

УДК159.9

DOI: 10.34670/AR.2026.62.29.010

## Особенности посттравматических последствий у женщин с различными типами субъективного переживания травмы

Кондратьева Ольга Васильевна

Аспирант,  
Санкт-Петербургский государственный университет,  
199034, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7/9;  
e-mail: st122180@student.spbu.ru

### Аннотация

Актуальность. Посттравматические последствия детской инцестной травмы вариативны и определяются не столько объективными характеристиками события, сколько субъективной интенсивностью его переживания. Однако до настоящего времени отсутствовала количественная обоснованность качественно выделенных типов субъективного переживания в сопоставлении с критериями ПТСР и КППТСР. Решение данной задачи открывает возможность перехода к персонализированной психологической помощи женщинам с учётом индивидуального типа переработки травматического опыта. Цель. Выявить особенности выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КППТСР у женщин с высокоинтенсивным (ВИСП), противоречивым (ПСП) и низкоинтенсивным (НИСП) типами переживания инцестной травмы, измеренных с помощью Международного опросника травмы (ITQ). Метод. Русскоязычная версия ITQ; статистический анализ – тест Краскела–Уоллиса с поправкой Бонферрони. Выборка. 54 женщины в возрасте 25–32 лет, пережившие инцест в детстве (4–7 лет), с различной интенсивностью субъективного переживания травмы: ВИСП, ПСП и НИСП. Результаты. Установлены значимые различия между группами по шкалам ПТСР, нарушений Я и КППТСР ( $p < 0,001$ ). Выявлены специфические профили: ВИСП – тотальная симптоматика КППТСР; ПСП – промежуточный гетерогенный профиль; НИСП – низкие показатели ПТСР и нарушений Я при сохранном уровне КППТСР, что соответствует паттерну «эксплозивного отрицания». Выводы. Количественно подтверждена обоснованность выделенных типов субъективного переживания инцестной травмы (ВИСП, ПСП, НИСП): они достоверно различаются по выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КППТСР.

### Для цитирования в научных исследованиях

Кондратьева О.В. Особенности посттравматических последствий у женщин с различными типами субъективного переживания травмы // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2026. Т. 15. № 2А. С. 62-74. DOI: 10.34670/AR.2026.62.29.010

### Ключевые слова

Травматический опыт, инцест, ПТСР, нарушения Я, КППТСР, субъективные переживания.

## Введение

Согласно современным представлениям, ключевое значение для посттравматического исхода имеет не столько объективная характеристика события, сколько субъективная оценка его угрожающего характера и индивидуальные ресурсы переработки [Клиническое руководство..., 2008]. Наблюдается смещение фокуса с объективных характеристик события на субъективные механизмы его переработки. Травматическая реакция преобразует психическое функционирование, нередко порождая устойчивые дезадаптивные паттерны, которые актуализируются в различных жизненных контекстах. Наиболее разрушительные последствия связаны с действиями ближайшего окружения, причем сексуальное насилие со стороны значимых взрослых влечет за собой наиболее тяжелые травматические исходы. Данный факт находит подтверждение в работах Бейли и Макроффа, которые показывают, что именно травмы, связанные с incestом и внутрисемейным насилием, запускают специфические механизмы воздействия, нарушающие базовые структуры привязанности [Bailey, MacRae, 2017; Bailey, MacRae, 2019, с. 123–132.]. Кроме того, ряд исследователей, включая Фолкмана и Шарп, отмечают, что некоторые травмы, хотя и оставляют тяжелый осадок, могут постепенно уходить в прошлое и не оказывать долговременного воздействия на психическое здоровье. Однако в случае с incestом, травмы продолжают «кровоточить» на протяжении всей жизни, и их последствия могут быть крайне серьезными и порой непоправимыми [Schoore, 2001, с. 201–269]. Тарабрина и van der Kolk сходятся в том, что долгосрочные эффекты травмы определяются не столько её объективной тяжестью, сколько тем, насколько интенсивно она пережита и насколько полно интегрирована в личностную структуру [Тарабрина, 2001; McAdams, 2001]. Как подчёркивает Тарабрина, детский травматический опыт — это глубокие эмоциональные переживания, которое ребёнок не способен полностью переработать и включить в свой жизненный опыт. По ее мнению, травму формирует не само событие, а неспособность ребенка справиться с его последствиями и с особенностью переживания психологической травмы, вызванные ею эмоциональные состояния могут «замораживаться», без полного осознания и интеграции в сознание. Такие воспоминания остаются фрагментарными («осколочная память»), что затрудняет их обработку и интеграцию в общий жизненный опыт [Тарабрина, 2001, с. 268]. Особый интерес вызывает эмоциональное восприятие травмирующей ситуации ребенком, которое впоследствии влияет на жизненные позиции личности [Бадмаева и др., 2014, с. 210].

Последствия травмы охватывают широкий спектр феноменов: от нарушений аффективной регуляции и деформации самооценки до стойких изменений в межличностном функционировании и телесных проявлений, что согласуется с концепцией комплексного ПТСР [Van der Kolk et al., 1996; Herman, 1992]. Так, наибольшее число случаев ПТСР наблюдается среди жертв сексуального насилия, достигая 65% [Падун, Котельникова, 2012, с. 206]. Посттравматическая адаптация, как утверждал Герман, многомерный и нелинейный процесс перестройки личности, в ходе которого последствия травмы перестают управлять человеком, а он обретает способность к росту и развитию, формируя новую жизненную модель [Herman, 1992].

