

Опыт применения метода «анализ клинического случая» для пошагового описания консультативной работы практикующего психолога

Разборщикова М. А.,

магистрант кафедры
психотравматологии,
консультирующий
психолог
Русская христианская
гуманитарная академия
им. Ф. М. Достоевского,
Санкт-Петербург, Россия,
kolymanugget@rambler.ru

УДК 159.9.07

DOI: 10.25991/n7325-6413-2798-y

Аннотация

В статье представлен опыт применения метода «анализ случая» для анализа опыта консультативной работы практикующего психолога. Описание консультативного случая построено в соответствии с моделью, предложенной Г.Л. Бардиер. Апробация модели проведена на примере клинического случая клиентки 42-х лет с резистентной к стандартной соматической помощи хронической болью в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. В соответствии с последовательностью этапов консультативной работы, задаваемой моделью, было проведено первичное интервью с клиенткой (в форме клинической беседы) и психодиагностическое обследование. На основании клинической беседы и психодиагностического обследования (Международный опросник травмы, Торонтская шкала алекситимии, Шкала катастрофизации боли, Шкала кинезиофобии) была подтверждена гипотеза о комплексной психотравматизации как значимом факторе хронификации боли. Далее в соответствии с моделью были обоснованы мишени психологической работы, подобраны и применены конкретные техники. Завершается анализ клинического случая определением эффективности проведенной консультантом консультативной работы. В статье обсуждаются границы применения модели описания клинического случая и ограничения, связанные с ее апробацией на уровне единичного случая.

Ключевые слова: клинический случай, хронический болевой синдром, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, С-PTSD, алекситимия, катастрофизация боли, психотравматология.

Maya A. Razborshchikova

Master's Student,
Department of Psychotraumatology,
consulting psychologist,
Russian Christian Academy
for the Humanities named
after Fyodor Dostoevsky,
Saint Petersburg, Russia,
kolymanugget@rambler.ru

Для цитирования:

Разборщикова М. А. (2026).
Опыт применения метода
«анализ случая» для пошагового
описания консультативной
работы практикующего психолога.
*Психология человека и социальной
среды*, 1 (2), 79–88. doi:10.25991/h7325-
6413-2798-y

Experience using the case study method for step-by-step analysis of a practicing psychologist's counseling work

Abstract

This article presents the experience of using the case study method to analyze a case of a practicing psychologist's counseling work. The description of the counseling case is based on the model proposed by G. L. Bardier. The model was tested using a clinical case of a 42-year-old female client with chronic lumbosacral pain resistant to standard somatic treatment. In accordance with the model's sequence of counseling stages, an initial interview with the client (in the form of a clinical conversation) and a psychodiagnostic assessment were conducted. Based on the clinical interview and psychodiagnostic assessment (International Trauma Inventory, Toronto Alexithymia Scale, Pain Catastrophizing Scale, and Kinesiophobia Scale), the hypothesis of complex psychotraumatization as a significant factor in pain chronification was confirmed. Subsequently, in accordance with the model, the targets of the psychological work were substantiated, and specific techniques were selected and applied. The clinical case analysis concludes with a determination of the effectiveness of the counseling work performed by the consultant. The article discusses the scope of the case description model and the limitations associated with its applicability to a single case.

Keywords: case study method, consultative case, chronic pain syndrome, complex post-traumatic stress disorder, C-PTSD, alexithymia, pain catastrophizing, psychotraumatology

Актуальность изучения консультативных случаев и постановка проблемы

Изучение единичных консультативных случаев занимает особое место в клинической психологии и практике психологического консультирования. В отличие от экспериментальных исследований с большими выборками, метод «анализ случая», как исследовательская стратегия изучения уникального объекта, позволяет сохранить целостность клинической картины, зафиксировать особенные паттерны симптомов и проследить динамику изменений в контексте реальной работы консультанта. Согласно классической работе Р. Йина (Yin, 2018, p. 5), метод наиболее продуктивен, когда исследователь ставит вопросы «как» и «почему», не контролируя поведение участников и фокусируясь на контекстуальных условиях протекания явления. В практике психологического консультирования именно анализ единичных случаев позволяет выявить механизмы изменений, которые могут быть упущены при усреднении данных по группе.

