [et al.] // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2019. – Vol. 15. – P. 1287–1310.

136. Динамика вегетативной регуляции при лечении транскраниальной магнитной стимуляцией больных эндогенными депрессиями / Т. С. Мельникова, С. Г. Капилетти, К. Е. Мариненко [и др.] // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2001. – Том 11. № 2. – С. 72–75.
137. Carney, R. M. Depression and coronary heart disease / R. M. Carney, K. E. Freedland // Nature Reviews Cardiology. – 2017. – Vol. 14. No. 3. – P. 145–155.
138. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina / A. H. Glassman, C. M. O'Connor, R. M. Califf [et al.] // JAMA. – 2002. – Vol. 288. No. 6. – P. 701–709.
139. Antidepressants strongly influence the relationship between depression and heart rate variability: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) / C. Regan, R. A. Kenny, H. Cronin [et al.] // Psychological Medicine. – 2015. – Vol. 45. No. 3. – P. 623–636.
140. Heart rate and heart rate variability in panic, social anxiety, obsessive-compulsive, and generalized anxiety disorders at baseline and in response to relaxation and hyperventilation / A. Pittig, J. J. Arch, C. W. Lam [et al.] // International Journal of Psychophysiology. – 2013. – Vol. 87. No. 1. – P. 19–27.
141. Faurholt-Jepsen, M. Heart rate variability in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis / M. Faurholt-Jepsen, L. V. Kessing, K. Munkholm // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2017. – Vol. 73. – P. 68–80.
142. Reduced heart rate variability in schizophrenia and bipolar disorder compared to healthy controls / D. S. Quintana, L. T. Westlye, T. Kaufmann [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2016. – Vol. 133. No. 1. – P. 44–52.
143. Comparative Study of Heart Rate Variability in Patients with Schizophrenia, Bipolar Disorder, Post-traumatic Stress Disorder, or Major Depressive Disorder / E. Moon, S. H. Lee, D. H. Kim [et al.] // Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. – 2013. – Vol. 11. No. 3. – P. 137–143.
144. Beauchaine, T. P. Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology / T. P. Beauchaine, J. F. Thayer // International Journal of Psychophysiology. – 2015. – Vol. 98. No. 2, Pt 2. – P. 338–350.

145. van Zyl, L. T. Effects of antidepressant treatment on heart rate variability in major depression: a quantitative review / L. T. van Zyl, T. Hasegawa, K. Nagata // BioPsychoSocial Medicine.
146. Heart rate variability during antidepressant treatment with venlafaxine and mirtazapine / J. Terhardt, F. Lederbogen, A. Feuerhack [et al.] // Clinical Neuropharmacology. – 2013. – Vol. 36. No. 6. – P. 198–202.
147. Longitudinal evidence for unfavorable effects of antidepressants on heart rate variability / C. M. Licht, E. J. de Geus, R. van Dyck [et al.] // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol. 68. No. 9. – P. 861–868.
148. Association between anxiety disorders and heart rate variability in The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) / C. M. Licht, E. J. de Geus, R. van Dyck [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2009. – Vol. 71. No. 5. – P. 508–518.
149. Associations between symptoms of depression and heart rate variability: An exploratory study / L. Borrione, A. R. Brunoni, B. Sampaio-Junior [et al.] // Psychiatry Research. – 2018. – Vol. 262. – P. 482–487.
150. Does Panic Disorder Increase the Risk of Coronary Heart Disease? A Cohort Study of a National Managed Care Database / A. Gomez-Caminero, W. A. Blumentals, L. J. Russo [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2005. – Vol. 67. – P. 688–691.
151. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors / J. Garcia-Campayo, L. M. Claraco, C. Sanz-Carrillo [et al.] // General Hospital Psychiatry. – 2002. – Vol. 24. No. 2. – P. 101–105.
152. Somatoform disorders suggest psychiatric treatment need / M. De Wall [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184. – P. 470–476.
153. Montgomery, S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // The British Journal of Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
154. Lecrubier, Y. Depression in medical practice / Y. Lecrubier // WPA Teaching Bulletin on Depression. – 1993. – Vol. 1. No. 1. – P. 1–2.
155. Психические расстройства и расстройства поведения: Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2003.

156. A case-control study of erectile dysfunction among men diagnosed with panic disorder / W. A. Blumentals, A. Gomez-Caminero, R. R. Brown [et al.] // International Journal of Impotence Research. – 2004. – Vol. 16. No. 3. – P. 299–302.
157. Поляков, С. Э. Соматизированные депрессии у больных психиатрического стационара / С. Э. Поляков // Ранняя диагностика и прогноз депрессии (клинико-эпидемиологический и клинико-экспериментальный аспекты): сб. науч. тр. – Москва: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1989. – С. 117.
158. Сукиасян, С. Г. Соматизированные психические нарушения (клиническая концепция развития) / С. Г. Сукиасян. – Ереван: Магистрос, 1996. – 218 с.
159. Методика раннего выявления соматоформных психических нарушений в амбулаторно-поликлинической сети / С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. С. Чшмаритян [и др.].
160. Costa-e-Silva, J. Facing depression / J. Costa-e-Silva // WPA Teaching Bulletin on Depression. – 1993. – Vol. 1. – P. 11.
161. Sharpe, M. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? / M. Sharpe, R. Mayou // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184. – P. 465–467.
162. Короленко, Ц. П. Идентичность в норме и патологии / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева, Е. Н. Загоруйко. – Новосибирск: НГПУ, 2000.
163. Solms, M. Extracts from the Revised Standard Edition of Freud's complete psychological works / M. Solms // The International Journal of Psychoanalysis. – 2018. – Vol. 99. – P. 11–57.
164. Lutova, N. B. Structure of motivation for treatment and compliance in psychiatric patients / N. B. Lutova, M. Yu. Sorokin, V. D. Wied // Dynamic Psychiatry of Gunter Ammon. Identity through the Group. – Saint-Petersburg: Alta Astra, 2018. – P. 245–254.
165. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – 9-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2005. – 940 с.
166. Гроф, С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / С. Гроф. – Москва: Аст, 2005.
167. Grof, S. Realms of the human unconscious / S. Grof. – New York: Dutton, 1976.

168. Русалов, В. М. Опросник структуры темперамента / В. М. Русалов. – Москва, 1990.
169. Реан, А. А. Практическая психодиагностика личности: учеб. пособие / А. А. Реан. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб ун-та, 2001. – 224 с.
170. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2006. – 672 с.
171. Люшер, М. Цвет вашего характера / М. Люшер. – Москва: Вече, 1996. – 400 с.
172. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – 7-е междунар. изд. – Санкт-Петербург, 2000.
173. Добряков, И. В. Позитивный подход в психотерапии семьи, ожидающей ребенка / И. В. Добряков // 1-я Всемирная конференция по позитивной психотерапии: тезисы докл. – Санкт-Петербург, 1997. – С. 52.
174. Батуев, А. С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать – дитя» / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 3. – 2006. – Вып. 2. – С. 85–102.
175. Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов. – Санкт-Петербург, 1999.
176. Добряков, И. В. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / И. В. Добряков. – Москва: УРАО, 2005.
177. Корниенко, Д. С. Психология семьи. Основы перинатальной психологии и психологии родительства: учебное пособие / Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова. – Пермь, 2018. – 93 с.
178. Соловьева, Е. В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития / Е. В. Соловьева // Психологическая наука и образование. – 2014. – № 1. – С. 261–272.
179. Lord, S. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF / S. Lord, N. Robertson // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 2005. – Vol. 23. No. 4. – P. 319–332.