Интенсивность субъективного переживания выступает ключевым дифференцирующим параметром, который предопределяет не только когнитивные стратегии переработки травмы, идентичность, межличностное доверие и телесную фиксацию, но и непосредственно отражается в характере интеграции травматического опыта в Я-нарратив, а также в выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КПТСР. Согласно Герман и Сюйте, детская incestная травма представляет собой одну из самых тяжёлых разновидностей пролонгированного

интерперсонального насилия. Её отдаленные эффекты не ограничиваются рамками классического ПТСР, а нередко разворачиваются в картину комплексного ПТСР (КПТСР), для которого характерны глубокие дефициты самоорганизации – аффективная нестабильность, негативная идентичность и устойчивые межличностные трудности [Craig et al., 2024; Cloitre et al., 2018]. Настоящая работа направлена на количественное обоснование ранее выделенных типов субъективного переживания травмы посредством стандартизированного инструментария ITQ.

### **Метод**

В качестве инструмента количественной диагностики выбран ITQ – опросник, операционализирующий критерии МКБ-11 через три интегральных показателя: выраженность классических ПТСР-симптомов (вторжение, избегание, гипервозбуждение), степень дезорганизации саморегуляции (аффективная нестабильность, негативная идентичность, межличностные трудности) и общий индекс КПТСР. Выбор именно этого инструмента обусловлен его валидностью для дифференциации посттравматических состояний и возможностью соотнести качественные данные нарративного анализа с клинически значимыми параметрами [Падун и др., 2022, с. 206].

Комплексный интегративный подход, позволяет не только констатировать наличие симптомов, но и глубже понять их связь с природой травматического опыта. Процедура проводится индивидуально с каждым респондентом в спокойной и доверительной обстановке.

### **Цель исследования**

Выявить особенности выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КПТСР у женщин с высокоинтенсивным (ВИСП), противоречивым (ПСП) и низкоинтенсивным (НИСП) типами переживания инцестной травмы.

Мы предположили, что женщины с высокоинтенсивным типом переживания (ВИСП) будут демонстрировать наиболее выраженные симптомы как ПТСР, так и нарушений Я, соответствующие диагностическим критериям КПТСР, а женщины с противоречивым типом (ПСП) может обнаруживать гетерогенную картину: часть респондентов будет соответствовать критериям ПТСР, часть — КПТСР, что отражает амбивалентный характер их нарративов, группа женщин с низкоинтенсивным типом (НИСП) при когнитивном отрицании травмы может демонстрировать симптомы, не достигающие диагностического порога, но проявляющиеся в соматических жалобах и аффективных вспышках.

### **Выборка**

В исследовании приняли участие 54 женщины в возрасте 25–32 лет, пережившие инцест в детстве (4–7 лет). Критерии включения, а также детальное описание качественного анализа и выделения трёх групп (ВИСП, ПСП, НИСП) представлены в предыдущей публикации [Кондратьева, 2026]. В настоящей работе на той же выборке проведено количественное исследование с использованием Международного опросника травмы (ITQ).

Разделение на группы позволяет более точно охарактеризовать и исследовать разнообразие переживания травматического опыта, что может способствовать более глубокому пониманию принципов формирования Я-нарратива женщин переживших подобные события.

## Результаты исследования

Для достижения поставленной цели была проведена диагностика симптомов ПТСР и КПТСР в трёх группах (ВИСП, ПСП, НИСП) с использованием русскоязычной версии ITQ. Выполнено сопоставление качественных паттернов субъективных переживаний групп с различной интеграции травмы в их нарративы с количественными показателями по субшкалам ITQ (эмоциональная дисрегуляция, негативный образ Я, нарушения в отношениях). Также проведён корреляционный анализ для установления взаимосвязи между выделенными ранее критериями групп с различной интеграцией травмы (когнитивными, эмоциональными, личностными, межличностными, телесными) и выраженностью симптомов КПТСР.

### Особенности субъективного переживания инцестной травмы

На предыдущем этапе нашего исследования на основе качественного анализа Я-нарративов были выделены три группы, различающиеся по интенсивности субъективного переживания инцестной травмы – высокоинтенсивный (ВИСП), противоречивый (ПСП) и низкоинтенсивный (НИСП) [Кондратьева, 2026]. Группа высокоинтенсивного переживания (ВИСП) – объединила респонденток, оценивающие интенсивность переживаний в момент травмы и в ретроспективе как максимально высокую. Для них характерна травматическая фиксация: травма интегрирована в идентичность как центральный дефектный элемент, что проявляется в ощущении собственной «испорченности», тотальном недоверии к миру, высокой эмоциональной забитости (страх, отвращение) и телесной фиксации опыта (мышечные зажимы). Ресурсные нарративы и посттравматический рост практически отсутствуют. Женщина живет в травме, ее Я-нарратив — это нарратив жертвы, из которого невозможно выйти.

Группа противоречивого переживания (ПСП) объединяет респонденток с гетерогенными профилями субъективных оценок, где низкая интенсивность аффекта в момент травмы может сочетаться с её высокой значимостью в ретроспективе и противоречивыми показателями самопринятия. Такой профиль отражает внутреннюю конфликтность и неравномерность переработки травматического опыта. Травма в этой группе остаётся дезинтегрированной: её следы присутствуют, но не выстраиваются в связную историю, образуя фрагментированный нарратив, в котором эмоции, мысли и самооценки находятся в противоречии друг с другом.

