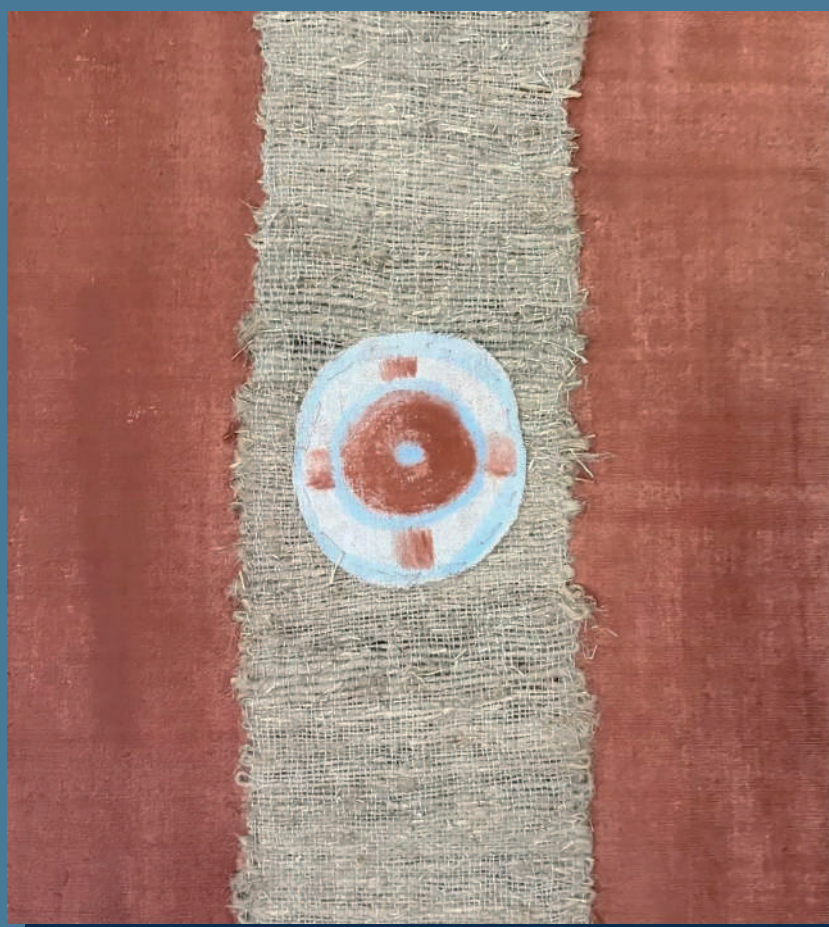


- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№98



Bulletin of Psychotherapy

2026



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского — образовательный и научно-практический центр Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии, осуществляющий образовательные и научно-практические внедренческие проекты на переднем крае науки в области клинической психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ ПРЕДЛАГАЕТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Обучение на спецкурсе в Школе клинической психотерапии

- Экспертная программа в области клинической психотерапии для специалистов, имеющих профессиональную переподготовку по психотерапии и клинической (медицинской) психологии

Профессиональную переподготовку:

- по психотерапии (для врачей)
- по клинической (медицинской) психологии (для психологов и врачей)
- по психологии (для специалистов, желающих освоить современную психологию, как базу клинической психологии)

Повышения квалификации:

- по клинической психотерапии в лечении и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями
- по клинической психотерапии отдельных клинических групп: невротических расстройств, психических расстройств, зависимостей, соматических и психосоматических заболеваний, расстройств пищевого поведения, сексуальных расстройств и дисфункций, психических расстройств детского возраста и др.
- многоступенчатые программы обучения:
 - Клиническая когнитивно-поведенческая психотерапия
 - Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия
 - Клинический гипноз
 - Клиническая семейно-супружеская психотерапия
 - Клиническая групповая психотерапия и др.

Повышение квалификации по клинической кризисной психотерапии, обучение по которой позволит оказывать помощь участникам СВО и членами членам их семей

Институт психотерапии реализует образовательные программы и научные конференции в рамках системы НМО (Непрерывного медицинского и фармацевтического образования).

Юридический адрес Института:

191014, г. Санкт-Петербург, пер. Басков,
д. 32-34, стр. А литер, пом. 3Н.

Вебсайт: <https://ipmp-spb.ru/>



На 1 странице обложки журнала «Вестник психотерапии» N98 использован фрагмент художественной работы Коростелевой Лилии Ивановны "Аграрные праздники и фольклор", работа № 3, 100x70, домоткань, темпера.

Учредитель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитова» МЧС России

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций России
Свидетельство о перерегистрации –
ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г.

Индекс для подписки

в электронных каталогах
«Пресса России» (www.pressa-rf.ru)
и агентства «Книга-сервис» (www.aks.ru)

Импакт-фактор (2020) 0,608

Журнал «Вестник психотерапии» (по состоянию на 27.06.2023 г., пункт 630) включен ВАК Минобрнауки России в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по научным специальностям (с 31.05.2023 г.):

- 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки),
- 5.3.2. Психофизиология (психологические науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (психологические науки)
- 5.3.9. Юридическая психология и психология безопасности личности (психологические науки)

Полные тексты статей представлены на сайте Научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru> и ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никитова МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

Компьютерная верстка С.И. Рожковой
Корректор О.В. Чухачёва
Перевод Е.О. Клейман

Подписано в печать: 23.06.2026
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1
Отпечатано в типографии
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,
ул. Б. Пушкарская, д. 10
Дата выпуска в свет: 30.06.2026
Свободная цена

Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,
Придорожная аллея, д. 11, лит. А
Тел. (812) 592-14-19, 8-911-923-98-01
e-mail: vestnikpst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

СОДЕРЖАНИЕ

- Азаренко А.М., Исаева Е.Р., Азаренко С.В.
Особенности психоэмоционального состояния и уровень дистресса у комбатантов на начальном этапе медицинской реабилитации. 6
- Алехин А.Н., Баразенко К.В., Зун С.А.
Психологические особенности идентичности пациентов с ранениями наружных половых органов. 19
- Бечкова-Бушуева Д.В., Володин Б.Ю., Петров Д.С.
Особенности аутоагрессии у пациентов с депрессивными расстройствами. 31
- Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П.
Результаты оценки образа врача у больных гипертонической болезнью 38
- Дубинская А.Д.
Опросник соматической оценки симптомов стресса (СОСС): масштабная пилотная валидация (III этап) 49
- Золотова И.А., Белова Е.А.
Динамика эмоционального состояния женщин при рождении детей с заболеваниями, характерными для неонатального периода (за исключением эмбриопатий) . . . 58
- Леонтьев О.В., Ветрова Т.В., Ионцев В.И., Лукьянова Е.Г.
Дифференциальный подход в медико-психологической коррекции дезадаптивных состояний: концепция, алгоритм и эмпирическое обоснование 68
- Котельникова А.В., Ткаченко Г.А., Цветкова Е.М., Кромовая А.С.
Взаимосвязь психоэмоционального состояния и мотивации к реабилитации у пациентов после ишемического инсульта 81
- Усик Д.А., Каминский В.В.
Психологическая реабилитация как фактор восстановления личностных и адаптационных ресурсов. . . 90

Психотерапевтический консилиум

- Шишков В.В., Безрукова А.В.
Успешное применение модифицированной техники фединга для профилактики экзаменационного стресса у школьника с эмоционально лабильным [астеническим] расстройством, коморбидным с выраженной дискалькулией (клинический случай). 102

Дискуссионный клуб

- Фаустова А.Г.
Вариабельность сердечного ритма как трансдиагностический маркер субклинической стадии психических расстройств, ассоциированных с психологическим насилием. 110
- Четверкина Е.Д., Гуреева И.Л., Силина В.А., Ситкина Е.В.
Психологический портрет комплаентного пациента с морбидным ожирением 118

Главный редактор

Назыров Равиль Каисович, д-р мед. наук (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционная коллегия

Григорьев Степан Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Евдокимов Владимир Иванович, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Коровицин Виталий Викторович, помощник главного редактора
(Москва, Россия)

Леонтьев Олег Валентинович, д-р мед. наук проф., научный редактор
(Санкт-Петербург, Россия)

Мизерене Рута, д-р мед. наук (г. Паланга, Литовская Республика)

Мильчакова Валентина Александровна, канд. психол. наук доцент
(Санкт-Петербург, Россия)

Председатель редакционного совета

Рыбников Виктор Юрьевич, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет

Александров Артур Александрович, д-р мед. наук проф.
(Санкт-Петербург, России)

Алексанин Сергей Сергеевич, д-р мед. наук проф., член-корреспондент РАН
(Санкт-Петербург, Россия)

Алтынбеков Сагат Абылкаирович, д-р мед. наук проф.
(г. Алматы, Республика Казахстан)

Ашуров Зарифжон Шарифович, д-р мед. наук проф.
(г. Ташкент, Республика Узбекистан)

Бохан Татьяна Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (г. Томск, Россия)

Булыгина Вера Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (Москва, Россия)

Григорьев Григорий Игоревич, д-р мед. наук, д-р богословия проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Каравеева Татьяна Артуровна, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Кремлева Ольга Владимировна, д-р мед. наук проф. (г. Екатеринбург, Россия)

Макаров Виктор Викторович, д-р мед. наук проф. (Москва, Россия)

Незнанов Николай Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Николаев Евгений Львович, д-р мед. наук проф. (г. Чебоксары, Россия)

Решетников Михаил Михайлович, д-р психол. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

Шамрей Владислав Казимирович, д-р мед. наук проф.
(Санкт-Петербург, Россия)

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 98
2026

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

The Federal State Budgetary Institute
«The Nikiforov Russian Center
of Emergency and Radiation Medicine»,
The Ministry of Russian Federation
for Civil Defence, Emergencies and
Elimination of Consequences
of Natural Disasters (NRCERM,
EMERCOM of Russia)

Journal Registration

Russian Federal Surveillance Service
For Compliance with the Law in Mass
Communications and Cultural Heritage
Protection. Registration certificate
ПН № ФС77-27744 of 30.03.2007.

Impact factor (2020) 0,608

Abstracts of the articles are presented
on the website of the Online Research
Library: <http://www.elibrary.ru>,
and the fulltext electronic version
of the journal – on the official website
of the NRCERM, EMERCOM of Russia:
<http://www.nrcerm.ru>

Computer makeup

S.I. Rozhkova

Proofreading O.V. Chukhacheva

Translation E.O. Klejman

Approved for press 23.06.2026

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 30.06.2026

For correspondence:

11, A, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19,
8-911-923-98-01
e-mail: vestnikpst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Azarenko A.M., Isaeva E.R., Azarenko S.V.