180. An overview of studies on psychological well-being in children born following assisted reproductive technologies / Zh. Qi-tao, P. Pei-pei, X. Xiang-rong [et al.] // Journal of Zhejiang University. Science. – 2013. – Vol. 14. – P. 947–960.
181. Academic performance in adolescents born after ART – a nationwide registry-based cohort study / A. L. Spangmose, S. S. Malmchau, L. Schmidt [et al.] // Human Reproduction. – 2017. – Vol. 32. – P. 447–456.
182. Punamäki, R. L. Mental health and developmental outcomes for children born after ART: A comparative prospective study on child gender and treatment type / R. L. Punamäki, A. Tiitinen, J. Lindblom // Human Reproduction. – 2015. – Vol. 31. – P. 100–107.
183. Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4-year-old singletons / P. Schendelaar, S. La Bastide-Van Gemert, M. J. Heineman [et al.] // Reproductive Biomedicine Online. – 2016. – Vol. 33. – P. 752–762.
184. Соловьева, Е. В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями: дис. канд. психол. наук / Е. В. Соловьева. – Москва, 2016. – 217 с.
185. Medical, cognitive, emotional and behavioral outcomes in school-age children conceived by in vitro fertilization / R. Levy-Shiff, E. Vakil, L. Dimitrovsky [et al.] // Journal of Clinical Child Psychology. – 1998. – Vol. 27. – P. 320–329.
186. Colpin, H. Parenting and psychosocial development of IVF-children. A follow-up study / H. Colpin, S. Soenen // Human Reproduction. – 2002. – Vol. 17. No. 4. – P. 1116–1123.
187. Health of children conceived after preimplantation genetic diagnosis: a preliminary outcome study / I. Banerjee, M. Shevlin, M. Taranissi [et al.] // Reproductive Biomedicine Online. – 2008. – Vol. 16. No. 3. – P. 376–381.
188. Growth and development of children conceived by in-vitro maturation of human oocytes / S. C. Mu, J. L. Hwang, Y. H. Lin [et al.] // Early Human Development. – 2006. – Vol. 82. No. 10. – P. 677–682.

189. Печенина, В. А. Коррекционно-педагогическая помощь детям, рожденным в результате экстракорпорального оплодотворения: дис. ... канд. пед. наук / В. А. Печенина. – Москва, 2018. – 193 с.
190. Соловьева, Е. В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями: дис. ... канд. психол. наук / Е. В. Соловьева. – Москва, 2016. – 217 с.
191. Ранк, О. Травма рождения / О. Ранк. – Москва: Аграф, 2004. – 398 с.
192. Гроф, С. За пределами мозга / С. Гроф. – Москва: Изд-во Трансперсонального института, 1993. – 497 с.
193. Гармашова, Н. Л. Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека / Н. Л. Гармашова, Н. Н. Константинова. – Ленинград: Медицина, 1985. – 159 с.
194. Цареградская, Ж. В. Ребенок от зачатия до года / Ж. В. Цареградская. – Москва: Аст, 2003. – 281 с.
195. Mental and psychomotor development of 2-year-old children born after preimplantation genetic diagnosis/screening / J. Nekkebroeck, M. Bonduelle, S. Desmyttere [et al.] // Human Reproduction. – 2008. – Vol. 23. No. 7. – P. 1560–1566.
196. A retrospective case-control study of developmental and other outcomes in a cohort of Australian children conceived by intracytoplasmic sperm injection compared with a similar group in the United Kingdom / A. G. Sutcliffe, K. Saunders, R. McLachlan [et al.] // Fertility and Sterility. – 2003. – Vol. 79. No. 3. – P. 512–516.
197. An overview of studies on psychological wellbeing in children born following assisted reproductive technologies / Q.-T. Zhan, P.-P. Pan, X.-R. Hu [et al.] // Journal of Zhejiang University. Science. – 2013. – Vol. 14. No. 11. – P. 947–960.
198. Горячева, Т. Г. Нейропсихологический анализ сформированности высших психических функций у детей, рожденных с помощью кесарева сечения / Т. Г. Горячева, А. В. Сафонкина // Развитие научного наследия А. Р. Лурия в отечественной и мировой психологии: материалы третьей международной научно-практической конференции. – Белгород: Политеппа, 2010. – С. 37–43.

199. Лозинская, А. В. Анализ особенностей психического развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения / А. В. Лозинская // Развитие научного наследия А. Р. Лурия в отечественной и мировой психологии: материалы третьей международной научно-практической конференции. – Белгород: Политехника, 2007. – С. 49–53.
200. Динамика нервно-психического развития детей, родившихся с помощью кесарева сечения / Д. Г. Герман, В. М. Михлин, Н. М. Королькова [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С. 12–24.
201. Кошелева, Е. А. «Кесарята»: психологические особенности подростков, рожденных путем кесарева сечения / Е. А. Кошелева // Психологическая газета. – 1997. – № 10 (25). – С. 41–54.
202. Орлова, О. С. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения / О. С. Орлова, В. А. Печенина // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. – 2016. – № 4-2. – С. 237–245.
203. Султанова, А. С. Последствия кесарева сечения для психического онтогенеза ребенка / А. С. Султанова // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. – Москва: УРАО, 2005. – С. 223–232.
204. Цыбелова, Э. М. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у доношенных новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения: дис. ... канд. мед. наук / Э. М. Цыбелова. – Иркутск, 2009. – 169 с.
205. Зеленина, И. В. Особенности когнитивной сферы у детей 7 лет, рожденных с помощью планового кесарева сечения / И. В. Зеленина // European Social Science Journal. – 2016. – № 6. – С. 236–241.
206. Ревякина, Ю. В. Особенности умственного и психомоторного развития детей раннего возраста, рожденных с помощью абдоминального способа родоразрешения / Ю. В. Ревякина, И. В. Ярославцева // Психологическая наука и образование. – 2015. – Том 7. № 1. – С. 30–38.
207. Лозинская, А. В. Анализ особенностей психического развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения / А. В. Лозинская // Развитие научного наследия А. Р. Лурия в отечественной и мировой психологии: материалы третьей международной научно-практической конференции. – Белгород: Политехника, 2007. – С. 49–53.
208. Стребелева, Е. А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Е. А. Стребелева. – Москва: Просвещение, 2009. – 164 с.