Группа низкоинтенсивного переживания (НИСП) – представлена респондентками с низкими оценками по всем параметрам. Профиль эксплозивного отрицания характеризуется когнитивным обесцениванием травмы при сохранении соматических симптомов (хронические боли, психосоматические расстройства) и высоком уровне неконтролируемых аффективных вспышек. Травма исключена из сознательного нарратива, но проявляется на телесном и поведенческом уровнях, что указывает на действие механизмов вытеснения.

Интенсивность субъективного переживания выступает дифференцирующим фактором, определяющим стратегии когнитивной переработки, идентичность, межличностное доверие и телесную фиксацию опыта.

В том числе, в предыдущем исследовании, также было определено, что выделенные типы различаются по характеру интеграции травматического опыта в Я-нарратив [Кун, Макпартленд, 2006]. Посттравматическая интеграция — процесс и результат глубокой личностной переработки травматического опыта, при котором травма перестает быть диссоциированным фрагментом и встраивается в целостную структуру личности, образуя новую, более сложную и рефлексивную идентичность [Herman, 1992; Van der Kolk et al., 1996]. Интеграция оценивается по пяти ключевым сферам: эмоциональная регуляция — способность переживать широкий

спектр эмоций без дисрегуляции и онемения; самоотношение и идентичность — характер убеждений о себе: от тотально негативных до интегрированных, принимающих; межличностные отношения — способность к доверительным, безопасным связям с другими; телесный опыт — восстановление связи с телом, отсутствие хронической соматизации; когнитивная переработка — наличие связного нарратива, в котором травма имеет место и значение, но не является единственным определяющим событием жизни [Van der Kolk et al., 1996; Herman, 1992; Craig et al., 2024, pp. 514–542].

Анализ посттравматической интеграции травматического опыта в нарратив подтвердил наличие качественно различных паттернов интеграции в трех группах: (ВИСП) — тотальное недоверие, самостигматизация, соматизация; (ПСП) — сочетание диссоциации, стыда и посттравматического роста; (НИСП) — когнитивное обесценивание травмы при сохраняющихся аффективных и соматических симптомах. Полученные данные обосновывают дифференциацию групп по характеру посттравматической интеграции [Кун, Макпартленд, 2006], однако остаётся открытым вопрос о количественной подтверждении выделенных типов.

### Выраженности психопатологической симптоматики в трех группах

На основе полученных данных оценки уровня выраженности симптомов ПТСР, КПТСР и степени нарушения Я, был проведен анализ средних значений трех шкал ITQ представленные в таблице 3. Симптомы последствий травмы могут видоизменяться, обостряться или ослабевать на протяжении жизни. Важна проявления этих симптомов в настоящем, ITQ позволяет исследовать «срез» текущего состояния женщины, что в свою очередь отражается в Я-нарративе и вызывает наш научный интерес. Для женщин, переживших инцест, проблемы с функционированием часто являются центральными: трудности в создании семьи, материнстве, профессиональной реализации из-за довлеющих симптомов травмы. ITQ позволяет квантифицировать эти нарушения, что важно для доказательства тяжести состояния.

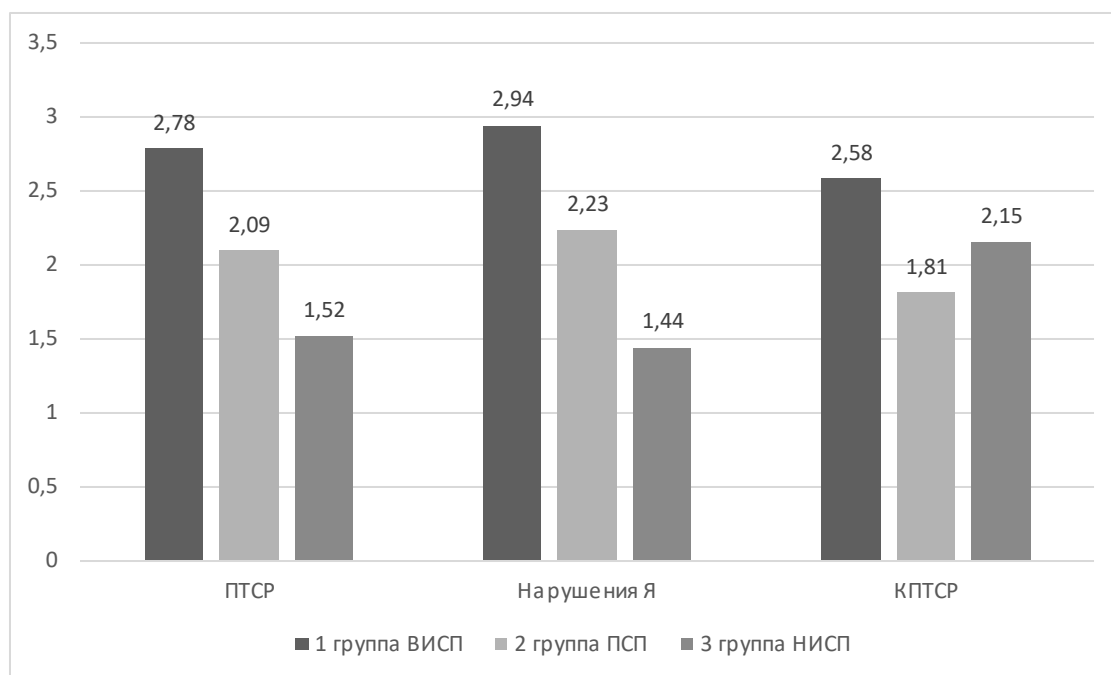
**Таблица 1 – Средние значения результатов международного опросника травмы ITQ**