Features of the psychoemotional state and distress level
in combatants at the initial stage of medical rehabilitation. . . . 6

Alekhin A.N., Barazenko K.V., Zun S.A.

Psychological characteristics of identity in patients
with injuries of the external genitalia. 19

Bechkova-Bushueva D.V., Volodin B.Yu., Petrov D.S.

Features of autoaggression in patients with depressive
disorders. 31

Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P.

Results of assessing the image of a doctor in patients
with hypertension. 38

Dubinskaya A.D.

Questionnaire for somatic assessment of stress symptoms
(SOSS): large-scale pilot validation (phase III). 49

Zolotova I.A., Belova E.A.

Dynamics of the emotional state of women following
the birth of children with disorders characteristic
of the neonatal period (excluding embryopathies). 58

Leontev O.V., Vetrova T.V., Iontsev V.I., Lukyanova E.G.

A differentiated approach to medical-psychological
correction of maladaptive states: concept, algorithm,
and empirical justification. 68

Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A., Tsvetkova E.M., Kromova A.S.

The relationship between psychoemotional state and
motivation for rehabilitation in patients after ischemic stroke. . . 81

Usik D.A., Kaminskii V.V.

Psychological rehabilitation as a factor in the recovery
of personal and adaptation resources. 90

Psychotherapeutic consultation

Shishkov V.V., Bezrukova A.V.

Successful use of a modified fading technique for preventing
exam distress in a schoolchild with organic emotionally
lability [asthenic] disorder comorbid with dyscalculia
(case report). 102

Discussion club

Faustova A.G.

Heart rate variability as a transdiagnostic marker
of the subclinical stage of mental disorders associated
with psychological maltreatment. 110

Chetverkina E.D., Gureeva I.L., Silina V.A., Sitkina E.V.

Psychological portrait of a compliant patient
with morbid obesity. 118

Editor-in-Chief

Ravil' K. Nazyrov, Dr. Med. Sci. (St. Petersburg, Russia)

Editorial Board

Stepan G. Grigorev, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladimir I. Evdokimov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vitaliy V. Korovitsin, Assistant Editor-in-Chief (Moscow, Russia)

Oleg V. Leontev, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor (St. Petersburg, Russia)

Valentina A. Milchakova, PhD Psychol. Sci. Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ruta Mizeriene, Dr. Med. Sci. (Palanga, Lithuania)

Editorial Board Chairman

Viktor Yu. Rybnikov, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Members of Editorial Council

Artur A. Aleksandrov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Sergei S. Aleksanin, Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member Russian Academy of Sciences (St. Petersburg, Russia)

Sagat A. Altinbekov, Dr. Med. Sci. Prof. (Almaty, Republic of Kazakhstan)

Zarifzhon Sh. Ashurov, Dr. Med. Sci. Prof. (Tashkent, Republic of Uzbekistan)

Tat'yana G. Bohan, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Tomsk, Russia)

Vera G. Bulygina, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Grigorii I. Grigorev, Dr. Med. Sci., Dr. Divinity Prof. (St. Petersburg, Russia)

Tat'yana A. Karavaeva, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ol'ga V. Kremleva, Dr. Med. Sci. Prof. (Ekaterinburg, Russia)

Viktor V. Makarov, Dr. Med. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Nikolai G. Neznanov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Evgenii L. Nikolaev, Dr. Med. Sci. Prof. (Cheboksary, Russia)

Mikhail M. Reshetnikov, Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladislav K. Shamrey, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие коллеги и друзья!

Представляю вашему вниманию 98-й выпуск научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии» за 2026 год. В этом номере мы публикуем результаты научных исследований в области психотерапии и смежных дисциплин, связанных с охраной психического здоровья, описание клинического случая, а также материалы дискуссионного раздела.

С предыдущего номера статьи основного раздела не делятся на рубрики по научным специальностям. Это решение редакции обусловлено тем, что многие работы наших авторов обладают комплексным и междисциплинарным характером, охватывая не только психотерапию, но и смежные научные направления.

В основном разделе представлены публикации нескольких направлений.

В двух публикациях обсуждаются медико-психологические вопросы участия в СВО – Азаренко А.М., Исаева Е.Р., Азаренко С.В. представили результаты исследования комбатантов на начальном этапе медицинской реабилитации, Алёхин А.А., Баразенко К.В., Зун С.А. изучили психологические особенности пациентов с ранениями наружных половых органов.

Несколько статей посвящено медико-психологическим аспектам различных расстройств: психических – Бечкова-Бушуева Д.В., Володин Б.Ю., Петров Д.С. проанализировали особенности аутоагрессии у пациентов с депрессивными расстройствами; соматических – Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П. изучили результаты оценки образа врача у больных гипертонической болезнью; акушерско-гинекологических – Золотова И.А., Белова Е.А. исследовали динамику эмоционального состояния женщин при рождении детей с заболеваниями неонатального периода; неврологических – Котельникова А.В., Ткаченко Г.А., Цветкова Е.М., Кромовая С.А. описали взаимосвязь психоэмоционального состояния и мотивации к реабилитации у пациентов после ишемического инсульта.

В двух статьях рассказано о новых методиках. Дубинская А.Д. представила этап валидации опросника соматической оценки симптомов стресса (СОСС), Усик Д.А. и Каминский В.В. описали особенности психологической реабилитации.

Коллективом авторов Леонтьевым О.В., Ветровой Т.В., Ионцевым В.И. и Лукьяновой Е.Г. предложена концептуальная статья по дифференциальному подходу в медико-психологической коррекции дезадаптивных состояний. Представленная концепция может претендовать на системный подход в немедицинской модели психотерапии, дополняя клинический подход, ориентированный на такое сложное явление как дезадаптация, медико-психологическая интерпретация которого также нуждается в углублённом научном описании.

В разделе «Психотерапевтический консилиум» опубликовано описание сложного психотерапевтического случая коморбидного пациента. Шишков В.В. и Безрукова А.В. рассказали об успешном применении модифицированной техники фединга для профилактики экзаменационного стресса у школьника с личностным расстройством, коморбидным с выраженной дискалькулией.

В «Дискуссионном клубе» данного выпуска представлены актуальные темы и идеи, которые способствуют развитию науки в области психотерапии и смежных дисциплин. Работы раздела предлагают рассмотреть вариативность сердечного ритма как трансдиагностический маркер субклинической стадии психических расстройств, ассоциированных с психологическим насилием (Фаустова А.Г.), а также психологический портрет комплаентного пациента с морбидным ожирением (Четверкина Е.Д., Гуреева И.Л., Силина В.А., Ситкина Е.В.).

Содержание «Вестника психотерапии» отражает перспективы развития науки в области психотерапии, а также в смежных специальностях, связанных с охраной психического здоровья.

Редакция желает потенциальным авторам творческих успехов и качественных публикаций результатов научных исследований, касающихся как психотерапии, так и других научных специальностей, представленных в нашем журнале: «психиатрия и наркология», «медицинская психология», «психофизиология», «юридическая психология и психология безопасности личности». Материалы нашего издания являются отличной основой для обсуждения и разработки научных вопросов.

Присоединяйтесь к коллективу авторов «Вестника психотерапии», господа!



*Равиль Назыров,
главный редактор, ректор Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского, Президент Ассоциации развития клинической психотерапии (АРКП),
руководитель Школы клинической психотерапии, доктор медицинских наук*

А.М. Азаренко^{1,3}, Е.Р. Исаева², С.В. Азаренко³

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И УРОВЕНЬ ДИСТРЕССА У КОМБАТАНТОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

¹ Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 12 А);

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

³ Сертоловская городская больница

(Россия, Ленинградская обл., г. Сертолово, ул. Пограничная, д. 8, кор. 1)

Актуальность. Исследование посвящено комплексному анализу психоэмоционального состояния и выраженности психологического дистресса у комбатантов – участников специальной военной операции, находившихся после ранения на начальном этапе медицинской реабилитации.

Целью работы являлась психологическая оценка распространённости и выраженности симптомов депрессии, тревоги и другой психопатологической симптоматики у комбатантов в раннем восстановительном периоде медицинской реабилитации, а также выявление социально-демографических и клинических факторов, ассоциированных с наиболее высоким уровнем психологического дистресса.

Материал и методы. В исследовании применялся комплекс психодиагностических методик, включающий клинико-психологическое интервью, анализ аффективных расстройств (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала депрессии Бека), анализ психопатологической симптоматики (SCL-90). Выборка составила 30 мужчин в возрасте 33–59 лет (средний возраст 43 ± 6 лет).

Результаты и их анализ. Полученные результаты показали, что пациенты с тяжёлыми ранениями демонстрируют на начальном этапе медицинской реабилитации достоверно более высокий уровень депрессивной симптоматики по сравнению с пациентами с лёгкими ранениями, имеют высокие риски развития психических расстройств, требующих клинического вмешательства. Также установлено, что рядовой состав оказывается более уязвимым к возникновению депрессии; мобилизованные демонстрировали более высокий уровень психологического дистресса по всем показателям методики SCL-90; командование имеет самые высокие показатели соматизации и паранойальности (SCL-90), что указывает на тенденцию к большему уровню дистресса, связанного с высокой ответственностью.

Заключение. Анализ данных позволяет считать объективные параметры (тяжесть ранения, род войск) надёжными индикаторами, позволяющими оценить риск психической дезадаптации уже в начальной фазе реабилитации. Результаты исследования имеют важное практи-

✉ Азаренко Алла Михайловна – аспирант, Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Акад. Павлова, д. 12 А), e-mail: alla-spring@mail.ru;

Исаева Елена Рудольфовна – д-р психол. наук проф., зав. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: clinical-psy@mail.ru;

Азаренко Сергей Владимирович – гл. врач, Сертоловская гор. б-ца (Россия, 188650, Ленинградская обл., г. Сертолово, ул. Пограничная, д. 8, кор. 1), e-mail: azsergey@yandex.ru.

ческое значение для разработки дифференцированных программ медико-психологической реабилитации участников боевых действий с учётом выявленных психологических особенностей.

Ключевые слова: ПТСР, психопатологические симптомы, дистресс, боевая травма, военнослужащие.