Вместе с тем, в профессиональном сообществе практикующих психологов сохраняется острая проблема — отсутствие единой структуры описания консультативных кейсов — каждый специалист представляет случай в произвольной форме. Это делает практически невозможным сравнительный анализ консультативной работы, затрудняет супервизию и препятствует накоплению профессионального опыта в том виде, который доступен для рефлексии и тиражирования. Разные авторы предлагали различные модели и форматы описания клинических кейсов (Skovholt & Jennings, 2004), однако ни один из них не стал общепринятым в российской практике.

Для решения указанной проблемы, целесообразно предложить некий единый формат описания консультативных случаев — структурную модель, которая позволила бы удерживать ключевые компоненты работы (запрос, гипотезы, стратегию, тактику, критерии результата) в фиксированной логике.

В настоящей статье предпринята попытка использования такой модели, предложенной Г. Л. Бардиер. Апробация модели проведена на клиническом примере консультативной работы с клиенткой, страдающей хроническим скелетно-мышечным болевым синдромом на фоне верифицированной комплексной психотравматизации.

Метод кейс-стади в психологических исследованиях

Метод «анализ случая» традиционно используется в клинической психологии и психологическом консультировании для детального анализа единичного феномена в его реальном контексте.

Как отмечает С. Маклеод (McLeod, 2010, p. 12), именно анализ единичного случая лежал в основе создания классических психоаналитических теорий (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн) и сегодня продолжает занимать центральное место в исследованиях процесса психологического консультирования.

В современной науке различают три типа этого метода: описательный (иллюстративный), объяснительный (поиск причинно-следственных связей) и кумулятивный (обобщение нескольких случаев) (Yin, 2018, p. 46).

В российской практике метод активно используется в диссертационных исследованиях, обычно в рамках раздела «Анализ клинических случаев». Однако публикации, посвященные формализации описания консультативной работы, немногочисленны. Предлагаемая ниже модель восполняет этот пробел. Как подчёркивает Г. В. Варганова (Варганова Г. В., 2006, с. 38), использование комплекса разнообразных методов сбора данных является неотъемлемой чертой качественного метода, что нашло отражение в настоящем исследовании.

Структурная модель консультативного случая

Модель описания консультативного случая, предложенная Г. Л. Бардиер, включает семь последовательных разделов, фиксирующих ключевые компоненты консультативной работы:

1. Название-метафора — образное или ассоциативное название, позволяющее быстро идентифицировать консультативный случай.
2. Запрос и общая характеристика клиента — формулировка запроса на психологическую помощь, возраст, пол, семейное положение, профессиональная занятость, речевые и невербальные маркеры.
3. Гипотеза, психодиагностика и мишени работы — гипотезы относительно психологических механизмов проблемы, их проверка с помощью выбранного инструментария и выбор мишеней психологической коррекции.
4. Диагноз и прогноз — рабочая конструкция

(в кавычках) и оценка вероятного течения процесса консультирования.

5. Стратегия — направление, методология и этапы работы.
6. Тактика и приёмы — конкретные методы и техники на каждом этапе.
7. Критерии оценки результативности практики — ожидаемые изменения и способы их оценки.

Схематическое изображение модели представлено в Табл. 1.

Цель, предмет, объект и методы исследования

Цель исследования — апробация структурной модели консультативного случая, предложенной Г. Л. Бардиер, на примере анализа консультативной работы с клиенткой, страдающей хронической болью в спине на фоне комплексной психотравматизации.

Предмет исследования — случай консультативной работы практикующего психолога с клиенткой,

Этапы модели описания клинического случая	Содержание этапа	Цель этапа
Название-метафора	образ, ключевое слово, ассоциация	оперативная идентификация клинического случая
Запрос и общая характеристика клиента	формулировка запроса, демографические данные, речевые и невербальные маркеры	первая информация о клиенте и его проблеме
Гипотеза и референтная психодиагностика	механизмы и признаки проявления проблемы, их инструментальная проверка	мишени психологической коррекции
Диагноз и прогноз	«рабочая конструкция» (кавычки для обозначения границ компетенции)	оценка вероятного течения процесса консультирования
Стратегия	общее направление работы	методология, технология и этапы работы
Тактика и приёмы	инструментальное обеспечение работы	конкретные методы и техники на каждом этапе
Оценка продуктивности, результативности и эффективности	ожидаемые изменения	критерии, способы и результаты их измерения

Табл. 1. Структурная модель консультативного случая (по Г. Л. Бардиер).