Группы	Международный опросник травмы (0-4)		
	ПТСР	Нарушения Я	КПТСР
1 группа ВИСП	2, 78	2, 94	2, 58
2 группа ПСП	2, 09	2, 23	1, 81
3 группа НИСП	1, 52	1, 44	2, 15

Примечание: ВИСП – высокая интенсивность субъективного переживания; ПСП – противоречивая; НИСП – низкая.

Результаты сравнительного анализа особенностей посттравматической адаптации женщин, в зависимости от типа субъективного эмоционального переживания травмы, показывают уровень выраженности симптомов ПТСР, КПТСР и степень нарушения Я, что влияет на качество жизни. Использование ITQ позволило перевести субъективные переживания в количественные показатели и оценить актуальную тяжесть травматического опыта. Сравнительный анализ выявил неоднородность посттравматической адаптации у женщин с опытом инцестуального насилия. Наибольшая выраженность классической ПТСР-симптоматики (вторжение, избегание, гипервозбуждение) зафиксирована в группе ВИСП (2, 78), что указывает на аффективную дисрегуляцию как ведущий механизм реагирования. Однако

наиболее примечательным представляется паттерн группы НИСП: минимальные показатели ПТСР (1, 52) сочетаются у нее с высокими значениями КПТСР (2, 15), что свидетельствует о нарушении интерперсональной сферы при внешней сохранности эмоционального контроля.



**Рисунок 1 – Средние значения результатов международного опросника травмы ИТQ**

Группа ПСП занимает промежуточное положение, демонстрируя умеренную выраженность всех сфер. При этом её профиль не является механическим «средним арифметическим» между ВИСП и НИСП: уровень нарушений Я (2, 23) значимо выше, чем у НИСП, что указывает на сохраняющуюся дезинтеграцию самоощущения, однако показатели КПТСР (1, 81) — наименьшие среди групп, отражая относительную сохранность способности к установлению межличностных связей по сравнению с двумя другими типами переживания травмы.

Дифференциация нарушений «Я» демонстрирует полярность групп: критическая дезинтеграция самоощущения в группе ВИСП (2, 94) контрастирует с относительной целостностью идентичности в группе НИСП (1, 44); группа ПСП (2, 23) тяготеет к полюсу дезинтеграции, но не достигает крайних значений. Тем не менее в сфере межличностных отношений группа НИСП (2, 15) парадоксальным образом опережает группу ПСП (1, 81), демонстрируя склонность к социальной изоляции и трудности в формировании привязанности, что не коррелирует напрямую с уровнем их ПТСР или негативной само-концепции. Группа ПСП, напротив, сохраняет большую интерперсональную компетентность, несмотря на умеренно выраженную дезинтеграцию идентичности.

Таким образом, тип субъективного эмоционального переживания травмы выступает ключевым фактором, определяющим диссоциацию между симптомами: если в группе ВИСП наблюдается тотальное вовлечение всех сфер (ПТСР, Я, отношения), а в группе НИСП — «скрытая» дисфункция (тяжелые интерперсональные последствия при сохранном самоконтроле), то группа ПСП демонстрирует промежуточный, но внутренне противоречивый профиль: выраженные нарушения самоидентичности при относительной сохранности социально-коммуникативной сферы.

## Статистический анализ показателей Международного опросника травмы в группах с разной интенсивностью субъективного переживания

Для оценки межгрупповых различий (ВИСП, ПСП, НИСП) по шкалам ПТСР, «Нарушения Я» и КПТСР использовался непараметрический Н-тест Краскела — Уоллиса. Последующие попарные сравнения выполнялись по методу Данна с поправкой Бонферрони на множественные сравнения. Выбор непараметрического критерия обусловлен отклонением распределения от нормальности по ряду шкал (тест Шапиро–Уилка,  $p < 0.05$  для шкалы КПТСР в группе НИСП). Результаты представлены в таблице 2.

**Таблица 2 – Сравнение групп по шкалам Международного опросника травмы**

Шкала	Н (df=2)	р	Попарные различия (р скорр.)
ПТСР	38, 29	<0, 001	ВИСП > ПСП ( $p < 0, 001$ ); ВИСП > НИСП ( $p < 0, 001$ ); ПСП > НИСП ( $p < 0, 001$ )
Нарушения Я	37, 91	<0, 001	ВИСП > ПСП ( $p < 0, 001$ ); ВИСП > НИСП ( $p < 0, 001$ ); ПСП > НИСП ( $p = 0, 017$ )
КПТСР	21, 73	<0, 001	ВИСП > ПСП ( $p < 0, 001$ ); ВИСП > НИСП ( $p = 0, 032$ ); ПСП = НИСП ( $p = 0, 058$ )

Примечание: ВИСП – высокая интенсивность субъективного переживания; ПСП – противоречивая; НИСП – низкая.