Введение

По мнению многих исследователей [2, 8, 10, 12, 17, 19], переживание боевой психической травмы представляет собой комплексный феномен, обусловленный не только интенсивностью и продолжительностью экстремального стрессового воздействия, но и индивидуальным уровнем стрессоустойчивости, во многом определяемым личностными ресурсами человека. Снедков Е.В. отмечает, что для участников специальной военной операции, жизнь которых была насыщена высокотравматичными событиями, существует высокая вероятность трансформации пережитого боевого стресса в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) при отсутствии своевременной и адекватной психологической помощи [8]. Аналогичные наблюдения представлены в исследованиях Караяни А.Г. [4, 5], посвящённых военным конфликтам в Афганистане и в Чечне, а также в исследованиях Ногге С.В., посвящённых последствиям военных действий в Ираке и Афганистане [4, 5, 14]. Ногге С.В. отмечал, что распространённость ПТСР напрямую коррелировала с количеством боевых столкновений (19,3 % при более чем пяти специальных операциях, 4,5 % при отсутствии специальных операций), а ранение или травма увеличивали риск ПТСР и эмоциональных расстройств в 3,27 раза [14]. В исследованиях зарубежных учёных [16, 17] отмечается, что течение ПТСР характеризуется не только навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события, но и развитием сопутствующей коморбидной симптоматики, существенно отягощающей клиническую картину [16, 17]. Наиболее частыми диагнозами у комбатантов, по результатам исследования института Северной Каролины, посвящённого последствиям военных операций в Ираке и Афганистане, стали ПТСР (55 %), депрессивные расстройства (45 %), тревожные расстройства (43 %) [17].

Необходимо своевременно выявлять нарушения эмоционального состояния у лиц, вернувшихся из зоны боевых действий и переживших боевой стресс. Как отмечает Morin R., выраженность эмоциональных нарушений и слабость личностных ресурсов могут обуславливать в дальнейшем трудности реинтеграции и ресоциализации в мирной жизни, развитие психической дезадаптации комбатанта [16]. Актуальной задачей современной клинической психологии и психологии кризисных и экстремальных ситуаций является разработка эффективных программ психологической профилактики, т.е. предупреждения развития посттравматического стрессового расстройства у лиц, вернувшихся из зоны боевых действий. Важной задачей также является разработка программ психокоррекции эмоциональных и поведенческих нарушений, повышения адаптационных ресурсов с целью возвращения к жизни в мирных условиях. Как отмечается в исследовании Jerg-Bretzke L., эмоциональная регуляция и правильные поведенческие установки являются ключевым фактором психической устойчивости в условиях боевого стресса. Также показано, что у лиц со сниженной способностью к эмоциональной регуляции чаще выявлялось ПТСР после участия в военных операциях [15].

Для определения маршрута и мишеней медико-психологической реабилитации актуальными являются исследования эмоционального состояния комбатантов, а также определение групп риска психической дезадаптации. Некоторые авторы [4, 12] отмечают, что в военных операциях наблюдаются предпосылки влияния военно-профессиональных факторов (профессии на ЛБД, вида войск) на формирование психопатологических синдромов [5, 11, 12]. По мнению Шамрея В.К. [11], «помимо общих биопсихосоциальных факторов, способствующих развитию психических заболеваний,

у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, существенное значение приобретали и другие, прежде всего военно-профессиональные факторы, характер влияния которых требует более углублённого исследования, исходя из специфики военно-профессиональной деятельности различных категорий военнослужащих» [16]. На основании этого в нашем исследовании были выделены параметры: «профессия на ЛБД», «профессия в довоенное время», «вид службы».

Многие авторы, которые анализируют последствия военных операций, говорят о необходимости исследования влияния тяжести ранения и вида травмы на дальнейшее психологическое состояние комбатантов, а также на возникновение негативных последствий для психики. Исследование Grieger T.A. et al. комбатантов, участвовавших в операциях в Ираке и Афганистане, чётко показывает, что «невидимая» психическая травма (ПТСР, депрессия) тесно связана с «видимыми», но субъективно переживаемыми физическими страданиями, а также тяжестью ранений [13]. Работа отечественного учёного Васильевой Л.С. с соавт. посвящена анализу клинической картины и психологических последствий у участников СВО, получивших ранения (включая минно-взрывные) и контузии. Основные проблемы, отражённые в исследовании, – это тревожно-депрессивная симптоматика в рамках расстройств адаптации и сопутствующие лёгкие когнитивные нарушения после участия в военной операции, а также вероятность формирования когнитивных нарушений в отдалённом периоде [1]. На основании этого в нашем исследовании комбатанты были сгруппированы в зависимости от вида ранения для определения влияния этого фактора на психоэмоциональный статус.

Степень разработанности проблемы.

Проблема психологической реабилитации комбатантов, вернувшихся из зон боевых действий, активно изучается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Подчёркивается системный характер нарушений, возникающих у военнослужащих, и необходимость комплексного подхода

к реабилитации [3, 5, 9, 10]. Зарубежные авторы, в частности R. Morin, указывают на парадоксальный факт: реинтеграция в мирную жизнь зачастую может являться для комбатанта более травмирующим и сложным, чем непосредственное пребывание в «горячей точке» [16]. В исследовании Vailant G.E. подчёркивается, что опыт боевых действий оказывает глубокое влияние на адаптационный потенциал личности и систему психологических защит, что необходимо учитывать при планировании реабилитационных мероприятий [4]. Отечественные исследования [6] демонстрируют тесную взаимосвязь характера совладающего поведения и выраженности травматического стресса у военнослужащих [6]. Вместе с тем, в современной литературе пока наблюдается недостаток исследований, направленных на комплексную психологическую оценку эмоционального и личностного профиля комбатантов в раннем восстановительном периоде медицинской реабилитации, на основе которой происходит оценка риска дезадаптации и формируется дальнейшая маршрутизация для оказания помощи. Смирнов Д.В., Наумов П.Ю. в своём исследовании отмечают, что в условиях современных военно-политических событий и повышенных нагрузок на военнослужащих и сотрудников силовых ведомств, медико-психологическая реабилитация (МПР) становится критически важным элементом для восстановления их физического и психического здоровья, а также боеспособности [7]. Своевременное выявление нарушений эмоционального состояния и слабости личностных ресурсов у лиц, вернувшихся с мест боевых действий, является ключевым фактором профилактики последующих трудностей реинтеграции, ресоциализации и развития стойкой психической дезадаптации [3, 10–12, 16].

Целью настоящего исследования являлась психологическая оценка распространённости и выраженности симптомов депрессии, тревоги и другой психопатологической симптоматики у комбатантов в раннем восстановительном периоде медицинской реабилитации, а также выявление социально-

демографических и клинических факторов, ассоциированных с наиболее высоким уровнем психологического дистресса.

Материал и методы

Исследование проводилось в условиях круглосуточного стационара отделения медицинской реабилитации. Выборку составили участники боевых действий. От каждого респондента было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения в выборку: возраст от 20 до 60 лет, участие в боевых действиях, добровольность участия в исследовании, возможность самостоятельно заполнять диагностические тесты.

Критериями исключения послужили: наличие тяжёлых ранений, препятствующих самостоятельному заполнению диагностических тестов, острое психотическое состояние, нарушение сознания.

Клинико-психологические методы исследования:

1. HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии).
2. Шкала депрессии Бека.
3. Симптоматический опросник SCL-90 (Derogatis et al., 1974).

Статистические методы: при организации исследования были использованы методы описательной статистики, а также корреляционный анализ с использованием коэффициентов Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни для выявления зависимостей между переменными.

Результаты и их анализ

Выборка состояла из 30 человек в возрасте от 33 до 59 лет, все участники исследования являлись мужчинами, средний возраст 43 ± 6 лет. Из них: 15 участников исследования были добровольцами (50 %), 7 человек подписали контракт с Министерством обороны РФ (23 %) и 8 человек были мобилизованы (27 %). 11 участников исследования имели звание «рядовой» (37 %), 4 участника –

звание «младший сержант» (13 %), 3 участника – звание «лейтенант» (10 %), по 2 человека имели звания «ефрейтор» и «старшина» (по 7 %), по одному человеку имели звание «матрос», «капитан», «майор», «прапорщик» и «старший прапорщик» (по 3 %), 2 человека не указали звание (7 %).

При поступлении в стационар для прохождения реабилитации 17 человек отмечали у себя бессонницу и боли (57 %), 12 человек – звон в ушах (40 %), 8 человек отмечали головокружение и слабость (27 %), 7 человек страдали от нарушения сердечного ритма и дрожи в конечностях (23 %), 6 человек заметили у себя появление ночных кошмаров (20 %), 3 человека отметили ком в горле (10 %) и 2 человека страдали от периодической тошноты (7 %).

Респондентам задавались вопросы о профессии и виде деятельности, как в *гражданской жизни* (до участия в боевых действиях), так и *на военной службе* (непосредственно на линии боевых действий). Профессии на линии боевых действий респондентов были сгруппированы в категории для упрощения анализа: рядовой боевой состав, командование, технический персонал. Гражданские профессии респондентов также были сгруппированы в категории для упрощения анализа: технические специальности, рабочие, управленческие, прочие.

Вид ранения опрошенных в 100 % случаев был минно-осколочного типа. Ранения были разделены по степени тяжести: не влияющие на двигательную активность считались умеренными (лёгкие, средней тяжести) ранениями; влияющие на двигательную активность считались тяжёлыми. Умеренные ранения зафиксированы у 60 % (18 человек); тяжёлые ранения получили 40 % (12 человек) комбатантов.

По срокам несения службы распределение бойцов в исследуемой выборке характеризовалось следующими показателями:

- 1) большинство военнослужащих (53 %, 16 человек) находились на службе непродолжительный срок – до 6 месяцев. Эта группа составляла более половины всего контингента;

2) бойцы со сроком службы от 6 до 12 месяцев представлены наименьшей группой (10 %, 3 человека);

3) значительная доля военнослужащих (37 %, 11 человек) имели опыт службы более одного года.

Было проанализировано психоэмоциональное состояние участников в зависимости от военной должности, которую каждый из них занимал на линии боевых действий. Сравнивались три группы: рядовой боевой состав, командование, технический персонал (табл. 1).

Статистически значимых различий в уровне тревоги и депрессии (по шкалам HADS и Бека) между разными профессиональными группами военнослужащих не обнаружено

($p > 0,05$), вместе с тем была выявлена тенденция: группа рядового боевого состава по сравнению с командованием демонстрировала стабильно более высокие показатели по всем шкалам теста Бека. Наиболее заметна разница в когнитивно-аффективной сфере (мысли, чувства, вина), которая является ядром депрессии. Это может говорить о более высоком уровне психоэмоционального стресса у рядовых. Исходя из полученных данных, можно предполагать, что рядовой состав может быть более уязвим к развитию депрессивной симптоматики, особенно в её эмоционально-когнитивном компоненте. Целесообразно провести повторное исследование на большей выборке, где эта тенденция может подтвердиться и стать статистически значимой.