имеющей хронический скелетно-мышечный болевой синдром и верифицированную комплексную психотравматизацию в анамнезе.

Объект исследования — женщина 42-х лет с верифицированной комплексной психотравматизацией (C-PTSD), обратившаяся за психологической помощью в связи с хронической болью длительно — около 8 лет в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, резистентной к стандартной соматической помощи.

Методы исследования — метод «анализ случая» в его описательно-объяснительной разновидности.

Основными инструментами сбора данных выступили:

- клинико-анамнестический метод (сбор анамнеза, анализ субъективной картины болезни),
- стандартизированное психодиагностическое обследование (опросники ITQ, TAS-20, PCS, TSK, BPI-SF),
- анализ консультативных сессий (32 встречи).

Анализ данных проводился с использованием качественных (контент-анализ протоколов сессий) и количественных (расчёт динамики по стандартизированным шкалам) методов.

Описание и анализ клинического случая «Сломанная опора»

I. Название-метафора «Сломанная опора»

Название реконструировано из спонтанных высказываний клиентки, таких как «спина не держит», «нет стержня», «мне не на что опереться».

Выбор метафоры в данном случае не является произвольным. Образное сравнение фиксирует связь между соматическим симптомом, болью в спине, и психологическим переживанием — отсутствием поддержки в детстве, утратой чувства опоры в жизни, невозможности «выпрямиться» после многолетнего подавления себя и своих чувств.

В процессе терапии эта метафора использовалась как рабочий язык для обсуждения травматического опыта, выполняя функцию не столько эстетическую, сколько диагностическую и коммуникативную и, таким образом, позволяла удерживать связь между соматическим симптомом и его психологическим контекстом на протяжении всей работы с клиентом.

II. Запрос и общая характеристика клиента

Помимо формальных демографических

данных, в рамках данного раздела фиксируются речевые и невербальные маркеры, имеющие диагностическое значение, так как они в совокупности с анамнестическими данными формируют основания для гипотез о психологическом генезе хронической мышечной боли.

Пациентка А., 42 года. Семейное положение: замужем, двое детей (10 и 7 лет). Профессиональная занятость: руководящая должность в IT-компании.

Речь

В начале сессии — умеренно быстрая, чёткая, с управленческими интонациями. При переходе к обсуждению детства — с заметными паузами, замедлением и использованием незавершённых фраз. Данный паттерн нарушения нарративной связности при обсуждении травматического опыта описан в литературе (Ван дер Колк, 2014, с. 87).

Невербальное поведение

Поза: спина прямая, плечи приподняты и напряжены. Тоническое напряжение мышц плечевого пояса сохраняется независимо от позы. Во время рассказа о детстве взгляд в сторону, руки сцеплены в замок, ноги скрещены. При упоминании отца заметны задержки дыхания и сжатие челюсти. В конце сессии облегченный выдох, опущенные плечи.

Первичная формулировка запроса: «Боль в спине уже восемь лет. МРТ не показывают ничего, что объясняло бы такую боль, обезболивающие препараты и физиотерапия не помогают. Врачи говорят, что всё не так страшно. Может, это всё у меня в голове?»

Особенность данного запроса в том, что формулировка «в голове» как следствие интернализации скептической позиции медицинского дискурса функционирует не как гипотеза, а как самообвинение.

Это имеет значение для построения психологом последующей стратегии, необходимости первоочередного психообразования и легитимизация боли как реального переживания.

В процессе уточнения запрос был трансформирован в следующую формулу: «Понять, что поддерживает боль, и научиться снижать её влияние на повседневную жизнь».

Теоретическое обоснование клинических маркеров (комментарий)

Описанные особенности речи и невербального поведения, такие как хроническое мышечное напряжение, нарушение нарративной связности, диссоциативные проявления, не являются случайными. Современные нейробиологические и психологические модели позволяют сделать обоснованную научную интерпретацию таким маркерам.