Статистический анализ достоверно подтвердил межгрупповые различия по уровню ПТСР: наиболее высокие значения зафиксированы в группе ВИСП, тогда как в группе НИСП они минимальны, при этом группа ПСП занимает промежуточное положение (все попарные сравнения значимы,  $p < 0, 001$ ). Наиболее высокие показатели зафиксированы в группе ВИСП ( $M=2, 78$ ;  $Me=2, 80$ ), средние – в группе ПСП ( $M=2, 09$ ;  $Me=2, 15$ ), наименьшие – в группе НИСП ( $M=1, 52$ ;  $Me=1, 65$ ). Таким образом, выраженность посттравматической симптоматики закономерно снижается по мере уменьшения субъективной интенсивности переживания травмы.

По шкале «Нарушения Я» также получены значимые межгрупповые различия. Группа ВИСП демонстрирует максимальные значения ( $M=2, 94$ ;  $Me=2, 90$ ), значительно превышающие показатели ПСП ( $M=2, 23$ ;  $Me=2, 30$ ) и НИСП ( $M=1, 44$ ;  $Me=1, 50$ ). Различия между группами ПСП и НИСП также статистически значимы ( $p = 0, 017$ ), хотя эффект менее выражен.

По шкале КПТСР установлено, что группа ВИСП ( $M=2, 58$ ;  $Me=2, 60$ ) имеет значимо более высокие показатели по сравнению с ПСП ( $M=1, 81$ ;  $Me=1, 80$ ) и НИСП ( $M=2, 15$ ;  $Me=2, 40$ ). При этом различия между группами ПСП и НИСП не достигают уровня статистической значимости ( $p = 0, 058$ ), что указывает на сходство этих двух групп по уровню комплексной травматической симптоматики.

Полученные результаты свидетельствуют о дифференцированности групп по тяжести посттравматических нарушений и подтверждают, что интенсивность субъективного переживания травмы объективно связана с уровнем психопатологической симптоматики, измеряемой с помощью стандартизированного опросника. Статистические результаты ( $p < 0, 001$  по большинству сравнений) свидетельствуют о достоверных различиях между группами ВИСП, ПСП и НИСП по уровню травматической симптоматики (шкалы ПТСР, нарушений Я, КПТСР), что согласуется с выявленными различиями в интеграции травматического опыта в

нарративах – в когнитивных оценках, эмоциональных реакциях, самоотношении, межличностных убеждениях и телесных проявлениях.

### Обсуждение результатов

Целью данного исследования стало выявление особенностей выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КПТСР у женщин с инцестной травмой детства. Проведённое исследование позволило достичь поставленной цели и подтвердить достоверность качественно выделенных группы (ВИСП, ПСП, НИСП), путём количественного установления их взаимосвязи с выраженностью симптомов ПТСР и КПТСР. Полученные эмпирические данные полностью согласуются с нашим предположением и позволяют сделать следующие обоснованные выводы:

1. Наиболее выраженные нарушения зафиксированы в группе ВИСП, которая имеет значимые различия с остальными группами по шкалам ПТСР, нарушениям Я и КПТСР ( $p < 0,001$ ). Такой профиль соответствует диагностическим критериям комплексного ПТСР согласно МКБ-11, что согласуется с ранее описанным качественным паттерном исследуемых групп. Полученные данные подтверждают положение о том, что пролонгированная интерперсональная травма в детстве ведет, по мнению Herman и van der Kolk, к наиболее тяжёлым нарушениям самоорганизации. Таким образом, количественные данные объективно показывают, что тип ВИСП наиболее клинически отягощённый, с полной симптоматикой КПТСР.

2. Для группы противоречивого переживания (ПСП) гипотетически предполагалась гетерогенная картина: часть респондентов могла соответствовать критериям ПТСР, часть – КПТСР. Количественные данные группы противоречивого переживания показали, что она занимает промежуточное положение между ВИСП и НИСП по всем шкалам. При этом различия с группой ВИСП значимы по всем шкалам ( $p < 0,001$ ), а с группой НИСП – значимы по шкалам ПТСР ( $p < 0,001$ ) и нарушениям Я ( $p = 0,017$ ), но не достигают значимости по шкале КПТСР ( $p = 0,058$ ). Такая неоднородность профиля отражает амбивалентный характер нарративов в этой группе: фрагментированность, противоречивость оценок, сочетание диссоциации, стыда и элементов посттравматического роста. Промежуточное положение группы ПСП может быть объяснено разной степенью интеграции травматического опыта, что согласуется с данными о нелинейности посттравматической адаптации, представленными в работах Тарабриной и Кроссли [Кроссли, 2013; Тарабрина, 2001]. Наличие элементов посттравматического роста у части респондентов этой группы созвучно выводам Крейга о значимости социальной идентичности в процессе восстановления после травмы [20]. Количественные показатели подтверждают, что тип ПСП не является гомогенным по степени тяжести комплексной травмы, что согласуется с качественным описанием.