209. Коваленко, Н. П. Эмоциональные процессы в ресурсной психотерапии / Н. П. Коваленко // Образовательный вестник «Сознание». – 2017. – № 6.
210. Коваленко, Н. П. Психосоматическая медицина и ресурсная психотерапия в практике / Н. П. Коваленко // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 7. – С. 113–116.
211. Faltas, I. Emotional Intelligence: A Historical Overview / I. Faltas. – 2016.
212. Люсин, Д. В. Современные представления об эмоциональном интеллекте / Д. В. Люсин // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. – Москва: ИП РАН, 2004. – С. 29–39.
213. Mayer, J. D. Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits? / J. D. Mayer, P. Salovey, D. R. Caruso // American Psychologist. – 2008. – Vol. 63. No. 6. – P. 503–517.
214. Гоулман, Д. Эмоциональное лидерство: искусство управлять людьми на основе эмоционального интеллекта / Д. Гоулман. – Москва: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 302 с.
215. Goleman, D. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ / D. Goleman. – Bantam Books, 1995.
216. Var-On, R. Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A Measure of Emotional Intelligence / R. Var-On // Technical Manual. – Toronto: Multi-Health Systems, 2004. – P. 123–147.
217. Тур, Е. Ю. Медитация MMCC (Mindfulness Meditation of Conscious Concentration) как метод развития эмоционального интеллекта / Е. Ю. Тур // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума Наука и инновации – Современные концепции. – Москва: Инфинити, 2023. – С. 99–105.
218. Does Emotional Intelligence Fluctuate within Clinical Depressive Condition? / Y. J. Kim, E. H. Park, D. I. Jon [et al.] // Psychiatry Investigation. – 2017. – Vol. 14. No. 5. – P. 532–538.
219. Emotional Intelligence and Its Relationship with Levels of Social Anxiety and Stress in Adolescents / J. Cejudo, D. Rodrigo-Ruiz, M. L. López-Delgado [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2018. – Vol. 15. No. 6. – P. 1073.
220. Moeller, R. W. Emotional Intelligence, Belongingness, and Mental Health in College Students / R. W. Moeller, M. Seehuus, V. Peisch // Frontiers in Psychology. – 2020. – Vol. 11. – P. 93.

221. Mayer, J. D. Human abilities: emotional intelligence / J. D. Mayer, R. D. Roberts, S. G. Barsade // Annual Review of Psychology. – 2008. – Vol. 59. – P. 507–536.
222. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health / N. S. Schutte, J. M. Malouff, E. B. Thorsteinsson [et al.] // Personality and Individual Differences. – 2007. – Vol. 42. No. 6. – P. 921–933.
223. Martins, A. A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health / A. Martins, N. Ramalho, E. Morin // Journal of Personality and Individual Differences. – 2010. – Vol. 49. No. 6. – P. 554–564.
224. Michels, M. Emotional intelligence and the dark triad: A meta-analysis / M. Michels, R. Schulze // Personality and Individual Differences. – 2021. – Vol. 180.
225. Emotional intelligence and attachment in adulthood: A meta-analysis / S. A. Walker, K. S. Double, H. Kunst [et al.] // Personality and Individual Differences. – 2022. – Vol. 184.
226. Schachter, S. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state / S. Schachter, J. Singer // Psychological Review. – 1962. – Vol. 69. No. 5. – P. 379–399.
227. Emotional intelligence in medical education: A critical review / M. Cherry, I. Fletcher, H. O'Sullivan [et al.] // Medical Education. – 2014. – Vol. 48. – P. 468–478.
228. Faltas, I. Three Models of Emotional Intelligence / I. Faltas. – 2017.
229. Goleman, D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ / D. Goleman. – Bantam Books, 2005.
230. Сборник научных статей и рабочих материалов к докладам участников II Международной конференции «Философия и психотерапия». – Санкт-Петербург: Анатолия, 2014. – 232 с.
231. Коваленко, Н. П. Семейная система как пространство воспитания / Н. П. Коваленко // ЧиО. – 2010. – № 3.
232. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. – Public Domain.
233. Коваленко-Маджуга, Н. П. Ресурсная арт-терапия / Н. П. Коваленко-Маджуга. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2009.
234. Коваленко, Н. П. Психология успеха: Постановка и достижение цели / Н. П. Коваленко. – Москва: Нева, 2003.

235. Typ, E. Ю. Психосоматотерапия как метод восстановления ресурсного потенциала личности / E. Ю. Typ, Н. П. Коваленко // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – Том 7. № 7. – С. 196–201.
236. Ito, M. Psychosomatic / M. Ito // Encyclopedia of Behavioral Medicine. – 2013. – P. 1857–1859.
237. Fava, G. A. The Psychosomatic Practice / G. A. Fava, N. Sonino // Psychosomatic medicine. International Journal of Clinical Practice. – 2010. – Vol. 64. No. 8. – P. 61–71.
238. Wise, T. Psychosomatics: Past, Present and Future / T. Wise // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2014. – Vol. 83. – P. 65–69.
239. Effectiveness of psychosomatic therapy for patients with persistent somatic symptoms: Results from the CORPUS randomised controlled trial in primary care / M. S. H. Wortman, J. C. van der Wouden, J. W. R. Twisk [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2023. – Vol. 167.
240. Kumnig, M. Clinical research on psychotherapeutic and psychosomatic care / M. Kumnig, F. Petermann, G. Schlüßer // Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. – 2014. – Vol. 62. – P. 283–289.
241. Chorna, N. Psychosomatic and Neurobiological Foundations of Human Resilience in Wartime / N. Chorna // Available at SSRN. – 2024.
242. Lützenkirchen, J. Einige Überlegungen zur Psychosomatik in der Neurologie / J. Lützenkirchen // Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. – 1980. – Vol. 26. No. 1. – P. 57–62.
243. Vlaicu, C. The role of cognitive behaviour therapy in the treatment of psychosomatic disorders / C. Vlaicu, A. Haidu // International Multidisciplinary Scientific Conference on the Dialogue between Sciences & Arts, Religion & Education. – 2019. – Vol. 3. – P. 192–200.
244. Nakao, M. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies / M. Nakao, K. Shirotsuki, N. Sugaya // BioPsychoSocial Medicine. – 2021. – Vol. 15. No. 1. – P. 16.
245. Typ, E. Ю. Оценка эффективности метода нейромедитаций против тревоги / E. Ю. Typ // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – № 7(5). – С. 94–100.
246. Mindfulness Meditation and Cognitive Behavioral Therapy Intervention Reduces Pain Severity and Sensitivity in Opioid-Treated Chronic Low Back Pain: Pilot Findings from a Randomized Controlled Trial / A. Zgierska, C. Burzinski, J. Cox [et al.] // Pain Medicine. – 2016. – Vol. 17. – P. 1865–1881.

247. Aisenberg-Shafran, D. The effects of mindfulness meditation versus CBT for anxiety on emotional distress and attitudes toward seeking mental health treatment: a semi-randomized trial / D. Aisenberg-Shafran, L. Shturm // *Scientific Reports*. – 2022. – Vol. 12. – P. 19711.
248. Гарбузов, В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье / В. И. Гарбузов. – Санкт-Петербург: Сфера, 1994.
249. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций / А. А. Кукшина, А. В. Котельникова, М. А. Рассурова [и др.] // *Клиническая и специальная психология*. – 2023. – № 2.
250. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control / A. Bandura. – W. H. Freeman, 1997.
251. Bowlby, J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* / J. Bowlby. – Basic Books, 1988.
252. Briere, J. Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse / J. Briere, D. M. Elliott // *The Future of Children*. – 1994. – Vol. 4. No. 2. – P. 54–69.
253. Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling / L. L. Carstensen [et al.] // *Psychology and Aging*. – 2011. – Vol. 26. No. 1. – P. 21–33.
254. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study / D. M. Fergusson [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. – 2013. – Vol. 37. No. 11. – P. 1021–1031.
255. Fredrickson, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions / B. L. Fredrickson // *American Psychologist*. – 2001. – Vol. 56. No. 3. – P. 218–226.
256. Heim, C. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies / C. Heim, C. B. Nemeroff // *Biological Psychiatry*. – 2001. – Vol. 49. No. 12. – P. 1023–1039.