Таблица 1

Психоэмоциональное состояние комбатантов с разными должностями на ЛБД

Группа	n	Показатель	Медиана	IQR (Q1-Q3)
Рядовой боевой состав	15	Общий балл (Бек)	9,0	6,0–15,0
		Когнитивно-аффективный	5,0	4,0–9,0
		Соматические проявления	3,0	2,0–7,0
		Тревога (HADS)	4,0	2,0–7,5
		Депрессия (HADS)	5,0	2,5–8,0
Командование	10	Общий балл (Бек)	6,5	3,8–11,0
		Когнитивно-аффективный	3,5	1,0–5,8
		Соматические проявления	3,5	1,8–5,8
		Тревога (HADS)	4,0	2,8–7,3
		Депрессия (HADS)	4,5	2,0–7,3
Технический персонал	4	Общий балл (Бек)	8,0	7,5–21,5
		Когнитивно-аффективный	4,5	2,3–17,0
		Соматические проявления	4,5	3,8–6,3
		Тревога (HADS)	4,0	3,0–10,5
		Депрессия (HADS)	6,0	4,5–9,8

Таблица 2

Психоэмоциональное состояние комбатантов с разной тяжестью ранения

Шкала	Группа	Медиана	IQR (Q1-Q3)	Минимум	Максимум
Тест Бека	Нетяжёлые	6	3–8	0	9
	Тяжёлые	18	11–24	11	39
Тревога (HADS)	Нетяжёлые	3	2–7	1	9
	Тяжёлые	8	4–9	3	16
Депрессия (HADS)	Нетяжёлые	3	0–6	0	9
	Тяжёлые	8	6–10	2	16

Для изучения роли тяжести ранения в развитии эмоциональных нарушений был проведён сравнительный анализ данных между группами пациентов с *нетяжёлыми* и *тяжёлыми* ранениями (табл. 2).

Для визуализации распределения показателей эмоциональных нарушений в группах пациентов с тяжёлыми и нетяжёлыми ранениями были построены диаграммы типа «ящик с усами» (inbox) (рис. 1, 2, 3).

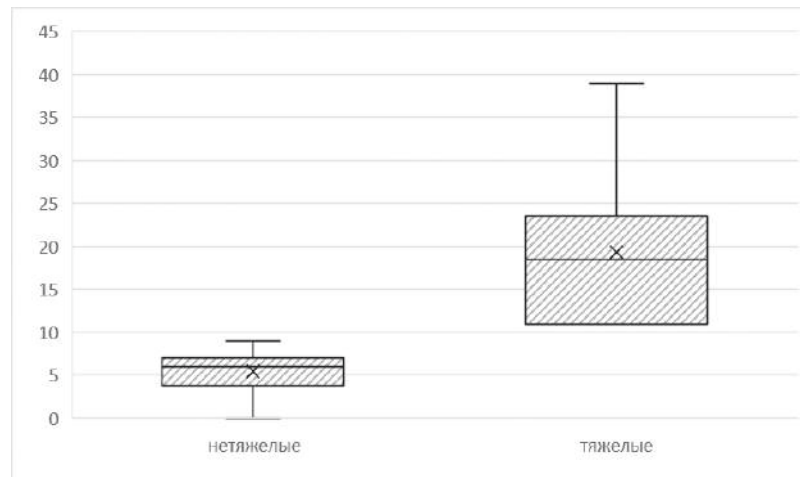


Рис. 1. Сравнение уровня депрессии (тест Бека) между группами раненых

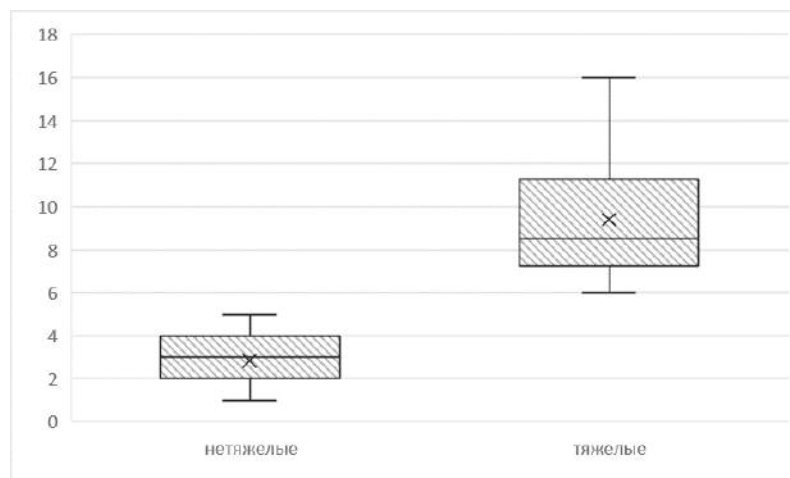


Рис. 2. Сравнение уровня тревоги (HADS) между группами раненых

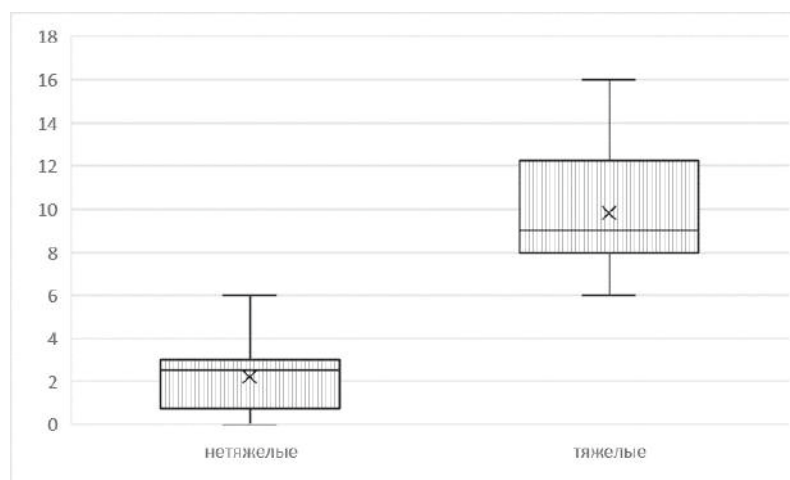


Рис. 3. Сравнение уровня депрессии (HADS) между группами раненых

Анализ графиков показал, что группа пациентов с тяжёлыми ранениями характеризовалась более высокими медианными значениями по всем исследуемым шкалам: общему баллу теста Бека ($Me = 18$, $IQR = 11-24$ в группе тяжёлых ранений против $Me = 6$, $IQR = 3-8$ в группе нетяжёлых ранений), уровню тревоги (HADS) и депрессии (HADS). Также было отмечен большой разброс показателей в группе с тяжёлой травмой, что свидетельствует о гетерогенности психологического состояния в данной выборке. Были выявлены статистически значимые различия (критерий Краскела-Уоллиса) между группами пациентов с тяжёлыми и нетяжёлыми ранениями (табл. 3).

Полученные данные свидетельствуют о том, что:

- пациенты с тяжёлыми ранениями демонстрируют достоверно более высокий уровень депрессивной симптоматики ($p = 0,001$);
- различия в показателях тревожности также статистически значимы ($p = 0,003$);
- наибольший размер эффекта наблюдается для шкалы «депрессия» теста Бека ($\epsilon^2 = 0,34$).

Таким образом, тяжесть ранения значительно ассоциирована с выраженностью эмоциональных нарушений. Полученные данные согласуются с работой Васильевой Л.С., Сливницыной Н.В. [1], где было выявлено, что у участников специальных военных операций с тяжёлыми (сочетанными) травмами формируется комплекс психоневрологических расстройств, требующий ранней диагностики и реабилитации.

Респонденты были разделены на три подгруппы в зависимости от вида призыва на военную службу: контрактники (11 чел.), мобилизованные (7 чел.), добровольцы (12 чел.). Для проверки гипотезы о наличии статистически значимых различий в уровнях депрессии и тревоги между этими группами были рассчитаны медианные значения и применён критерий Краскела-Уоллиса (табл. 4).

Статистически значимых различий в уровне депрессии, тревоги между контрактниками, мобилизованными и добровольцами не обнаружено, однако наблюдалась явная тенденция к ухудшению психического состояния у мобилизованных (рис. 4), т.е. мобилизованные военнослужащие могут состав-

Таблица 3

Сравнение психоэмоционального состояния у пациентов с разной тяжестью ранений

Шкала	N-значение	p-value	Размер эффекта (ϵI)	Интерпретация
Депрессия (тест Бека)	10,24	0,001	0,34	Сильный эффект
Тревога (HADS)	8,71	0,003	0,29	Средний эффект
Депрессия (HADS)	9,56	0,002	0,31	Средний эффект

Таблица 4

Сравнение уровней депрессии и тревожности у военнослужащих разных категорий

Группа	Показатель	Медиана	IQR (25 % – 75 %)
Контрактники (n = 11)	Тест Бека	6,0	3,5–7,5
	Тревога (HADS)	4,0	2,5–6,5
	Депрессия (HADS)	3,0	1,0–6,0
Мобилизованные (n = 7)	Тест Бека	19,0	12,0–31,5
	Тревога (HADS)	8,0	4,5–13,0
	Депрессия (HADS)	9,0	8,5–11,5
Добровольцы (n = 12)	Тест Бека	8,0	6,0–11,0
	Тревога (HADS)	3,5	2,0–7,0
	Депрессия (HADS)	3,0	2,0–6,5

лять группу повышенного риска развития эмоциональных нарушений. Отсутствие статистической значимости в текущем исследовании, вероятно, связано с ограниченным размером выборки, особенно в группе мобилизованных, что снижает статистическую мощность критерия.

Для выявления значимости *профессионального вида деятельности* (гражданских профессий) участников боевых действий в развитии дистресса и выраженности психопатологической симптоматики на этапе реабилитации был проведен сравнительный анализ данных по методике SCL-90. Ни по одной из шкал не обнаружено статистически значимых различий между группами с разными гражданскими профессиями. Следовательно, *профессиональная деятельность человека до военной операции* не является

значимым фактором, определяющим уровень психопатологической симптоматики в данной выборке.