3. Группа низкоинтенсивного переживания (НИСП) продемонстрировала парадоксальный профиль: минимальные значения по шкалам ПТСР (1, 52) и нарушений Я (1, 44) сочетались с относительно высоким уровнем КПТСР (2, 15), превышающим показатели группы ПСП (1, 81). Для описания этого феномена мы предлагаем термин «эксплозивное отрицание», понимая под ним механизм, при котором травматическое содержание исключается из сознательного нарратива, но продолжает проявляться на соматическом и аффективном уровнях в виде хронических болей, психосоматических расстройств и неконтролируемых аффективных вспышек. В отличие от классического понятия отрицания Фреда [Freud, 1964], эксплозивное отрицание не является исключительно когнитивной защитой, а представляет собой диссоциированный паттерн, при котором телесные и аффективные симптомы выступают как

«языку» вытесненной травмы, это соотносится с концепцией van der Kolk и Perry «телесного панциря» и соматических маркеров неразрешённой травмы [Perry et al., 1995]. Полученные данные позволяют эмпирически обосновать данный конструкт и выделить его в качестве самостоятельного типа посттравматической интеграции.

4. Установленные статистически значимые различия между группами по выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КПТСР, а также специфические профили каждой группы (высокий тотальный профиль ВИСП, гетерогенный промежуточный профиль ПСП, диссоциированный профиль НИСП с низкими показателями ПТСР и нарушения Я, но сохранным уровнем КПТСР) полностью соответствуют гипотетическим предположениям.

Таким образом, цель исследования достигнута: установлена взаимосвязь между качественными типами групп с особенностями посттравматической интеграции и количественными показателями симптоматики, что подтверждает обоснованность разработанной типологии и обосновывает необходимость дифференцированного подхода к психологической помощи женщинам, пережившим инцест в детстве. Полученные результаты расширяют данные предшествующих исследований Негман, Тарабрина Падун и др., демонстрируя, что не только факт травмы, но и субъективный способ её переработки определяет клинический исход. Предложенная типология позволяет операционализировать понятие «субъективной интенсивности» и может служить основой для персонализированной терапии.

Наряду с подтверждёнными гипотезами, заслуживает внимания и ряд неоднозначных результатов. Наиболее неоднозначный результат получен в группе НИСП: при минимальных значениях по шкалам ПТСР и нарушений Я уровень КПТСР (2, 15) оказался выше, чем в группе ПСП, а различия с ПСП статистически незначимы ( $p=0,058$ ). Эта, на первый взгляд, парадоксальная картина может свидетельствовать о том, что в группе с низкой субъективной интенсивностью переживания травматические последствия не приобретают классической ПТСР-симптоматики, однако сохраняются в виде аффективных и соматических проявлений, которые интегрированы в общий индекс КПТСР. Данный феномен подтверждает положение о том, что отсутствие осознаваемого дистресса не равнозначно отсутствию травматических последствий (ван дер Колк, 2014), и подчёркивает необходимость учёта соматических и поведенческих маркеров травмы наряду с субъективными отчётами.

Кроме того, отсутствие значимых различий между группами ПСП и НИСП по шкале КПТСР при наличии различий по ПТСР и нарушениям Я может указывать на то, что комплексная травматическая симптоматика не всегда прямо коррелирует с выраженностью классического ПТСР. Это созвучно исследованиям Cloitre и Schore о том, что при ранней интерперсональной травме нарушения самоорганизации могут формироваться независимо от симптомов вторжения и гипервозбуждения [Cloitre et al., 2018, pp. 536–546; Schore, 2001, pp. 201–269].

Несмотря на полученные значимые результаты, исследование имеет ряд ограничений, которые следует учитывать при интерпретации выводов.

Во-первых, размер выборки ( $n=54$ ) при разделении на три группы (от 16 до 20 человек) не позволяет проводить более сложные статистические анализы, такие как множественная регрессия или структурное моделирование, и требует осторожности при генерализации выводов на более широкие популяции.

Во-вторых, исследование носит ретроспективный характер: оценка субъективной интенсивности переживания травмы проводилась спустя многие годы после события, что неизбежно связано с влиянием последующего жизненного опыта, защитных механизмов и эффектов памяти.

В-третьих, выборка сформирована из женщин, обратившихся за психологической помощью или участвовавших в добровольных исследованиях, что может создавать смещение отбора (selection bias) в сторону более рефлексивных и мотивированных респонденток. Отсутствие клинической контрольной группы не позволяет оценить специфичность выявленных профилей именно для инцестной травмы по сравнению с другими видами травматического опыта.

### Заключение

Выделенные на основе качественного анализа типы субъективного переживания инцестной травмы (ВИСП, ПСП, НИСП) достоверно различаются по выраженности симптомов ПТСР, нарушений Я и КПТСР.

Тип ВИСП характеризуется тотальным симптомокомплексом КПТСР, что требует долгосрочной терапии, ориентированной на интеграцию травмы и восстановление самоидентичности.

Тип ПСП демонстрирует гетерогенный профиль с сочетанием ПТСР и КПТСР, отражающий амбивалентность и фрагментарность нарратива; для этой группы показана диагностика индивидуального симптоматического паттерна.

Тип НИСП выявляет диссоциацию между низкими показателями ПТСР/нарушений Я и сохранным уровнем КПТСР, что соответствует феномену «эксплозивного отрицания» и психологическая помощь должна учитывать телесные и аффективные проявления без преждевременной конфронтации с травмой.

Результаты исследования имеют непосредственное практическое применение для клинической и консультативной практики, позволяя выстроить дифференцированный подход к психологической помощи женщинам, пережившим инцест в детстве, с учётом выявленных типов субъективного переживания травмы.