В современной психотравматологии накоплены убедительные данные о связи между пси-

хотравматизацией в детском возрасте и развитием хронических болевых синдромов во взрослом возрасте (Felitti et al., 1998; Afari et al., 2014; Bussi eres et al., 2023).

Исследователи выделяют три ключевых сферы нарушений, характерных для комплексной травмы: аффективную дисрегуляцию, негативную Я-концепцию и трудности в отношениях (Герман, 2022, с. 128).

Также выделяются два ключевых нейробиологических механизма:

- центральная сенситизация — устойчивое повышение возбудимости ноцицептивных нейронов (Woolf, 2011),
- дисфункция оси гипоталамус — гипофиз — надпочечники, приводящая к хроническому нарушению стрессового ответа (Heim et al., 2008).
- Параллельно изучаются психологические конструкты-медиаторы, непосредственно связанные с наблюдаемыми маркерами:
- алекситимия — трудность идентификации и вербализации эмоций (что проявляется в незавершённых фразах и паузах при обсуждении травмы) (Lumley et al., 2007),
- диссоциация — отчуждение от телесных ощущений (что коррелирует со «сцепленными руками» и «взглядом в сторону») (Nijenhuis et al., 1998),
- катастрофизация боли, поддерживающая порочный цикл «страх — избегание — детренированность — боль» (Sullivan et al., 2001; Vlaeyen & Linton, 2000).

Именно эти конструкты становятся мишенями психологической работы в представленном далее случае, а их инструментальная верификация осуществляется в следующем разделе.

III. Гипотеза, психодиагностика и мишени работы

Были сформулированы три взаимодополняющие гипотезы, каждая из которых проверялась с помощью выбранного психодиагностического инструментария.

Гипотеза 1 (конверсионно-соматическая)

Хроническая боль в спине является соматическим эквивалентом аутоагрессии, подавленного аффекта, преимущественно гнева, направленного на отца, а также страха, обиды. Анамнестически это находит выражение в запрете на проявление гнева в детстве, идентификации с пассивно-страдающей матерью. Прогнозируемые корреляты: высокие баллы по шкалам эмоционального подавления; связь между обострением боли и ситуациями, активирующими чувство беспомощности.

Гипотеза 2 (травматологическая)

В анамнезе имеет место комплексная психотравматизация (C-PTSD) с доминированием

Конструкт	Методика	Результаты (до начала работы)
Интенсивность боли	ВАШ (визуальная аналоговая шкала)	7,8 из 10
Симптомы C-PTSD	ITQ (адаптация Падун и др., 2022)	Высокие баллы по DSO (аффективная дисрегуляция, негативная Я-концепция)
Алекситимия	TAS-20 (Lumley et al., 2007)	28 (клинически значимый уровень, особенно с у б ш к а л а ТИЧ)
Катастрофизация боли	PCS (Sullivan et al., 2001)	31 (высокие баллы)
Кинезиофобия	TSK (Vlaeyen & Linton, 2000)	Высокие показатели
Интерференция боли	BPI-SF	6,5 из 10

Табл. 1. Психодиагностический инструментарий, использованный в исследовании

длительного эмоционального насилия и пренебрежения в детстве, приведшая к нарушению регуляции аффекта и формированию хронического мышечного напряжения. Критерии нарушений самоорганизации согласно МКБ-11 — аффективная дисрегуляция, негативная Я-концепция и трудности в межличностных отношениях — сначала прогнозировались, а затем были выявлены в ходе беседы и подтверждены инструментально.

Гипотеза 3 (поведенческо-когнитивная)

Поддержанию болевого синдрома способствуют катастрофизация боли и кинезиофобия, формирующие порочный дезадаптивный цикл «страх — избегание — детренированность — усиление боли» (Vlaeyen & Linton, 2000).

Психодиагностический инструментарий представлен в Табл. 1.

Травматический анамнез собран в беседе: эмоциональное насилие, унижение отцом и эмоциональное пренебрежение, холодность матери.

IV. «Диагноз» и прогноз

В рамках психологической компетенции рабочая конструкция формулируется в кавычках, как того требует модель Г. Л. Бардиер: «Соматоформный болевой синдром на фоне комплексной психотравматизации с выраженной алекситимией и катастрофизацией боли». Клинический диагноз остаётся прерогативой врача-психиатра.