Не выявлено достоверных различий в выраженности психопатологической симптоматики между группами с *разными должностями на линии боевых действий* (командование, рядовой состав, технический персонал). Однако анализ медиан позволил выявить различия на уровне тенденции в выраженности симптоматики по отдельным шкалам между разными группами ветеранов (рис. 5). Участники боевых действий, находившиеся на командных должностях (группа «командование») имели самые высокие показатели по шкалам «соматизация» и «паранойальность». Это может указывать на тенденцию к большему уровню стресса, связанного с ответственностью, и, возможно, большей по-

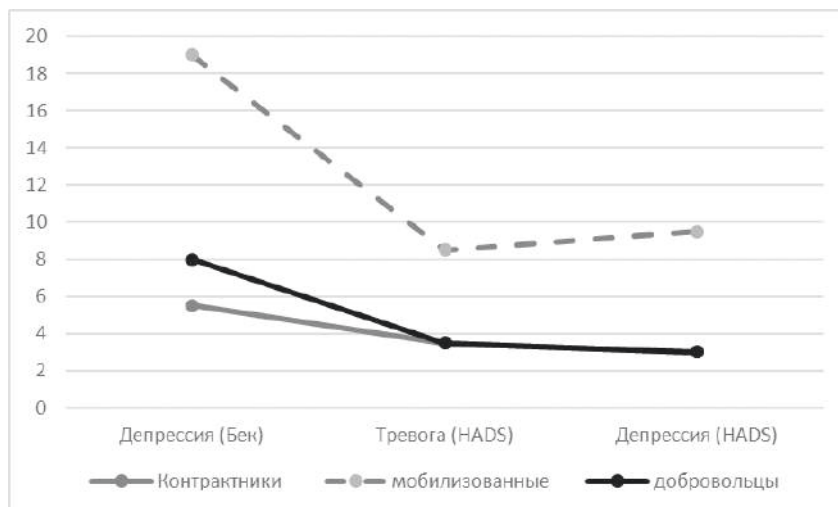


Рис. 4. Медианные значения уровней депрессии и тревожности между военнослужащими разных категорий

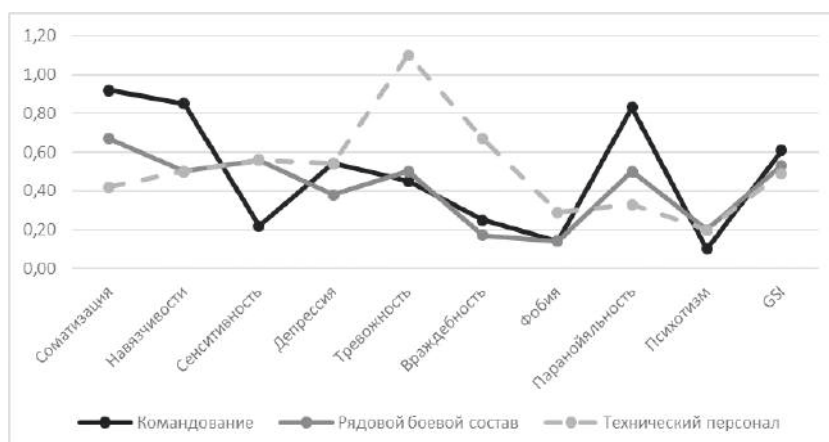


Рис. 5. Медианные значения выраженности симптоматики по отдельным шкалам SCL-90

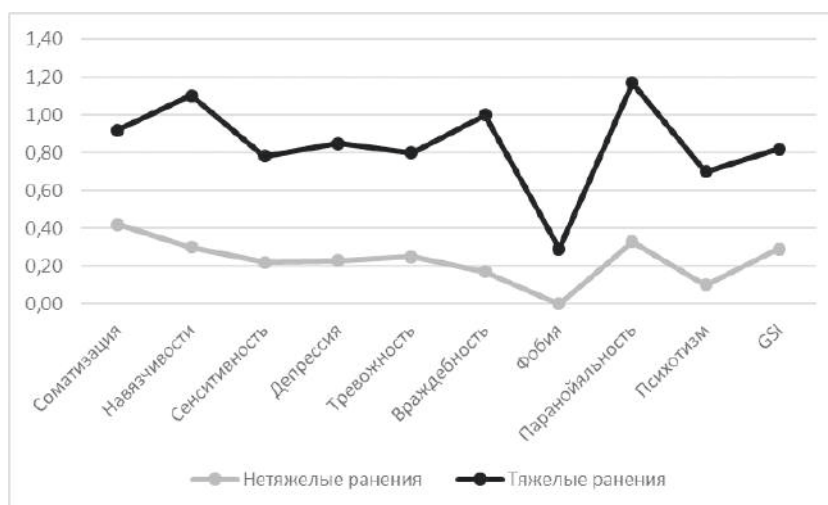


Рис. 6. Медианные значения психопатологической симптоматики в зависимости от типа ранения

дозрительности у руководителей. Рядовой боевой состав демонстрировал самые низкие значения по шкалам «враждебность» и «фобии», но высокие по шкале «соматизация». Технический персонал показывал самые низкие значения по шкалам «соматизация» и «паранойяльность», но самые высокие по шкалам «тревожность» и «враждебность». Для подтверждения этих тенденций необходимы исследования на более сбалансированной, большей по численности выборке.

Сравнительный анализ выявил различия в выраженности психопатологической симптоматики и общего уровня дистресса между военнослужащими с тяжёлыми и не-

тяжёлыми ранениями. Для проверки значимости различий был использован критерий Манна-Уитни (табл. 5).

Как видно на рисунке 6 и из таблицы 5, обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами по шкалам: соматизация ($p = 0,015$), навязчивости ($p = 0,003$), сенситивность ($p = 0,014$), депрессия ($p = 0,017$), тревожность ($p = 0,005$), общий индекс тяжести (GSI) ($p = 0,003$). Различия по шкале паранойяльность находились на уровне тенденции ($p = 0,051$). По общему индексу тяжести симптоматики (GSI) показатель в группе с тяжёлыми ранениями (0,82) более чем в 2,5 раза превышает показатель

Таблица 5

Выраженность психопатологической симптоматики в зависимости от типа ранения

Шкала	Медиана (нетяжёлые ранения)	Медиана (тяжёлые ранения)	U-статистика	p-value	Стат. значимость ($6 < 0,05$)
Соматизация	0,42	0,92	58,0	0,015	Да
Навязчивости	0,30	1,10	47,0	0,003	Да
Сенситивность	0,22	0,78	57,0	0,014	Да
Депрессия	0,23	0,85	59,0	0,017	Да
Тревожность	0,25	0,80	49,0	0,005	Да
Враждебность	0,17	1,00	75,0	0,115	Нет
Фобия	0,00	0,29	70,0	0,067	Нет
Паранойяльность	0,33	1,17	68,0	0,051	На уровне тенденции
Психотизм	0,10	0,70	72,0	0,086	Нет
GSI	0,29	0,82	46,0	0,003	Да

группы с нетяжёлыми ранениями (0,29), различия являются статистически значимыми ($p=0,003$). Это указывает на более высокий уровень психологического дистресса у лиц, получивших тяжёлые ранения. Данные полученных медианных значений согласуются с исследованием Grieger T.A. et al. (2006), в котором тяжёлые ранения с осложнениями в раннем восстановительном периоде являются мощным предиктором тревоги, депрессии и развития ПТСР [13].

Заключение

Проведённое исследование позволяет сделать ряд ключевых выводов о психоэмоциональном состоянии комбатантов в раннем восстановительном периоде на втором этапе медицинской реабилитации.

1. Тяжесть ранения как ключевой предиктор дистресса. Установлено, что тяжесть полученного ранения является наиболее значимым фактором, ассоциированным с уровнем дистресса и выраженностью психопатологической симптоматики. Пациенты с тяжёлыми ранениями демонстрируют достоверно более высокие показатели депрессии, тревоги, соматизации, навязчивых мыслей и действий, межличностной сенситивности. Это указывает на необходимость включения обязательного глубокого психодиагностического скрининга именно для данной категории комбатантов.

2. Заслуживают внимания обнаруженные тенденции, связанные с видом службы и военной должностью: мобилизованные военнослужащие демонстрируют стабильно более высокие показатели депрессии и тревоги по сравнению с контрактниками и добровольцами, что указывает на их повышенную психологическую уязвимость; рядовой боевой состав показывает тенденцию к более высокому уровню депрессивной симптоматики, особенно в когнитивно-аффективной сфере (шкала Бека), по сравнению с командным составом.

Практические рекомендации, вытекающие из полученных результатов: получен-

ные данные убедительно демонстрируют, что объективные параметры (тяжесть ранения, вид военной службы) являются надёжными маркерами для первичной оценки риска психической дезадаптации в раннем восстановительном периоде реабилитации.

Целесообразно разработать дифференцированные программы психолого-психотерапевтической помощи: для групп высокого риска психической дезадаптации (тяжелораненые, мобилизованные) предусмотреть индивидуальные психотерапевтические и психокоррекционные занятия, а для групп с умеренной психопатологической симптоматикой – групповые психопрофилактические занятия.

Перспективы дальнейшего исследования.

Проведённое исследование выявило ряд значимых тенденций, перспектив и ограничений, которые определяют направления для дальнейших научных исследований в области психологии травмы и медико-психологической реабилитации комбатантов:

1. В связи с ограниченным объёмом выборки ($n = 30$) и малой численностью подгрупп (мобилизованные, технический персонал) для верификации выявленных тенденций необходимы исследования в выборке с большим числом участников, что позволит достичь статистической значимости результатов и повысить их обобщаемость.

2. Необходимо более детальное исследование специфики психологического дистресса у различных категорий военнослужащих.

3. Исследование роли психологических адаптационных ресурсов и социальных факторов в развитии ПТСР после возвращения участников из зоны боевых действий. Перспективным направлением является изучение протективных факторов, смягчающих развитие ПТСР.

Реализация указанных направлений будет способствовать совершенствованию системы медико-психологической помощи участникам боевых действий, основанной на принципах персонификации, превентивности и своевременности.