### Библиография

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребёнком. Причины. Последствия. По мощь. 4-е издание, дополненное и переработанное. Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. Москва, 2010. С. 470.
2. Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Чибисова И.А., Нуцкова Е.В. Психические расстройства у детей и подростков, возникающие в результате преступлений сексуального характера (клинические и клинко-психологические аспекты). Российский психиатрический журнал № 3, 2014.
3. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 2. – С. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2019-2-8
4. Костромина С.Н., Гришина Н.В. Целостность как фундаментальная категория в описании природы личности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2024. Т. 14. Вып. 3. С. 394–413. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.301>
5. Костенко В.Ю., Гришутина М.М. Невозможное Я: предварительное исследование в контексте теории Хейзел Маркус // Пензенский психологический вестник. 2018. № 1. <https://doi.org/10.17689/psy-2018.1.8>
6. Кроссли М.А. Нарративная психология. Самость, психологическая травма и конструирование смыслов. Х.: «Гуманитарный Центр», 2013. С. 284.
7. Кондратьева О.В. статья «Субъективные переживания женщин с различными типами инцестной травмы детства» (в печати), 2026.
8. Кондратьева О.В. статья «Особенности посттравматической интеграции травматического опыта в Я-нарратив женщин с разными типами субъективного переживания» (в печати), 2026.
9. Кун М., Макпартленд Т. Тест «Кто Я?» / модификация Румянцевой Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. – СПб., 2006. С. 82-103.

10. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – 206 с.
11. Падун М.А., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н., Ченцова-Даттон Ю.Е. Русскоязычная версия «Международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 3. С. 42—67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.20223004>
12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. - СПб. и др. : Питер Питер бук, 2001. - 268 с. ; 21 см.
13. Bailey H.N., MacRae J.A. The effects of childhood interpersonal trauma on attachment and mental health. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2017, Vol. 10, No. 2, pp. 123–132.
14. Bailey H.N., MacRae J.A. Betrayal trauma and its impact on trust in close relationships. *Journal of Traumatic Stress*, 2019, Vol. 32, No. 4, pp. 511–520.
15. McAdams D. P. The psychology of life stories, *Review of General Psychology*. Special Issue: Autobiographical Memory. 2001. Vol. 5. P. 100–122.
16. Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Guilford Press.
17. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R., Bisson J.I., Roberts N.P., Maercker A., Karatzias T., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2018. — Vol. 138, No. 6. — P. 536–546. — DOI 10.1111/acps.12956.
18. Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.
19. Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271–291.
20. Craig, A., Brickman, S., Muldoon, O. T., Bentley, S. V., & Haslam, S. A. (2024). New groups and post-traumatic growth: Experimental evidence that gaining group memberships supports recovery from natural disaster. *Environment and Behavior*, 56(7–8), 514–542. <https://doi.org/10.1177/00139165241286840>
21. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
22. Kestner, P. (2018). Intergenerational Transmission of Childhood Sexual Abuse Experiences in Adulthood. *Frontiers in Psychology*, 9, 1544.
23. Freud S. The Splitting of the Ego in the Process of Defence // *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* / ed. J. Strachey. – London : Hogarth Press, 1964. – Vol. 23. – P. 271–278. (Original work published 1938)

## **Features of Post-Traumatic Consequences in Women with Different Types of Subjective Experience of Trauma**

**Ol'ga V. Kondrat'eva**

Postgraduate Student,  
Saint Petersburg State University,  
199034, 7/9, Universitetskaya embankment, Saint Petersburg, Russian Federation;  
e-mail: [st122180@student.spbu.ru](mailto:st122180@student.spbu.ru)

### **Abstract**

Relevance. Post-traumatic consequences of childhood incest trauma are variable and are determined not so much by the objective characteristics of the event as by the subjective intensity of its experience. However, to date, there has been no quantitative substantiation of qualitatively identified types of subjective experience in comparison with the criteria of PTSD and CPTSD. Solving this problem opens up the possibility of transitioning to personalized psychological assistance for women, taking into account the individual type of processing of traumatic experience. Objective. To identify the features of the severity of PTSD symptoms, disturbances in self-

Kondrat'eva O.V.

organization (DSO), and CPTSD in women with high-intensity (HIST), contradictory (CST), and low-intensity (LIST) types of experience of incest trauma, measured using the International Trauma Questionnaire (ITQ). Method. Russian version of the ITQ; statistical analysis – Kruskal–Wallis test with Bonferroni correction. Sample. 54 women aged 25–32 years who experienced incest in childhood (4–7 years), with different intensities of subjective experience of trauma: HIST, CST, and LIST. Results. Significant differences were found between groups on the scales of PTSD, DSO, and CPTSD ( $p < 0.001$ ). Specific profiles were identified: HIST – total CPTSD symptomatology; CST – an intermediate heterogeneous profile; LIST – low rates of PTSD and DSO with a preserved level of CPTSD, which corresponds to the "explosive denial" pattern. Conclusions. The validity of the identified types of subjective experience of incest trauma (HIST, CST, LIST) has been quantitatively confirmed: they differ significantly in the severity of symptoms of PTSD, DSO, and CPTSD.