Приложение 1

Тест «Ресурсный Потенциал» для выявления доминирующего инстинкта-ресурса (по Коваленко Н. П.)

Инструкция: внимательно прочтите утверждения. На каждое утверждение нужно выбрать только один вариант ответа («да», «скорее да», «скорее нет», «нет»). Обведите соответствующий балл в этой ячейке. В тесте нет «правильных» или «неправильных» утверждений. Постарайтесь отвечать быстро, не задумываясь.

Текст теста.

Таблица 4

№ I

№	Я уверен (а), что...	Согласен (да)	скорее да	скорее не согласен	не согласен нет
1	2	3	4	5	6
1.1.	Самая главная цель моей жизни – это сохранение собственного здоровья, дома, спокойствия	4	3	1	0
1.2.	Самое болезненное для меня – это проявление агрессии и недоброжелательности людей по отношению ко мне, друг другу, отсутствие ощущения защиты	4	3	1	0
1.3.	Я выбираю работу, сферу деятельности, дающей мне ощущение собственной защищенности, спокойствия и стабильности. Неизвестность страшит и тревожит	4	3	1	0

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Окончание таблицы 4

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1.4.	Очень значимо для меня переживание удовлетворения и удовольствия, наслаждения в разных проявлениях. Это насыщает и успокаивает	4	3	1	0
1.5.	Здоровье и благополучие важнее самых заманчивых целей и предложений в моей жизни. Посвящаю ему много времени и сил	4	3	1	0
1.6.	Всё в моей жизни начинается с Я. Я – главная ценность, которую нужно укреплять и защищать	4	3	1	0

Таблица 5
№ II

<i>№</i>	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
2.1.	Моя сексуальная активность В темперамент меня вполне удовлетворяют	4	3	1	0
2.2.	Умею восхищаться представителями противоположного пола и умею находить подход для знакомства и отношений	4	3	1	0

Окончание таблицы 5

1	2	3	4	5	6
2.3.	Хочу, чтобы в моей семье всегда было много детей, они умиляют и радуют. Они источник счастья	4	3	1	
2.4.	Семейные узы для меня главная цель в жизни. Родственные чувства хоть и сложны, но важны, необходимы для укрепления себя в жизни, реализации материнства (и отцовства)	4	3	1	
2.5.	Любовь к противоположному полу наполняет меня жизнью, активностью, вдохновением, иногда даже чрезмерно	4	3	1	0
2.6.	Лучше и приятнее всего ощущаю себя в кругу своей семьи. Моя Семья как живое дерево имеет корни (предки) и плоды (дети) и это радует меня	4	3	1	0

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Таблица 6

№ III

№	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
1	2	3	4	5	6
3.1.	Более всего для меня важна гармония и красота во всех ее проявлениях. Творить красоту в разных формах – это самое увлекательное занятие	4	3	1	0
3.2.	Для меня родительская роль – важнейшая и радостная миссия, а не обуза	4	3	1	0
3.3.	Важнее всего для меня лад и гармония в отношениях и совершенно непереносимы скандалы, обиды, чужая боль	4	3	1	0
3.4.	Помощь и поддержка другим людям дает мне глубокое удовлетворение и радость	4	3	1	0

Окончание таблицы 6

1	2	3	4	5	6
3.5.	Больше всего я ценю бескорыстие в отношениях между людьми. Главное – принесение пользы всем людям	4	3	1	0
3.6.	Окружающий мир для меня – источник красоты и вдохновения, спасение от бед и вера в добро (Бога)	4	3	1	0

Таблица 7
№ IV

№ 2	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
1	2	3	4	5	6
4.1.	Испытываю гордость за те знания, которые получил (а) от своей семьи, учителей и и других источников	4	3	1	0
4.2.	Моё желание познавать неиссякаемо. Мне интересно все, чего я еще не знаю	4	3	1	0

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Окончание таблицы 7

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
4.3.	Мне более всего доставляет удовольствие разгадывать какую-нибудь тайну, ответить на важный вопрос, который давно мучает. Мой ум всегда в работе		4	3	1	0
4.4.	Моё желание и способность перерабатывать информацию доставляет мне настоящее удовлетворение, интеллектуальная работа мне не в тягость, а чем больше, тем лучше		4	3	1	0
4.5.	Более всего меня интересует продвижение в обучении, познании мира и самого (й) себя. Я всегда хорошо и основательно учусь		4	3	1	0
4.6.	Меня удовлетворяет моя способность сочинять, придумывать, сооружать что-то интересное и новое		4	3	1	1

Таблица 8
№ V

№	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
5.1.	Полностью удовлетворен(а) своим характером, силой духа, жизнеспособностью	4	3	1	0
5.2.	Предпочитаю управленческую, организационную работу. Я всегда уверен(а), что деловые люди приносят наибольшую пользу и наиболее ценные	4	3	1	0
5.3.	Мне легко быть главой семьи, проявлять заботу о подопечных, дарить подарки	4	3	1	0
5.4.	Деньги у меня всегда есть и будут. Я люблю их, а они меня	4	3	1	0
5.5.	Лидерская роль для меня легка и приятна, люди уважают и любят меня	4	3	1	0
5.6.	В любой сложной ситуации я не теряю самообладания, чувства юмора и присутствия духа	4	3	1	0

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Таблица 9
№ VI

№	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
1	2	3	4	5	6
6.1.	Если бы мне предложили на выбор карьеру, богатство, безопасность или свободу, то я бы без колебаний выбрал (а) свободу	4	3	1	0
6.2.	Не терплю ограничений в своей жизни. Самое мучительное для меня – это пассивность и однообразие	4	3	1	0
6.3.	Из всех прав человека важнейшее – свобода слова, передвижения, вероисповедания	4	3	1	0
6.4.	Более всего меня интересует независимость от кого бы, то ни было и от чего бы, то ни было	4	3	1	0
6.5.	Любые ограничения приносят мне мучения и неудовлетворенность, вплоть до болезненных ощущений	4	3	1	0

Окончание таблицы 9

1	2	3	4	5	6
6.6.	Путешествия, поездки, общение со многими людьми, перемена места жительства не утомляют, а вдохновляют меня	4	3	1	1

Таблица 10
№ VII

№	Я уверен (а), что...	полностью согласен (а)	может быть согласен (а)	скорее не согласен (а)	не согласен (а)
1	2	3	4	5	6
7.1.	Жить с чистой совестью для меня закон и необходимое условие жизни	4	3	1	0
7.2.	Всегда готов (а) поступиться своим благополучием ради сохранения своей чести и родовой гордости	4	3	1	0
7.3.	Я всегда долго переживаю (мучаюсь), если сделал (а) что-то не верно, не честно	4	3	1	0
7.4.	Более всего я чувствителен (а) ко всем формам ущемления моей чести и совести и также по отношению к другим	4	3	1	0

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Окончание таблицы 10

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
7.5.	Высшее удовлетворение для меня – это удовлетворение качеством своих результатов и плодов жизнедеятельности (дети, семья, работа)	<u>4</u>	3	1	0
7.6.	Достижение полного удовлетворения для меня – временный результат, далее опять требуется развитие и улучшение качества	<u>4</u>	3	1	0

Ключ к тесту: подсчитайте баллы по каждой группе инстинктов:

- № I – инстинкт самосохранения;
- № II – инстинкт продолжение рода;
- № III – инстинкт альтруизма, гармонии;
- № IV –исследовательский инстинкт;
- № V – инстинкт доминирования;
- № VI – инстинкт свободы;
- № VII – инстинкт совести.