Литература

1. Васильева Л.С., Сливницына Н.В., Шевченко О.И. [и др.]. Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий // *Политравма*. 2024. № 2. С. 55–61. DOI: 10.24412/1819-1495-2024-2-57-63.
2. Доровских И.В., Заковряшин А.С., Заковряшина С.Е. [и др.]. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006. Т. 8, № 1. С. 51–54.
3. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава в локальных военных конфликтах : дисс. ... д-ра психол. наук. М., 1998. 355 с.
4. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. СПб.: Питер, 2006. 480 с.
5. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадaptация участников боевых действий // *Психология. Психофизиология*. 2014. Т. 7, № 4. С. 59–66.
6. Правдина Л.Р., Ульянова Н.Ю. Совладающее поведение и травматический стресс у военнослужащих // *Психология и психотехника*. 2017. № 2. С. 59–73.
7. Смирнов Д.В., Наумов П.Ю., Землин А.И. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих (сотрудников): современные организационные тренды и регуляторные аспекты // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2025, Т. 17, № 1. С. 437–460. DOI: 10.12731/2658-6649-2025-17-1-1361.
8. Снедков Е.В. Отдалённые последствия боевой психической травмы / Всерос. науч.-практ. конф. «Психическое здоровье военнослужащих и специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности». СПб., 2022. С. 15–18.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
10. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2009. 391 с.
11. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Баразенко К.В. [и др.]. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2023. № 1. С. 68–77.
12. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) // *Вестник психотерапии*. 2025. № 90. С. 28–36.
13. Grieger T.A., Cozza S.J., Ursano R.J. [et al.]. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers // *American journal of psychiatry*. 2006. Vol. 163, N 10. Pp. 1777–1783. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.10.1777.
14. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care // *New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351, N 1. Pp. 13–22. DOI: 10.1056/NEJMoa040603.
15. Jerg-Bretzke L., Walter S., Limbrecht-Ecklundt K. [et al.]. Emotional ambivalence and post-traumatic stress disorder (PTSD) in soldiers during military operations // *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2013. Vol. 10. Pp. 1–7. DOI: 10.3205/psm000093.
16. Morin R. The Difficult transition from military to civilian life. 2011. Pew Research Center. URL: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2011/12/08/the-difficult-transition-from-military-to-civilian-life/> (дата обращения: 24.12.2025).
17. Pickett T., Rothman D., Crawford E.F. Mental health among military personnel and veterans // *North Carolina medical journal*. 2015. Vol. 76, N 5. Pp. 299–306. DOI: 10.18043/ncm.76.5.299.
18. Vaillant G.E. *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown, 1977. 396 p.
19. Yehuda R., Hoge C.W., McFarlane A.C. Post-traumatic stress disorder // *Nature Reviews Disease Primers*. 2015. e15057. DOI: 10.1038/nrdp.2015.57.

Получена 21.01.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: А.М. Азаренко – сбор первичных данных, статистический анализ полученных результатов, подготовка иллюстраций, написание первого варианта статьи; Е.Р. Исаева – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи; С.В. Азаренко – обобщение результатов, перевод реферата, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Азаренко А.М., Исаева Е.Р., Азаренко С.В. Особенности психоэмоционального состояния и уровень дистресса у комбатантов на начальном этапе медицинской реабилитации // *Вестник психотерапии*. 2026. № 98. С. 6–18. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-06-18.

A.M. Azarenko^{1,3}, E.R. Isaeva², S.V. Azarenko³

Features of the Psychoemotional State and Distress Level in Combatants at the Initial Stage of Medical Rehabilitation

¹ N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences
(12 A, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, Russia);

² Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg
(6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia);

³ Sertolovo City Hospital (8, build. 1, Pogranichnaya Str., Sertolovo, Leningrad Region, Russia)

✉ Alla Mikhailovna Azarenko – PhD Student, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences (12 A, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: alla-spring@mail.ru;

Elena Rudolfovna Isaeva – Dr. Psychol. Sci. Prof., Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: clinical-psy@mail.ru;

Sergej Vladimirovich Azarenko – chief physician, Sertolovo City Hospital (8, build. 1, Pogranichnaya Str., Sertolovo, Leningrad Region, 188650, Russia)

Abstract

Introduction. This study is devoted to a comprehensive analysis of the emotional state and severity of psychological distress in combatants participating in a special military operation who suffered psychological trauma during combat operations and were in the initial stage of medical rehabilitation after injury.

Objective. To examine the emotional state of this patient population to develop effective medical and psychological rehabilitation programs.

Methodology. The study utilized a combination of psychodiagnostic methods, including a clinical psychological interview, an analysis of affective disorders (the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Beck Depression Inventory (BDI)), and an analysis of psychopathological symptoms (SCL-90). The sample consisted of 30 men aged 33–59 years (mean age 43 ± 6 years).

Results and analysis. The findings demonstrated that patients with severe injuries exhibited significantly higher levels of depressive symptoms at the initial stage of medical rehabilitation compared with patients with mild injuries and were at high risk of developing mental disorders requiring clinical intervention. It was also found that enlisted personnel were more vulnerable to the development of depression; mobilized servicemen demonstrated higher levels of psychological distress across all SCL-90 indicators; and commanding officers showed the highest levels of somatization and paranoid ideation (SCL-90), indicating a tendency toward elevated distress associated with increased responsibility.

Conclusion. The analysis suggests that objective parameters, such as injury severity and branch of service, may serve as reliable indicators for assessing the risk of psychological maladjustment already at the initial stage of rehabilitation. The findings have important practical implications for the development of differentiated medical and psychological rehabilitation programs for combatants, taking into account the identified psychological characteristics.

Keywords: PTSD, psychopathological symptoms, distress, combat trauma, military personnel.

References

1. Vasil'eva L.S., Slivnicyna N.V., Shevchenko O.I. [et al.]. Kliniko-psihologicheskie osobennosti sochetannoj travmy uchastnikov voennyh dejstvij [Clinical and psychological features of combined trauma in participants of military actions]. *Politravma* [Polytrauma]. 2024; (2): 55–61. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-psihologicheskie-osobennosti-sochetannoy-travmy-uchastnikov-voennyh-dejstviy> (In Russ.)
2. Dorovskih I.V., Zakovriashin A.S., Zakovriashina C.E. [et al.]. Boevaja psihicheskaja travma: ot rasstrojstva adaptacii k posttravmaticheskomu stressovomu rasstrojstvu [Combat mental trauma: from adaptation disorder to post-traumatic stress disorder]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. 2006; 8(1): 51–54. (In Russ.)

3. Karajani A.G. Psihologicheskoe obespechenie boevykh dejstvij lichnogo sostava v lokal'nykh voennykh konfliktakh [Psychological support personnel fighting units of the land forces in local military] : Diss. ... Dr. Psychol. Sci. Moscow, 1998. 355 p. (In Russ.)
4. Karajani A.G., Syromjatnikov I.V. Prikladnaja voennaja psihologija [Applied Military Psychology]. Sankt-Petersburg, 2006. 480 p. (In Russ.)
5. Karajani A.G., Karajani Ju.M. Psihologicheskie posledstviya vojny i social'no-psihologicheskaja readaptacija uchastnikov boevykh dejstvij [Psychological consequences of war and socio-psychological readaptation of combatants]. *Psihologija. Psihofiziologija* [Psychology. Psychophysiology]. 2014; 7(4): 59–66. (In Russ.)
6. Pravdina L.R., Ul'janova N.Ju. Sovladajushhee povedenie i travmaticheskij stress u voennosluzhashhih [Coping behavior and post-traumatic stress in military personnel]. *Psihologija i psihotekhnika* [Psychology and psychotechnics]. 2018; 39(4): 45–56. (In Russ.)
7. Smirnov D.V., Naumov P.Ju., Zemlin A.I. Mediko-psihologicheskaja rehabilitacija voennosluzhashhih (sotrudnikov): sovremennye organizacionnye trendy i reguljacionnye aspekty [Medical and psychological rehabilitation of military servicemen (employees): modern organizational trends and regulatory aspects]. [Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture]. 2025; 17(1): 437–460. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2025-17-1-1361>. (In Russ.)
8. Snedkov E.V. Otdaljonnye posledstviya boevoj psihicheskoy travmy [Long-term consequences of combat mental trauma]. Psihicheskoe zdorov'e voennosluzhashhih i specialistov jekstremal'nykh vidov professional'noj dejatel'nosti [Russian scientific and practical conference "Mental health of military personnel and specialists in extreme professional activities"]. 2022: 15–18. (In Russ.)
9. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Petersburg, 2001. 272 p. (In Russ.)
10. Tarabrina N.V. Psihologija posttravmaticheskogo stressa: teorija i praktika [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moscow, 2009. (In Russ.)
11. Shamrej V.K., Lytkin V.M., Barazenko K.V. [et al.]. O dinamike razvitija problemy posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva [On the dynamics of development of the problem of post-traumatic stress disorder]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnykh situacijah* [Medical-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2023; (1): 68–77. (In Russ.)
12. Shamrej V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih Minoborony Rossii, prohodjashhih sluzhbu po kontraktu (2009–2021 gg.) [Indicators of mental disorders among military personnel of the Russian ministry of defense serving under contract (2009–2021)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (90): 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36. (In Russ.)
13. Grieger T.A., Cozza S.J., Ursano R.J. [et al.]. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American journal of psychiatry*. 2006; 163(10): 1777–1783.
14. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C. [et al.]. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351(1): 13–22.
15. Jerg-Bretzke L., Walter S., Limbrecht-Ecklundt K. [et al.]. Emotional ambivalence and post-traumatic stress disorder (PTSD) in soldiers during military operations. *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2013; 10: 1–7.
16. Morin R. The difficult transition from military to civilian life. 2011. Pew Research Center. URL: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2011/12/08/the-difficult-transition-from-military-to-civilian-life/>
17. Pickett T., Rothman D., Crawford E.F. Mental health among military personnel and veterans. *North Carolina medical journal*. 2015; 76(5): 299–306.
18. Vaillant G.E. *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown, 1977. 396 p.
19. Yehuda R., Hoge C.W., McFarlane A.C. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015. e15057. DOI: 10.1038/nrdp.2015.57

Received 21.01.2026

For citing: Azarenko A.M., Isaeva E.R., Azarenko S.V. Osobennosti psikhoehmotsional'nogo sostoyaniya i uroven' distressa u kombatantov na nachal'nom ehape meditsinskoj rehabilitatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 6–18. (In Russ.)

Azarenko A.M., Isaeva E.R., Azarenko S.V. Features of the psychoemotional state and distress level in combatants at the initial stage of medical rehabilitation. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 6–18. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-06-18.