Прогноз. Умеренно-оптимистический.

Факторами, благоприятствующими исходу, выступают мотивация, сохраненный когнитивный ресурс, поддерживающая семья.

Ограничивающие факторы — длительность болевого синдрома (8 лет), выраженная алекситимия, сформированные многолетние паттерны избегания.

Разумной целью терапии признаётся не полная элиминация боли, а снижение её интерференции в повседневную жизнь на 40–50% и формирование навыков саморегуляции.

На основании сформулированных гипотез и полученных диагностических данных были определены следующие мишени психологического воздействия:

1. Алекситимия и телесная отстраненность (TAS-20: 28, высокий ТИЧ). Мишень: восстановление связи «эмоция — телесное ощущение», обучение распознаванию и называнию чувств.
2. Диссоциативные проявления (высокие баллы DES). Мишень: стабилизация состояния «здесь и сейчас» (заземление), снижение отчуждения от тела.
3. Комплексная травма (C-PTSD) (высокие баллы ITQ по DSO). Мишень: поэтапная переработка травматических воспоминаний (после стабилизации) с целью снижения эмоционального заряда и интеграции опыта.
4. Катастрофизация боли и кинезиофобия (PCS: 31; TSK: высокие баллы). Мишень: разрыв порочного цикла «страх — избегание — детренированность — боль» через когнитивную реструктуризацию и градуированную экспозицию.

V. Стратегия

Стратегия основывается на интегративном подходе и выстроена в соответствии с принципом поэтапности, принятым в травма-ориентированном направлении (Герман, 1992). Недопустимо приступать к проработке травматического материала до достижения достаточной стабилизации аффективного

состояния и формирования минимальных навыков саморегуляции.

1. Этап стабилизация (сессии 1–4). Психообразование, обучение техникам стабилизации и регуляции вегетативной нервной системы.
2. Этап работа с телом и регуляция аффекта (сессии 5–12). Восстановление связи с телесными ощущениями, обучение распознаванию ранних сигналов аффективного возбуждения.
3. Этап проработка травмы (сессии 13–20). Переработка ключевых травматических воспоминаний EMDR-методом после достижения стабильного аффективного фона.
4. Этап работа с катастрофизацией и кинезиофобией (сессии 21–28). Когнитивная реструктуризация с включением техник оспаривания автоматических мыслей, градуированная поведенческая экспозиция с построением иерархии страхов движения и поэтапным выполнением физических упражнений.
5. Этап интеграции и профилактика рецидивов (сессии 29–32). Формирование индивидуального плана действий при обострении боли, идентификация ранних признаков рецидива, применение техник самопомощи.

VI. Тактика и приёмы

Тактика работы определялась выделенными мишенями и включала приёмы на каждом этапе, представленные в Табл. 2.

Табл. 3. Показатели эффективности (результативности) консультативной работы

Показатель	До терапии	После терапии	Динамика
ВАШ (средняя интенсивность)	7,8	4,5	–42%
PCS (общий балл)	31	19	–39%
TAS-20 (ТИЧ)	28	22	–21%
BPI (интерференция)	6,5	3,9	–40%