Наименьшая сумма баллов от 1 до 6 – указывает на пассивность данного инстинкта. Среднее количество баллов от 7 до 12 – указывает на слабую выраженность данного инстинкта. Больше среднего количество баллов от 13 до 18 – указывает на среднюю активность данного инстинкта. Наибольшая сумма баллов от 19 до 24 – указывает на доминирующий инстинкт. Если равное количество баллов окажется у двух инстинктов, то респонденту свойственен смешанный тип. Чрезвычайно информативно низкий бал или отсутствие баллов по инстинктам гармонии, самосохранения, продолжения рода.

Приложение 2

**Тест «Перинатальный опыт –
ресурсный потенциал» (по Коваленко Н. П.)
для измерения ресурсного потенциала
в зависимости от перинатального опыта**

Тест выявляет уровень ресурсного потенциала и уровень адаптивных возможностей человека, в зависимости от обстоятельств его вынашивания и рождения. В качестве дополнительной информации важны сведения о вынашивании, рождении и раннем детстве, собранные в виде дневников, писем, диалогов.

Таблица 11

№	Вопрос баллы	Варианты 0	Ответов 1	(выбрать) 3
1	2	3	4	5
1	Как вы могли бы оценить ваши взаимоотношения с окружающим миром?	никакие	как у всех	позитивные
	что-то еще			
2	Какие самые первые чувства вы помните к своей матери?	никакие	запах (образ)	любовь/ нежность
	к отцу	никаких		любовь
	К бабушке			любовь/ нежность
3	Как вы оцениваете свой творческий потенциал?	низкий	средний	высокий
4	Как вы оцениваете свой уровень здоровья?	низкий	средний	высокий
5	Какие цвета более всего радуют вас в окружающей природе?	темные	светлые	все

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Продолжение таблицы 11

1	2	3	4	5
	что-то еще			
6	Как вы переносите одиночество?	очень плохо	нахожу занятие	люблю/отдыхаю
7	Какие чувства преобладают у вас при принятии решения?	стресс	мозговая атака	спокойное принятие решения
8	Как вы оцениваете свою смелость	низкая	средняя	ярко выраженная
9	Как часто вы подвержены страху и тревоге?	часто	иногда	редко
10	Какие чувства преобладают у вас в процессе преодоления препятствий?	страх/ступор	тревога-активность, но это смотря какие препятствия	активный интерес
11	Какие слова вы слышали от матери (отца) о своем рождении?	страхи (травма)	тяжело, но норма	большая радость
12	Какие чувства преобладают у вас в ситуации опасности?	стресс/бессилие	стресс-активность	мобилизация/активность
13	Что вы чувствуете и делаете, когда вам что-то угрожает?	прячусь/закрываюсь	что-то предпринимаю	выясняю причину/действую
14	Доделываете ли вы все запланированное и начатое до конца	редко	иногда	стараюсь всегда

Продолжение таблицы 11

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
15	Что вы чувствуете, когда попадаете в медицинское учреждение?	тревогу- опасение	надежду на помошь	готовность сотрудничать или справиться самостоятельно
16	Что вы чувствуете, когда попадаете в новую компанию? В новое пространство (не известное ранее)? В большую аудиторию? В ситуацию один на один с незнакомым человеком?	тревогу- беззащитность (недоверие),	волнение- интерес	активность/ желание сотрудничать
17	Какими словами вы определили бы свое раннее детство?	серое- тревожно- обиженое	беззаботное, но трудное	радостное/ интересное и счастливое
18	Какими бы словами вы определили бы свое настоящее?	тупик (пассивность	заботы сверхнагрузки смотря касается какой сферы моей жизни к разным сферам разное подходит, поэтому все три пункта выделены	плодотворная работа (реализация)
19	Какими словами вы определили бы свое будущее?	неизвестность	туманные перспективы	результаты плодов деятельности

Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых

Окончание таблицы 11

1	2	3	4	5
20	Какие чувства вы испытываете к своему отцу?	обида (разочарование)	нормально, принятие	тепло, благодарность
21	Какие чувства доминируют у вас к своей матери?	обида (разочарование)	сожаление (сочувствие)	любовь/ нежность
22	Какое имя нарицательное вы можете дать себе?	неудачник (ца),	середняк (чка),	самодостаточный (ная)
	что-то еще			

Ключ к тесту: каждый блок памяти отражает особую программу жизнедеятельности, активности, зависит от перинатального опыта, формирует направленность потребностей и уровень возможностей человека:

- 1 первый блок перинатальной памяти – внутриутробный период (стадия накопления жизненных сил, установление подсознательной связи с родителями и окружающим миром, созревания сенсорных систем);
- 2 второй блок перинатальной памяти – начало родов (мобилизация ребенка к выходу-освобождению) – стадия включения инстинкта свободы и самосохранения, активизация и динамизация жизненных процессов;
- 3 третий блок перинатальной памяти – третий период родов, прохождение через препятствие, освобождение (активный период родов) – стадия рассогласования или сотрудничества с материнской природой, отделение от нее, устремление к новой форме существования, потребность в обновлении, преодолении препятствия, стадия активности инстинкта свободы, лидерского инстинкта;
- 4 четвертый блок перинатальной памяти – рождение, выход на свободу в новое измерение, начало жизни ребенка, стадия активизации лидерского инстинкта (я-рефлексия), самосохранения, познания;

- вопросы 18–24 являются дополнительными (проверочными) в определении баланса каждого блока памяти: 18 – 1 блок памяти, 19–20 – 2 блок перинатальной памяти, 21 – 3 блок перинатальной памяти, 22–4 блок перинатальной памяти.

Высокий балл (от 9 до 12) в группе вопросов по блокам перинатальной памяти (1 блок ПП: 1–4 вопросы; 2 блок ПП: 5–9 вопросы, 3 блок ПП: 10–13 вопросы; 4 блок ПП: 14–17 вопросы) – говорит о благоприятном протекании перинатального периода данного человека и сформированном ресурсном потенциале, выражаясь в высоких показателях адаптации, адекватных формах получения удовлетворения от происходящего.

Низкий балл в группе вопросов по блокам памяти (0–3) – говорит о неблагоприятном протекании беременности и родов(матери) и снижении ресурсного потенциала ребенка, снижение возможностей к получению удовлетворения от обстоятельств собственной жизни в дальнейшем, снижением амплитуды естественных эмоциональных реакций (алекситимия).

Приложение 3

Тест «Доминанты материнства» (по Коваленко Н. П.)

Тест основан на наблюдениях, сделанных в своих исследованиях А. И. Захаровым, Н. П. Коваленко и предназначен для использования в семейном консультировании. Тест позволяет исследовать базовые возможности женщины к материнству, деторождению, воспитанию.

0. Базовый ресурс доминанты:

- отношение с мамой я оцениваю как теплые, наполненные любовью и взаимоуважением;
- отношения с папой я оцениваю как источник любви и веры в жизнь;
- отношения с бабушкой я оцениваю как безусловную любовь и доброту;
- отношение с дедушкой я оцениваю как источник добра, силы и нежности;
- отношения с окружающим миром я оцениваю как возможность реализации своего потенциала.