А.А. Алёхин², К.В. Баразенко^{1, 2}, С.А. Зун¹

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАНЕНИЯМИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6);

² Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48)

Актуальность. В условиях специальной военной операции значительно возросло число тяжёлых боевых травм, включая повреждения наружных половых органов, которые не только влекут за собой физиологические последствия, но и оказывают глубокое психотравмирующее воздействие на личность. Подобные ранения воспринимаются как угроза социальной и личностной целостности, порождая экзистенциальный кризис, нарушения самооценки, гендерной идентичности и смысловых ориентаций. Особенно остро переживаются последствия орхиэктомии, сопровождающиеся гормональными, репродуктивными и психоэмоциональными нарушениями.

Целью настоящего исследования было провести сравнительный анализ психологических последствий ранений наружных половых органов у военнослужащих, выявить особенности трансформации Я-концепции и обосновать необходимость лично ориентированной психокоррекции.

Организация и методики исследования. На основе систематического анализа клинических и научных данных рассмотрены результаты применения методик Д.А. Леонтьева, Ю.М. Волобуевой, а также концепций М.Ш. Магомед-Эминова и В. Франкла. Особое внимание уделено типологии Я-концепции инвалидов боевых действий и эффективности реабилитационных моделей взаимодействия с ранеными.

Результаты и их анализ. Установлено, что ключевым фактором тяжести психологических последствий является не объективная степень утраты, а её субъективная интерпретация в контексте будущей жизни. Выделены четыре типа Я-концепции – «Созидательная», «Потребительская», «Разрушительная» и «Застрававшая», три из которых классифицируются как дезорганизованные. Показано, что сохранение воинской идентичности в процессе реабилитации повышает вероятность возвращения в строй в 14 раз по сравнению с традиционной «госпитальной» моделью.

Заключение. Полученные данные подтверждают необходимость внедрения дифференцированных программ психологической помощи, направленных на восстановление субъектности, смысла страдания и целостности Я-концепции у раненых военнослужащих. Предложенная

Алёхин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48), e-mail: termez59@mail.ru;

✉ Баразенко Кирилл Владимирович – канд. мед. наук, ст. преподаватель каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6); доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48), e-mail: kbarazenko@mail.ru;

Зун Сергей Андреевич – канд. мед. наук доц., доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e-mail: szun@yandex.ru.

модель может служить методологической основой для разработки психокоррекционных технологий в военной и клинической психологии.

Ключевые слова: ранения наружных половых органов, психологические последствия, идентичность, орхиэктомия, военнослужащие, психокоррекция, смысловые ориентации.

Введение

Специальная военная операция, проводимая Вооружёнными Силами Российской Федерации на территории Украины, представляет собой конфликт, по своим масштабам не имеющий аналогов со времён Второй мировой войны. В вооружённом противостоянии участвует свыше одного миллиона человек с обеих сторон; длина линии боев столкновений в отдельные периоды превышает 1000 километров; глубина поражения противника достигает десятков и даже сотен километров. Боевые действия ведутся с применением новейших образцов вооружений: современной авиационной техники, ракет различных классов, разведывательных и ударных беспилотных систем, дальнобойной артиллерии крупного калибра, реактивных систем залпового огня, мобильных комплексов противовоздушной обороны, переносных противотанковых средств, а также обширных минно-взрывных заграждений. Особое значение придаётся высокоточному оружию, способному не только выявлять и поражать крупные формирования, но и точно уничтожать отдельно находящихся военнослужащих противника. Совокупность этих обстоятельств обуславливает прогнозирование значительного числа раненых, среди которых будут лица с повреждениями наружных половых органов.

В этих условиях приобретает первостепенное значение задача ускоренного восстановления боеспособности и возвращения раненых в состав боевых подразделений. Исторический опыт подтверждает высокую эффективность отечественной военно-медицинской системы: в годы Великой Отечественной войны в строй было возвращено 72,3 % раненых и 90,6 % больных – более 10 миллионов человек, что эквивалентно двукратному комплектованию действующей армии того периода. В ходе боевых действий в Афганистане аналогичный

показатель составил 80,3 %, на Северном Кавказе – от 78,3 % до 89,9 %. В условиях нынешней специальной военной операции доля вернувшихся в строй достигает 97,0 % [5].

Перед психологической службой стоит ответственная задача – обеспечить максимально быстрое восстановление психического состояния раненых, способствовать их скорейшему возвращению в боевые коллективы и поддерживать их адаптацию при возвращении к мирной жизни [9]. Это обуславливает остроту проблемы организации специализированной психологической помощи данной категории военнослужащих.

Материал и методы

Настоящая статья представляет собой теоретико-аналитическое исследование, основанное на методе систематического анализа и обобщения данных научной литературы. В качестве источников информации использованы опубликованные работы отечественных и зарубежных авторов, посвящённые психологическим последствиям боевых ранений, в частности, повреждений наружных половых органов, а также проблемам трансформации Я-концепции и смысловых ориентаций у инвалидов боевых действий. Анализ проводился с использованием методов теоретического обобщения, сравнительного анализа и интерпретации концептуальных моделей, представленных в научных публикациях.

Результаты и их анализ

Психологические последствия ранений наружных половых органов

Анализ научной литературы свидетельствует, что факт ранения чаще всего рассматривается исследователями как сильнейшее потенциально травматическое событие в жизни военнослужащего. Такой опыт спо-

собен нарушить естественные адаптивные механизмы, спровоцировать развитие тяжёлых реактивных состояний на поле боя и существенно повысить риск формирования хронического посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в отдалённом периоде, а также вызвать трансформацию личностной идентичности.

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования подчёркивают, что масштабы и глубина психологических последствий ранения, а следовательно, и подходы к психологической помощи, в значительной степени определяются такими факторами, как характер травмы, специфика боевой и социально-психологической ситуации, в которой произошло ранение, индивидуально-психологические особенности личности, а также общественное отношение к войне и её участникам. Особенно выраженный стресс испытывают те военнослужащие, которые пережили гибель или тяжкие увечья своих товарищей [5].

Особое внимание уделяется характеру повреждения. Участники боевых действий могут получать огнестрельные и осколочные ранения брюшной полости, головного и спинного мозга, конечностей, а также тяжёлые ожоги, ушибы и сочетанные повреждения (политравмы). В условиях специальной военной операции преобладают взрывные травмы – до 70 %; доля пулевых ранений снизилась до 10 %. Несмотря на разнообразие локализаций, наибольшую распространённость сохраняют повреждения конечностей, составляющие основную часть боевой хирургической патологии [5].

В ходе вооружённых конфликтов последних десятилетий отмечается устойчивый рост доли сочетанных и множественных ранений. Так, при контртеррористических операциях на Северном Кавказе изолированные травмы отмечались у 63–67 % пострадавших (против 85–90 % в Великую Отечественную войну), множественные – у 12–14 %, сочетанные – у 20–24 %. В конфликтах НАТО в Афганистане и Ираке, где доминировали минно-взрывные повреждения, доля сочетанных травм достигала 70 %. Эта тенденция сохра-

няется и в условиях нынешней операции: около 80 % ранений носят множественный (35,6 %) или сочетанный (41,1 %) характер [5].

Последствиями таких повреждений могут стать ампутации, обезображивание, слепота, посттравматическая кастрация и поражения спинного мозга, ведущие к обездвиженности. В частности, проводились исследования отдалённых последствий генитальных травм у мужчин [1, 2]. Анкетирование пациентов выполнялось с использованием валидированных опросников: SF-36, PROM-USS, IPSS и МИЭФ-5 в период от шести месяцев до трёх лет после травмы. Опросник SF-36 выявил выраженное снижение как физического, так и эмоционального компонентов ролевой функции, отражающей влияние травмы на повседневную активность, а также значительное снижение общей жизненной активности. Менее выражено, но статистически достоверно снижались физическое функционирование и социальная активность по сравнению с контрольной группой. Наиболее существенным было ухудшение психического аспекта здоровья, что, вероятно, связано с высокой субъективной значимостью интимной сферы для мужской идентичности [1]. Сравнительный анализ баллов IPSS в зависимости от типа травмы выявил статистически значимые различия ($p < 0,001$). Критерий Краскела–Уоллиса показал, что медиана баллов в группе с разрывом уретры достоверно превышала таковую в контрольной группе ($p = 0,025$); остальные группы существенно не отличались от контроля [1].

К последствиям орхиэктомии относятся: гормональный дисбаланс вследствие снижения выработки тестостерона; утрата мышечной массы и снижение костной плотности; ухудшение репродуктивной функции; повышенная тревожность и стресс; снижение самооценки вплоть до депрессии; ухудшение супружеских отношений, особенно при наличии репродуктивных ожиданий.

При выполнении орхиэктомии отмечаются существенные различия в клинических и психофизиологических последствиях в зависимости от того, проводится ли операция односторонне или двусторонне [2, 7]. В слу-

чае одностороннего удаления яичка вмешательство считается менее инвазивным, а его системные последствия – менее выраженными. Как правило, концентрация тестостерона в сыворотке крови остаётся в пределах физиологической нормы, поскольку компенсаторная функция сохранившегося яичка обеспечивает достаточный синтез андрогенов. Это позволяет избежать таких проявлений, как хроническая утомляемость, снижение сексуального влечения и другие симптомы, ассоциированные с гипогонадизмом. Фертильная функция, как правило, сохраняется, поскольку оставшееся яичко продолжает продуцировать сперматозоиды. Соответственно, значительных изменений в составе тела – в частности, в объёме скелетной мускулатуры или минеральной плотности костной ткани – обычно не наблюдается.

В отличие от этого, двусторонняя орхиэктомия, предусматривающая иссечение обоих яичек, сопровождается глубоким дефицитом тестостерона, поскольку устраняются основные источники его секреции. Данное состояние нередко приводит к развитию целого комплекса симптомов, включающих эмоциональную лабильность, депрессивные расстройства, снижение либидо, а также нарушения когнитивного и соматического функционирования. Для поддержания удовлетворительного качества жизни пациентам в таких случаях требуется пожизненная гормонозаместительная терапия. Длительный андрогенный дефицит способствует катастрофическому снижению мышечной массы, увеличению жировой ткани и достоверно повышает риск развития остеопороза и связанных с ним патологических переломов.

Таким образом, различия между последствиями одностороннего и двустороннего удаления яичек носят принципиальный характер. При односторонней операции компенсаторные механизмы организма позволяют минимизировать гормональные и репродуктивные нарушения, тогда как двусторонняя орхиэктомия неизбежно влечёт за собой системные эндокринные и метаболические изменения, требующие регулярного клинического наблюдения и систематической

гормональной коррекции. В обоих случаях важнейшую роль в процессе адаптации играет комплексная поддержка – как со стороны медицинского персонала, так и со стороны ближайшего социального окружения.