### For citation

Kondrat'eva O.V. (2026) Osobennosti posttravmaticheskikh posledstviy u zhenshchin s razlichnymi tipami subyektivnogo perezhivaniya travmy [Features of Post-Traumatic Consequences in Women with Different Types of Subjective Experience of Trauma]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 15 (2A), pp. 62-74. DOI: 10.34670/AR.2026.62.29.010

### Keywords

Traumatic experience, incest, PTSD, disturbances in self-organization (DSO), CPTSD, subjective experiences.

## References

1. Alekseeva, I.A., & Novoselskii, I.G. (2010). *Zhestokoe obrashchenie s rebionkom. Prichiny. Posledstviia. Pomoshch* [Child abuse. Causes. Consequences. Help] (4th ed., supplemented and revised). Moscow: Natsionalnyi fond zashchity detei ot zhestokogo obrashcheniia.
2. Badmaeva, V.D., Dozortseva, E.G., Chibisova, I.A., & Nutskova, E.V. (2014). Psikhicheskie rasstroistva u detei i podrostkov, voznikaushchie v rezultate prestuplenii seksualnogo kharaktera (klinicheskie i kliniko-psikhologicheskie aspekty) [Mental disorders in children and adolescents resulting from sexual crimes (clinical and clinical-psychological aspects)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry], (3).
3. Katan, E.A. (2019). Ispolzovanie mezhdunarodnogo oprosnika neblagopriyatnogo detskogo opyta dlia vyivleniia psikhotravmiruiushchikh faktorov v detskom i podrostkovom vozraste [Using the international adverse childhood experiences questionnaire to identify psychotraumatic factors in childhood and adolescence]. *Meditinskaiia psikhologiiia v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 11(2), 8. <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-8>
4. Kostromina, S.N., & Grishina, N.V. (2024). Tselostnost kak fundamentalnaia kategoriia v opisaniu prirody lichnosti [Integrity as a fundamental category in describing the nature of personality]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiiia* [Bulletin of St. Petersburg University. Psychology], 14(3), 394–413. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.301>
5. Kostenko, V.Iu., & Grishutina, M.M. (2018). Nevozmozhnoe Ia: predvaritelnoe issledovanie v kontekste teorii Kheizel Markus [The impossible self: a preliminary study in the context of Hazel Markus's theory]. *Penzenskii psikhologicheskii vestnik* [Penza Psychological Bulletin], (1). <https://doi.org/10.17689/psy-2018.1.8>
6. Crossley, M.L. (2013). *Narrativnaia psikhologiiia. Samost, psikhologicheskaiia travma i konstruirovaniie smyslov* [Introducing narrative psychology: Self, trauma and the construction of meaning]. Kharkiv: "Gumanitarnyi Tsentr".
7. Kondrateva, O.V. (2026) Subektivnye perezhivaniia zhenshchin s razlichnymi tipami intsesnoi travmy detstva [Subjective experiences of women with different types of childhood incest trauma]. [Article in press].
8. Kondrateva, O.V. (2026) Osobennosti posttravmaticheskoi integratsii travmaticheskogo opyta v Ia-narrativ zhenshchin s raznymi tipami subyektivnogo perezhivaniia [Features of post-traumatic integration of traumatic experience into the self-narrative of women with different types of subjective experience]. [Article in press].

9. Kuhn, M.H., & McPartland, T.S. (2006). Test "Kto Ia?" [The "Who Am I?" test] (T.V. Rumiantseva, Modification). In *Psikhologicheskoe konsultirovanie: diagnostika otnoshenii v pare* [Psychological counseling: diagnosis of relationships in a couple] (pp. 82–103). St. Petersburg.
10. Padun, M.A., & Kotelnikova, A.V. (2012). *Psikhicheskaiia travma i kartina mira: Teoriia, empiriia, praktika* [Psychological trauma and worldview: Theory, empirical research, practice]. Moscow: Izd-vo "Institut psikhologii RAN".
11. Padun, M.A., Bykhovets, Iu.V., Kazymova, N.N., & Chentsova-Dutton, Iu.E. (2022). Russkoiazychnaia versiiia "Mezhdunarodnogo oprosnika travmy": adaptatsiia i validizatsiia na neklinicheskoi vyborke [Russian-language version of the International Trauma Questionnaire: adaptation and validation in a non-clinical sample]. *Konsultativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 30(3), 42–67. <https://doi.org/10.17759/cpp.20223004>
12. Tarabrina, N.V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg: Piter Piter buk.
13. Bailey, H.N., & MacRae, J.A. (2017). The effects of childhood interpersonal trauma on attachment and mental health. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(2), 123–132.
14. Bailey, H.N., & MacRae, J.A. (2019). Betrayal trauma and its impact on trust in close relationships. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 511–520.
15. McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
16. Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press.
17. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
18. Schore, A.N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.
19. Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271–291.
20. Craig, A., Brickman, S., Muldoon, O.T., Bentley, S.V., & Haslam, S.A. (2024). New groups and post-traumatic growth: Experimental evidence that gaining group memberships supports recovery from natural disaster. *Environment and Behavior*, 56(7–8), 514–542. <https://doi.org/10.1177/00139165241286840>
21. Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
22. Kestner, P. (2018). Intergenerational Transmission of Childhood Sexual Abuse Experiences in Adulthood. *Frontiers in Psychology*, 9, 1544.
23. Freud, S. (1964). The Splitting of the Ego in the Process of Defence. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 271–278). London: Hogarth Press. (Original work published 1938)