1. Доминанта зачатия (планирование):

- планирование ребенка – это мои мечты с детства о няньчаньи и кормлении ребенка;
- желание иметь детей присуще моему мужу, он ждет рождения с большим вдохновением;
- зачатие ребенка планировалось и тщательно продумывались все детали;
- зачатие не планировалось, но беременность осчастливила (вит) нас обоих;
- весть о беременности принесла(сет) ощущение счастья.

2. Доминанта беременности (способность накапливать ресурсы для самореализации):

- отношение к мужчинам у меня наполнено интересом, уважением и любовью;
- отношение к мужу (партнеру, отцу ребенка) – это любовь, уважение, доверие;
- будущий ребенок для меня – это счастье, устремление чувств, чаяний;
- беременности для меня – это гордость, радостное ожидание;
- изменения моего тела меня не пугают, а наполняют новыми чувствами, ощущениями новизны и силы.

3. Доминанта родов (самореализация):

- роды я представляю (ла) как чудесную возможность встречи с моим ребенком;
- для успешного рождения ребенка я трачу (тратила) 70% свободного времени на поиск полезной информации, тренировку навыков рождения и общение с опытными женщинами, успешно родившими и с врачами;
- роды я представляю (ла) как процесс осуществления моего материнского предназначения, как и всех женщин на Земле;
- роды – это реализация моей истинной природы, мое тело готово (готовится, готовилось) к этому;
- предстоящие роды – это день рождения моего ребенка, к этому празднику готовлюсь я, муж и вся семья.

4. Доминанта вскармливания (воспитания):

- кормление ребенка для меня – это естественный и приятный процесс;
- кормление ребенка – это возможность реально проявить к нему любовь;
- кормление ребенка – это обмен чувствами и мыслями;
- процесс кормления – это развитие отношений с ребенком, важное и нужное дело;
- я предвкушаю удовольствие, от того, что мое молоко будет вкусным и полезным для ребенка. (Отношения с ребенком нежные и естественные, приносят ощущения радости, спокойствия и удовлетворения).

Ключ к тесту: прочитайте утверждения и выберете ответ, который более подходит к вашему слушаю. Поставьте соответствующий балл: «Да»- приравнивается к 5 баллам, «Может быть» – 2 балла, «Не знаю» – 1 балл, «Нет» – 0 баллов. Результаты:

- максимальная сумма от 70 до 100 баллов, говорит об имеющемся потенциале доминанты материнства;
- сумма от 69–40 баллов – доминанта материнства находится в стадии развития, требуется инициация ресурсов женщины для формирования устойчивой доминанты;
- сумма от 39–20 баллов говорит о несформированной доминанте материнства, требуется развитие концептуальных основ материнства и коррекция эмоциональных отношений в семейной системе.

Отдельно можно сделать выводы по результатам в каждом блоке вопросов.

1. Базовый ресурс доминанты: наличие 25 баллов, говорит о хороших стартовых ресурсах для формирования материнских концептов и чувств. Такая сумма в этом блоке является свидетельством наличия генетически обусловленных ресурсов к супружеству и материнству. Высокий е баллы говорят о наличие эмоционального, психологического ресурса в период взросления, который может компенсировать разные недостатки, сложные обстоятельства жизни. Наличие базового ресурса позволяет женщине чувствовать внутреннюю опору для выбора жизненных стратегий, строительства и реализации своего материнства.

Сумма ниже 20 баллов говорит о сложной ситуации в семейной системе, требующей ресурсной психокоррекции или терапии, восстановления отношений и общения с женщинами, имеющими позитивный материнский опыт.

1. Доминанта Зачатия (планирование): наличие 20 и ниже баллов говорит о неготовности к зачатию и слабовыраженной доминанте; более сильной вовлеченности в другие жизненные стратегии, на которые уходят основные силы. Это свидетельствует о необходимости подготовки к материнству, супружеству, накоплению информации и навыков, помогающих включиться в тему супружества и материнства. Такие показатели говорят о недостатке ресурсов для успешного естественного зачатия, необходимости саморазвития и компенсации эмоциональных травм, накопленных в процессе взросления.

2. Доминанта беременности (способности накапливать ресурсы для самореализации): наличие 25 баллов говорит об устойчивых возможностях женщины для успешного прохождения беременности и рождения детей, в дальнейшем – способности ждать, заботиться, организовывать жизнь детей. Такие ресурсы говорят и о способности к самообладанию в процессе начала нового. При постоянном развитии такие женщины показывают устойчивые показатели адаптации к меняющимся условиям.

Сумма ниже 20 баллов говорит о сложной ситуации в семейной системе, требующей ресурсной психокоррекции, психотерапии, обучения родовому поведению (перед родами) и требующей семейного консультирования, направленного на приобретение навыков управления эмоциональными состояниями, поведением, саморегуляцией. Полезно общение с опытными матерями, успешно воспитывающими своих детей.

3. Доминанта родов (самореализации): наличие 25 баллов говорит о позитивном образе родов, что является важной основой успешности родов и способности женщины развивать навыки в саморегуляции. В дальнейших сценариях жизни высокий бал будет свидетельствовать о способности и легкости решения жизненных задач, уверенности в себе, способности к доведению начатого до конца.

Сумма ниже 20 баллов говорит о сложной ситуации в семейной системе, требующей ресурсной психокоррекции и обучения (родовому поведению) навыкам самообладания, развития эмоциональной сферы, стрессоустойчивости и самоорганизации. Полезно общение в группе женщин, готовящихся к родам или с материами, хорошо справившимися с задачами материнства.

4. Доминанта вскармливания: наличие 25 баллов говорит о хорошем задатке женщины на реализацию материнской роли, своего природного предназначения, о хорошем гормональном фоне, необходимом для рождения, вскармливании и обеспечения ребенка.

Суммы меньше 25–20 баллов, говорят о необходимости коррекции эмоциональной сферы женщины и жизненных установок по отношению к семейной жизни, родительству и самой себе, развитию культуры чувств и поведения в семье. Важным в этом блоке является наличие таких черт характера как терпение, уравновешенность, умение управлять эмоциональными состояниями, которые в данный период могут быть неустойчивыми.

Результаты теста показывают качество взаимоотношений в семейной системе и возможность опереться на них в будущем материнстве. Для женщин уже давно родивших детей, результаты покажут, на каком этапе становления материнства женщина пережила кризисные состояния, не получила поддержки от семейной системы, не справилась с задачами соответствующего этапа, пережила эмоциональные травмы, в результате – не получила полного удовлетворения от материнства. Этапы с наименьшими баллами говорят о необходимости развития соответствующего ресурса, компенсации потерянного ресурса с помощью методик ресурсной терапии.

Приложение 4

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaith (1983) для скрининговой оценки выраженности тревожных и депрессивных расстройств у пациентов общей медицинской практики. Шкала предназначена для быстрой самодиагностики и исключает соматические симптомы, которые могут

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

быть связаны с основным заболеванием, что делает её удобным инструментом в клинической психологии и психотерапии.

Опросник состоит из 14 утверждений, разделённых на два субшкальных блока: 7 пунктов, оценивающих уровень тревоги (HADS-A), 7 пунктов, оценивающих уровень депрессии (HADS-D).