Этап	Приёмы	Цель
1	Психообразование: объяснение связи между травмой, стрессом и хронической болью, знакомство с биопсихосоциальной моделью. Дыхательные техники: обучение диафрагмальному дыханию, дыханию «квадратом». Заземление: техника «5–4–3–2–1».	Снижение тревоги, легитимизация опыта («боль не в голове, а в нервной системе»). Регуляция вегетативной нервной системы, снижение гипервозбуждения. Прерывание диссоциации, возвращение в «здесь и сейчас».
2	Сканирование тела: направленное внимание на различные участки тела, фиксация ощущений без оценки. Прогрессивная мышечная релаксация: осознанное напряжение и расслабление проблемных зон (плечи, спина). Шкалирование боли: ежедневное ведение дневника боли (интенсивность, триггеры, мысли, эмоции). Техники «контейнирования»: визуализировать и поместить непереносимые чувства в контейнер, закрыть на замок.	Восстановление связи с телом, преодоление алекситимии. Снижение хронического мышечного напряжения. Повышение осознанности, выявление эмпирических паттернов. Создание чувства контроля над аффектом.
3	EMDR (десенсибилизация и переработка движением глаз): проработка ключевых травматических сцен. Элементы техники «пустого стула»: диалог с отцом, выражение подавленных чувств (гнева, обиды). Работа с диссоциацией: идентификация «частей» (например, «напуганный ребенок», «критикующий родитель», «болящее тело»)	Снижение эмоционального заряда травматических воспоминаний. Вербализация аффекта, восстановление чувства собственной ценности. Интеграция фрагментированного опыта.
4	Когнитивная реструктуризация: выявление автоматических мыслей («это никогда не кончится», «я сломана»), их оспаривание, замена на более адаптивные. Градуированная экспозиция: построение иерархии страхов (от простых движений до физической нагрузки), поэтапное выполнение. Приёмы отвлечения: переключение внимания с боли на другие стимулы.	Снижение интенсивности боли через изменение интерпретации, разрыв цикла «страх — избегание — боль». Преодоление страха движения, восстановление физической активности. Снижение руминации.
5	Нарративная реконструкция: переписывание истории жизни — от нарратива «жертва» к нарративу «выжившая, обретшая силу». Профилактики рецидивов: построение плана самопомощи, идентификация ранних признаков обострения.	Интеграция травматического опыта в целостную идентичность, преодоление стыда, вины, негативной Я-концепции. Предотвращение возврата к дезадаптивным паттернам поведения.

Табл. 2. Этапы, приемы и цели консультативной работы

VII. Критерии оценки эффективности (результативности)

К завершению терапии (32 сессии) зафиксирован ряд изменений (Табл. 3).

Пациентка вернулась к регулярным прогулкам, частично восстановила физическую активность (занятия йогой 1–2 раза в неделю).

Остаточная боль (4–5 баллов) сохранилась. Ключевой критерий, не поддающийся прямому измерению — изменение самовосприятия: «я человек, у которого есть боль», а не «я — больной человек».

Апробация модели на клиническом примере клиентки с хронической болью в спине и комплексной

психотравматизацией иллюстрирует несколько положений, значимых для практики в психотравматологии.

Во-первых, отсутствие органического субстрата боли не является основанием для её обесценивания; у данной пациентки болевой синдром имел нейробиологические корреляты в виде центральной сенситизации и дисрегуляции стрессовой оси (Смулевич, 2003; Woolf, 2011; Heim et al., 2008).

Во-вторых, выраженная алекситимия потребовала включения телесно-ориентированных методов на начальных этапах терапии, поскольку чисто вербальные интервенции оказались малодоступны.

В-третьих, терапевтическая работа строилась

поэтапно, с приоритетом стабилизации перед проработкой травматического материала, что согласуется с классическими рекомендациями (Герман, Д., 2022).

Выводы

Предложенная Г. Л. Бардиер модель структурированного описания консультативного случая позволила объединить данные клинического наблюдения, психодиагностики и консультативных решений в единой логике, сохранив связь между соматическим симптомом и его психологическим контекстом. Для практикующего психолога модель может служить форматом систематизации опыта.

Апробированный в исследовании формат формата описания клинического случая дает возможность:

- четко отделить субъективный запрос клиента от объективных психологических механизмов, избегая ошибок на этапе первичной диагностики;
- системно увязать диагностические данные с мишенями воздействия, превращая гипотезы в конкретный план действий;
- обеспечить преемственность между специалистами, сохраняя единый язык описания случая в междисциплинарной команде;
- повысить качество супервизии, быстро выявляя «слепые пятна» в работе;
- создать базу для накопления и сравнения случаев.

Таким образом, обращение к формализованной модели анализа клинического случая приобретает не просто техническое, а эпистемологическое значение — личный опыт работы с клиентом превращается в воспроизводимое, проверяемое и обсуждаемое профессиональное знание.

Ограничением представленного анализа является единичный случай, что не позволяет делать статистические обобщения.

Литература

Бардиер, Г. Л. (2026). Критериальный подход к анализу социальных проектов и психологических консультативных случаев. Россия как государство цивилизация. XXVI Свято-Троицкие ежегодные международные академические чтения. Санкт-Петербург: РХГА.