Таблица 12

Д	Т		Д	Т	
1	2	3	4	5	6
		Я испытываю напряжение, мне не по себе			Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
	3	все время	3		практически все время
	2	часто	2		часто
	1	время от времени, иногда	1		иногда
	0	совсем не испытываю	0		совсем нет
		То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство			Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0		определенно, это так	0		совсем не испытываю
1		наверное, это так	1		иногда
2		лишь в очень малой степени это так	2		часто
3		это совсем не так	3		очень часто
		Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться			Я не слежу за своей внешностью
	3	определенно это так, и страх очень сильный	3		определенно это так
	2	да, это так, но страх не очень сильный	2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
	1	иногда, но это меня не беспокоит	1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
	0	совсем не испытываю	0		я слежу за собой так же, как и раньше
		Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное			Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться
0		определенно, это так	3		определенно, это так

Окончание таблицы 12

1	2	3	4	5	6
1		наверное, это так		2	наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так		1	лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен		0	совсем не испытываю
		Беспокойные мысли крутятся у меня в голове			Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
	3	постоянно	0		точно так, как и обычно
	2	большую часть времени	1		да, но не в той степени, как раньше
	1	время от времени	2		значительно меньше, чем раньше
	0	только иногда	3		совсем так не считаю
		Я чувствую себя бодрым			У меня бывает внезапное чувство паники
3		совсем не чувствую	3		действительно, очень часто
2		очень редко	2		довольно часто
1		иногда	1		не так уж часто
0		практически все время	0		совсем не бывает
		Я легко могу сесть и расслабиться			Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы
	0	определенно, это так	0		часто
	1	наверное, это так	1		иногда
	2	лишь изредка это так	2		редко
	3	совсем не могу	3		очень редко

Д _____ Т _____

Ключ к тесту: каждый пункт оценивается респондентом по четырёхбалльной шкале от 0 до 3. Максимальный балл по каждой субшкале составляет 21. Интерпретация результатов осуществляется по следующим пороговым значениям:

- 0–7 баллов: отсутствие клинически выраженных симптомов;
- 8–10 баллов: субклинический уровень;
- 11 и выше: клинически значимая тревога или депрессия.

HADS широко валидизирована в международных исследованиях, адаптирована на русский язык и демонстрирует высокую надёжность (коэффициент α Кронбаха по субшкалам в среднем составляет 0,80–0,85). В рамках настоящего исследования HADS применялась для оценки уровня тревожно-депрессивной симптоматики в контрольной и основной группах, а также для формирования критерии включения респондентов в исследование.

Приложение 5

Новая русскоязычная версия Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ)

Международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) разработан Всемирной организацией здравоохранения (WHO, 2009) для стандартизированного выявления частоты и структуры неблагоприятных воздействий, пережитых в детском и подростковом возрасте. Его цель – оценка влияния кумулятивного травматического опыта на психическое и соматическое здоровье в последующие периоды жизни.

Опросник охватывает широкий спектр психосоциальных факторов риска и включает 43 вопроса, сгруппированных по 13 основным категориям неблагоприятного опыта:

- физическое насилие;
- эмоциональное насилие;
- сексуальное насилие;
- эмоциональное пренебрежение;
- физическое пренебрежение;
- нарушения привязанности;
- психические расстройства или зависимость у членов семьи;
- насилие между родителями;
- потеря родителя (смерть, развод, разлука);
- буллинг и социальная агрессия;
- воздействие на ребёнка бытового и уличного насилия;
- социальная изоляция;
- пренебрежение базовыми образовательными и медицинскими потребностями.

Таблица 13

2	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ИЛИ ОПЕКУНАМИ	
	Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...	
2.1 [P1]	Ваши родители или опекуны понимали Ваши проблемы или переживания?	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
		Не желаю сообщать
2.2 [P2]	Ваши родители или опекуны реально знали, где Вы проводили свободное от учебы и работы время?	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
		Не желаю сообщать
3		
3.1 [P3]	Как часто Ваши родители или опекуны не давали Вам достаточно еды, даже когда они могли легко сделать это?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать
3.2 [P4]	Как часто Ваши родители или опекуны находились в настолько сильном алкогольном или наркотическом опьянении, что были не в состоянии заботиться о Вас?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать
3.3 [P5]	Как часто Ваши родители или опекуны не отправляли Вас в школу, даже когда это было возможно?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Продолжение таблицы 13

СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ			
	Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...		
4.1 [F1]	Вы проживали с кем-то, у кого были проблемы с употреблением алкоголя, наркотиков или других препаратов?	Да	
		Нет	
		Не желаю сообщать	
4.2 [F2]	Вы проживали с кем-то, кто страдал депрессиями, другими психическими расстройствами, совершил суицид или имел суицидальные намерения?	Да	
		Нет	
		Не желаю сообщать	
4.3 [F3]	Вы проживали с кем-то, кто когда-либо был в СИЗО или в тюрьме?	Да	
		Нет	
		Не желаю сообщать	
4.4 [F4]	Были ли Ваши родители когда-либо разведены или проживали раздельно?	Да	
		Нет	
		Не применимо	
		Не желаю сообщать	
4.5 [F5]	Кто-то из Ваших родителей или опекунов умер, когда Вам не было 18 лет?	Да	
		Нет	
		Не знаю/не уверен	
		Не желаю сообщать	
Следующие вопросы посвящены определенным ситуациям, которые Вы могли видеть или слышать В ВАШЕМ ДОМЕ. Эти ситуации могли иметь отношение к тем, с кем Вы жили вместе, а не только к Вам			
Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...			
4.6 [F6]	Вы видели или слышали, как дома на Вашего родителя или домочадца кричали или проклинали, оскорбляли, унижали?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
4.7 [F7]	Вы видели или слышали, как дома Вашего родителя или домочадца били, давали пощечину, пинали или избивали?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	

Продолжение таблицы 13

4.8 [F8]	Вы видели или слышали, как дома Вашему родителю или домочадцу наносили удары такими предметами, как палка (трость), бутылка, дубинка, нож, кнут и т. д.?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
Следующие вопросы посвящены определенным ситуациям, в которых лично ВЫ могли оказаться			
Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...			
5			
5.1 [A1]	Родитель, опекун или другой домочадец кричал, ругал, оскорблял или унижал Вас?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
5.2 [A2]	Родитель, опекун или другой домочадец угрожал отказаться от Вас или на самом деле отказывался от Вас или выгонял из дома?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
5.3 [A3]	Родитель, опекун или другой домочадец порол, давал пощечину, бил, пинал или избивал Вас?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
5.4 [A4]	Родитель, опекун или другой домочадец наносил Вам удары такими предметами, как палка (трость), бутылка, дубинка, нож, кнут и т. д.?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	
5.5 [A5]	Кто-то трогал или ласкал Вас сексуальными намерениями, когда Вы этого не хотели?	Много раз	
		Несколько раз	
		Однажды	
		Никогда	
		Не желаю сообщать	

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Продолжение таблицы 13

5.6 [A6]	Заставлял ли Вас кто-то прикасаться к его/ее телу с сексуальными намерениями, когда Вы этого не хотели?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
5.7 [A7]	Кто-то пытался установить с Вами оральный, анальный или вагинальный контакт, когда Вы этого не хотели?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
5.8. [A8]	Кто-то смог установить с Вами оральный, анальный или вагинальный контакт, когда Вы этого не хотели?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
6	НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ СВЕРСТНИКОВ	
	<p>Следующие вопросы посвящены ТРАВЛЕ (ИЗДЕВАТЕЛЬСТВАМ), происходившим, когда Вы росли. Под травлей понимают ситуации, когда ребенок или подросток или группа детей и подростков говорят или делают неприятные вещи по отношению к другому ребенку или подростку. Травлей также считаются ситуации, когда ребенка или подростка много дразнят или нарочно исключают из какой-либо деятельности. Травлей не является ситуация, когда два равных по силе и влиянию ребенка или подростка ругаются или дерутся друг с другом, а также когда насмешки делаются в дружелюбной и шутливой обстановке</p>	
	<p>Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...</p>	
6.1 [V1]	Как часто Вы подвергались травле (издевательствам, запугиванию)?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда (переход к в. V3) Не желаю сообщать

Продолжение таблицы 13

6.2 [V2]	В какой форме Вы подвергались травле чаще всего	Меня били, толкали, пинали или запирали в помещении
		Меня высмеивали из-за моей расы, национальности или цвета кожи
		Меня высмеивали из-за моей религии
		Меня высмеивали, используя шутки, комментарии или жесты сексуальным подтекстом
		Меня игнорировали или намеренно исключали из какой-либо деятельности
		Меня высмеивали из-за того, как выглядело мое тело или лицо
		Я подвергался другому виду травли
		Не желаю сообщать
	Следующий вопрос посвящен ДРАКАМ. Драка происходит, когда два ребенка или подростка, приблизительно равные друг другу по силе и влиянию, наносят удары друг другу	
	Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...	
6.3 [V3]	Как часто вы участвовали в драках?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать
7	НАСИЛИЕ В ОКРУЖЕНИИ	
	Следующие вопросы посвящены тому, что ВЫ, будучи ребенком, могли лично видеть или слышать в Вашем районе или по соседству (не в Вашем доме и не в кино, не по телевизору, не по радио)	
	Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...	
7.1 [V4]	Вы видели или слышали в реальной жизни, как кого-то избивали?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать

**Влияние травмирующего детского опыта
на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых**

Продолжение таблицы 13

7.2 [V5]	Вы видели или слышали в реальной жизни, как кого-то ранили ножом или в кого-то стреляли?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
7.3 [V6]	Вы видели или слышали в реальной жизни, как кому-то угрожали ножом или как угрожали выстрелить в кого-то?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
8	ВОЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ/КОЛЛЕКТИВНОЕ НАСИЛИЕ	
	Следующие вопросы посвящены тому, переживали ли ВЫ в детстве некоторые события, связанные с коллективным насилием, в том числе, с войнами, терроризмом, политическими или этническими конфликтами, геноцидом, репрессиями, похищениями, пытками и действиями организованной преступности, бандитизмом, криминальными войнами	
	Когда Вы росли, в возрасте до 18 лет...	
8.1 [V7]	Вы были вынуждены уехать и жить в другом месте в связи с каким-либо из перечисленных выше событий?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
8.2 [V8]	Ваш дом был разрушен в результате какого-либо из перечисленных выше событий?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать
8.3 [V9]	Вас избивали солдаты, полицейские, ополченцы или бандиты?	Много раз Несколько раз Однажды Никогда Не желаю сообщать

Окончание таблицы 13

8.4 [V10]	Кто-то из Ваших друзей или членов семьи был убит или избит солдатами, полицейскими, ополченцами или бандитами?	Много раз
		Несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не желаю сообщать

Ключ к тесту: подсчёт баллов осуществляется по принципу наличия или отсутствия опыта в каждой категории. Каждая категория неблагоприятного опыта засчитывается как **1 балл**, если участник утвердительно отвечает на хотя бы один вопрос, относящийся к данной категории.

Общий АСЕ-индекс представляет собой сумму баллов по всем категориям (от 0 до 13).

Категории и соответствующие группы вопросов.

1. Физическое насилие – вопросы 1–3 (например, удары, побои, причинение боли со стороны родителей или других взрослых).

2. Эмоциональное насилие – вопросы 4–6 (оскорблении, унижения, постоянная критика).

3. Сексуальное насилие – вопросы 7–9 (попытки или факты нежеленного сексуального контакта в детстве).

4. Эмоциональное пренебрежение – вопросы 10–12 (отсутствие внимания, заботы, эмоциональной поддержки).

5. Физическое пренебрежение – вопросы 13–15 (недостаток пищи, одежды, ухода, медицинской помощи).

6. Нарушение привязанности – вопросы 16–17 (отсутствие доверительных отношений с родителями или близкими взрослыми).

7. Психические расстройства/зависимость у членов семьи – вопросы 18–21. (родитель с психическим заболеванием, зависимостью, хроническим алкоголизмом).

8. Насилие между родителями – вопросы 22–24 (физические или словесные конфликты между родителями, свидетелем которых был ребёнок).

9. Потеря родителя – вопросы 25–27 (смерть, развод, длительная разлука, эмиграция).

10. Буллинг и социальная агрессия – вопросы 28–30 (издевательства со стороны сверстников, агрессия в школе или дворе).

11. Воздействие бытового и уличного насилия – вопросы 31–34 (свидетельство или вовлечение в акты насилия вне семьи).

12. Социальная изоляция – вопросы 35–37 (отвержение в коллективе, отсутствие друзей, принудительная изоляция).

13. Пренебрежение образовательными и медицинскими потребностями – вопросы 38–43 (невозможность посещать школу, отказ в медицинской помощи, отсутствие базовой заботы со стороны взрослых).

Интерпретация общего балла (ACE-индекса):

- 0–1 балл – минимальное количество неблагоприятного опыта;
- 2–3 балла – умеренный уровень риска;
- ≥ 4 баллов – высокий уровень риска развития психических и somатических нарушений в последующем возрасте.

Ответы фиксируются в дихотомической форме («да/нет»), при этом подсчёт итогового балла отражает суммарное количество категорий неблагоприятного опыта. В ряде случаев применяется уточняющая градация по частоте (например, «никогда», «иногда», «часто»).

Международный опросник ACE-IQ прошёл адаптацию и валидацию на русскоязычной выборке (2022–2024 гг.), что обеспечило его применение в клинических и исследовательских целях в России. Русская версия показала высокие психометрические характеристики: α Кронбаха = 0,82, показатели тест-ретест надёжности $> 0,80$.

В настоящем исследовании русскоязычный ACE-IQ использовался для выявления структуры и выраженности травмирующего детского опыта у респондентов, а также для анализа его кумулятивного влияния на формирование депрессивного личностного радикала.

Научное электронное издание

Екатерина Юрьевна Тур

**ВЛИЯНИЕ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА
НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО
ЛИЧНОСТНОГО РАДИКАЛА У ВЗРОСЛЫХ**

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии в области психологии (психотерапии)

Чебоксары, 2026 г.

Компьютерная верстка *Е. А. Малышева*

Подписано к использованию 05.02.2026 г.

Объем 2,45 Мб. Тираж 20 экз.

Уч. изд. л. 10,06.

Издательский дом «Среда»
428023, Чебоксары, Гражданская, 75, офис 12
+7 (8352) 655-731
info@phsreda.com
<https://phsreda.com>