Ван дер Колк, Б. (2014). Тело помнит всё: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть (И. Чорный, Пер.). Эксмо.

Варганова, Г. В. (2006). Кейс-стадис как метод научного исследования. Библиосфера, (2), 36–42. <https://cyberleninka.ru/article/n/keys-stadis-kak-metod-nauchnogo-issledovaniya/viewer>

Герман, Д. (2022). Травма и исцеление. Последствия насилия от абьюза до политического террора. — Бомбора.

Падун, М. А., Быховец, Ю. В., Казымова, Н. Н., &

Ченцова-Даттон, Ю. Е. (2022). Русскоязычная версия «Международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке. Консультативная психология и психотерапия, 30(3), 42–67.

Смулевич, А. Б. (2003). Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Медицинское информационное агентство.

Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>

Bussi eres, A., Hancock, M. J., Elklit, A., Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Stone, L. S., Wideman, T. H., Boruff, J. T., Al Zoubi, F., Chaudhry, F., Tolentino, R., & Hartvigsen, J. (2023). Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2284025. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2284025>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror. Basic Books.

Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>

McLeod, J. (2010). Case study research in counselling and psychotherapy. *Sage Publications*. <https://doi.org/10.4135/9781446287897>

Nijenhuis, E. R., Spinoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 711–730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>

Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling. *American Psychologist*, 59(8), 773–782. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.773>

Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>

Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl.), S2–S15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>

Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). *Sage Publications*.

References

- Bardier, G. L.** (2026). *Kriterial'nyy podkhod k analizu sotsial'nykh proektov i psikhologicheskikh konsul'tativnykh sluchae* [Criteria-based approach to the analysis of social projects and psychological counseling cases]. *Rossiya kak gosudarstvo tsivilizatsiya. XXVI Svyato-Troitskie ezhegodnye mezhdunarodnye akademicheskie chteniya* [Russia as a state of civilization. XXVI Holy Trinity Annual International Academic Readings]. Sankt-Peterburg: RKhGA.
- Van der Kolk, B.** (2014). *Telo pomnit vsyo: kakuyu rol' psikhologicheskaya travma igraet v zhizni cheloveka i kakie tekhniki pomagayut ee preodolet'* [The Body Keeps the Score: What Role Psychological Trauma Plays in a Person's Life and What Techniques Help Overcome It] (I. Chorny, Per.). Eksmo.
- Varganova, G. V.** (2006). Keys-stadis kak metod nauchnogo issledovaniya [Case Studies as a Method of Scientific Research]. *Bibliosfera*, (2), 36–42. <https://cyberleninka.ru/article/n/keys-stadis-kak-metod-nauchnogo-issledovaniya/viewer>
- German, D.** (2022). *Travma i istsenlenie. Posledstviya nasiliya ot ab'yuzha do politicheskogo terrora* [Trauma and Healing. The Consequences of Violence from Abuse to Political Terror]. Bombora.
- Padun, M. A., Bykhovets, Yu. V., Kazymova, N. N., & Chentsova-Datton, Yu. E.** (2022). *Russkoyazychnaya versiya «Mezhdunarodnogo oprosnika travmy»: adaptatsiya i validizatsiya na neklinicheskoy vyborke* [Russian Version of the "International Trauma Questionnaire": Adaptation and Validation in a Non-Clinical Sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 30(3), 42–67.
- Smulevich, A. B.** (2003). *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Depression in Somatic and Mental Illnesses]. Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G.** (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>
- Bussi res, A., Hancock, M. J., Elklit, A., Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Stone, L. S., Wideman, T. H., Boruff, J. T., Al Zoubi, F., Chaudhry, F., Tolentino, R., & Hartvigsen, J.** (2023). Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2284025. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2284025>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S.** (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B.** (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psypneuen.2008.03.008>
- Herman, J. L.** (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J.** (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>
- McLeod, J.** (2010). *Case study research in counseling and psychotherapy*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446287897>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J.** (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 711–730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>
- Skovholt, T. M., & Jennings, L.** (2004). Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling. *American Psychologist*, 59(8), 773–782. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.773>
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C.** (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J.** (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Woolf, C. J.** (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl.), S2–S15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>
- Yin, R. K.** (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.