Снижение уровня тестостерона, вызванное орхиэктомией, является основным патогенетическим фактором, обуславливающим большинство физиологических и психоэмоциональных трудностей, с которыми сталкиваются пациенты. Гормонозаместительная терапия позволяет эффективно купировать данный дефицит и поддерживать гормональный фон на уровне, достаточном для нормального функционирования организма. Однако для обеспечения её безопасности и эффективности необходимо проводить регулярные лабораторные и клинические обследования, которые позволяют индивидуально подбирать дозировку и частоту приёма препаратов [2, 7].

Получение ранения в условиях боевых действий часто воспринимается военнослужащим как фундаментальный разрыв с прежним жизненным укладом и начало продолжительного, мучительного периода неопределённости. На всём протяжении реабилитации пострадавший подвергается интенсивному воздействию множества психологических стрессоров. Физическая боль усиливается необходимостью частых перевязок, антисептических обработок, трансплантации кожных лоскутов, реконструктивно-пластических вмешательств, а также выполнением лечебной физкультуры. К этому добавляются возможные осложнения – необходимость повторных оперативных вмешательств с дренированием или ревизией ран, развитие пролежней у малоподвижных пациентов, побочные реакции на медикаментозную терапию, нозокомиальные инфекции, замедление темпов заживления и, как следствие, затяжное пребывание в стационаре.

Однако боль и неопределённость прогноза представляют лишь часть эмоционального бремени, ложащегося на плечи раненого. Согласно данным исследований, участники боевых действий, получившие травмы, значительно чаще сообщают о таких психопато-

логических проявлениях, как ПТСР, депрессивные состояния, тревожные расстройства и полиморбидность в сфере психического здоровья [3, 6]. Тем не менее, выраженность этих симптомов сильно варьирует в зависимости от характера повреждения.

Ключевое влияние на психологические последствия ранения оказывает не столько степень его физической тяжести, сколько то, как сам пострадавший интерпретирует его влияние на своё будущее. Особенно значимыми оказываются нарушения перспективы социальной реализации: возможность создать семью, поддерживать устойчивые межличностные связи, занимать профессиональную позицию и сохранять приемлемый уровень социальной активности. В этом контексте наиболее травматичными для военнослужащих являются повреждения, ведущие к стойкой утрате подвижности, нарушению сексуальной функции или выраженным косметическим дефектам [5].

Как отмечают специалисты, пациенты с инвалидизирующими и деформирующими травмами сталкиваются с целым комплексом взаимосвязанных проблем. Наряду с объективными физическими ограничениями у них формируется нарушенный образ тела, снижается уровень самооценки, ухудшаются или трансформируются личные отношения. В ряде случаев такие пациенты подвергаются социальной стигматизации, обусловленной внешними проявлениями увечий или калечащих последствий полученных повреждений [7].

Лица с инвалидизирующими и уродующими травмами сталкиваются с искажённым образом тела, снижением самооценки, нарушениями в личных отношениях и социальной стигматизацией [7]. Исследование MacGregor A. J. и соавторов ($n = 405$) показало, что у раненых выше риск ПТСР, тревожных расстройств, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами. Российские данные указывают на частоту пограничных расстройств у раненых свыше 30 %, а ПТСР диагностируется в 14–17 % случаев. В других работах эти цифры достигают 38–45 % для ПТСР и 43–48 % – для депрессии [5].

Психологические последствия ранения могут сохраняться на протяжении длительного времени. Исследование Woodruff S. и соавторов продемонстрировало, что ПТСР и/или депрессия выступают мощными предикторами низкого качества жизни у раненых военнослужащих в отдалённом периоде. Тем не менее, в некоторых случаях травматический опыт, особенно связанный с ампутацией, может стать стимулом для личностного роста, пробуждая у человека стремление к активной жизни, повышая осознанность ценности существования и укрепляя волю к преодолению трудностей.

Результаты исследования Dyball и соавторов свидетельствуют, что уровень посттравматического личностного роста в группе ампутантов (45,4 %) существенно превышает таковой у раненых без ампутаций (34,1 %) и неповреждённых (28,0 %). Авторы объясняют это двумя основными причинами: во-первых, тяжёлое увечье может восприниматься как форма «искупления боевой вины» (О.Н. Рыбников, Л.В. Смекалкина, С.Н. Палецкая); во-вторых, ампутанты зачастую получают более широкий доступ к реабилитационным и благотворительным ресурсам, что способствует более высокому уровню посттравматического личностного роста [5].

На формирование психологических последствий ранения оказывают влияние также обстоятельства его получения: боевой или небоевой контекст, наличие других пострадавших, степень тяжести их травм, своевременность эвакуации, воинское звание раненого и исход боевой операции в момент получения ранения [10]. Эти факторы могут подрывать профессиональную идентичность и провоцировать феномен «вины выжившего». Замечено, что раны, полученные в ходе успешных операций, заживают быстрее – наблюдение, восходящее ещё к Гиппократу.

Не менее значимо общественное отношение к войне и её участникам. Если общество воспринимает участие в конфликте как проявление гражданского долга и героизма, а ранения – как знаки доблести, военнослужащие склонны интерпретировать свой

опыт в позитивном ключе. Это способствует формированию личностного смысла и снижению риска дезадаптации. Как отмечали ещё в начале XX века российские военные теоретики, армия является зеркалом государства, и её боевой дух напрямую зависит от поддержки со стороны общества.

*Психологические аспекты
реабилитации пациентов с ранениями
наружных половых органов*

Ключевым регулятором психологических последствий выступает смысл, придаваемый ранению. На основе идеи В. Франкла («отчаяние = страдание – смысл») может быть предложена квазиформула: $O = P - C$, где O – отчаяние, P – негативное переживание, C – смысл. Наблюдения за переживаниями раненых и инвалидов боевых действий в Афганистане и Чеченской республике показывают, что, когда военнослужащий (ветеран боевых действий) понимает, за что он воевал и пострадал, негативные психологические последствия ранения минимизируются. Чем выше осмысленность участия в боевых действиях, тем ниже уровень отчаяния, являющегося важным компонентом ПТСР.

Среди личностных детерминант выделяют адаптационный потенциал, внутреннюю картину болезни и тип «комбатантной акцентуации» (тревожно-астеническая, эксплозивно-агрессивная, истеро-неустойчивая). Также важны особенности взаимодействия раненого с ближайшим окружением: медицинским персоналом, семьёй, боевыми товарищами и обществом в целом [8].

Одной из центральных проблем реабилитации инвалидов боевых действий является психокоррекция **Я-концепции** [4]. Её актуальность обусловлена тем, что более 28 тысяч российских граждан, участвовавших в военных конфликтах рубежа XX–XXI веков, стали инвалидами. При этом ветераны с нарушениями Я-концепции, хотя и испытывают более глубокие трудности в социальной адаптации, зачастую остаются вне поля зрения специалистов.

В рамках современной модели здравоохранения акцент смещается с создания реа-

даптирующей среды на активизацию внутренних ресурсов самого инвалида. Однако научная проработка данной проблемы остаётся недостаточной, что и обусловило необходимость разработки модели коррекции дезорганизованных Я-концепций [4].

Исследование Я-концепции традиционно ведётся в рамках различных психологических подходов: функционалистского (У. Джемс, Н.И. Сарджвеладзе и др.), интеракционистского (Ч. Кули, Дж. Мид, Т. Шибутани, А.А. Налчаджан, Е.Т. Соколова, В.В. Столин и др.), когнитивистского (М. Розенберг, Дж. Роттер, И.С. Кон и др.), психоаналитического (А. Адлер, З. Фрейд, К. Хорни, Э. Эриксон, М.М. Решетников и др.), экзистенциалистского (Р. Бёрнс, К. Роджерс, С.Л. Петер и др.).

В этих подходах отмечаются существенные теоретические расхождения, касающиеся как содержательного наполнения, так и структурной организации, динамических свойств и функционального назначения Я-концепции, а также соотношения таких ключевых категорий, как «Я», «Я-образ», «Я-концепция» и «идентичность». Разрешение этих противоречий требует системного методологического, теоретического и методического осмысления. Особую проблему представляет недостаточная проработка динамического аспекта Я-концепции в рамках её структурно-функциональной модели – конструкции, отражающие её изменчивость во времени и в ответ на внешние и внутренние вызовы, включены в теоретические схемы недостаточно чётко.

Наиболее целостную и иерархически выстроенную модель Я-концепции предложил Р. Бёрнс. В его концепции центральное место занимают два взаимосвязанных измерения самосознания: **временное** и **каузальное**. Временное измерение отражает способность личности к осмыслению своей непрерывности и изменчивости во времени – через категории «Я-прошлое», «Я-настоящее» и «Я-будущее». Каузальное измерение связано с локусом контроля и стратегиями самопрезентации, а именно – с ориентацией на внутренние ресурсы (интернальность)

или на внешние обстоятельства и социальное окружение (экстернальность). Согласно Бёрнсу, Я-концепцию следует рассматривать как динамическую ауторегуляторную систему, включающую три компонента:

а) когнитивное осознание собственных физических (включая телесные и ценностно-моральные), социальных, интеллектуальных и духовных характеристик, а также смысла существования в контексте жизненного временного континуума;

б) ценностно-эмоциональное отношение к этим характеристикам, выражающееся в уровне самооценки;

в) поведенческую готовность к взаимодействию с окружающей средой в соответствии с доминирующим локусом субъективного контроля.

В отличие от активно изучаемой Я-концепции, проблематика личностных последствий боевой травматизации остаётся недостаточно исследованной в отечественной и зарубежной психологии. Большинство существующих подходов трактуют физическую травму преимущественно как «пробой» или «повреждение» психической структуры, уделяя основное внимание психофизиологическим реакциям. При этом глубинные личностные трансформации – такие, как внутренняя дезинтеграция, нарушение целостности самосознания, конфликт между составляющими Я, а также временная и каузальная дезориентация – и методы их коррекции остаются в тени научного внимания.

В условиях современного социального развития особую значимость приобретает личностно ориентированный подход к психологической помощи инвалидам боевых действий, чья Я-концепция претерпела структурно-функциональные и временные нарушения, выражающиеся в её дезорганизации. Анализ научных представлений о различиях в воздействии физических и психических травм на внутренний мир личности и её социальную активность определил выбор рабочей модели – личностного подхода к пониманию психической травмы, разработанного М.Ш. Магомед-Эминовым [4]. В данной интерпретации психическая

травма рассматривается не только как патологическое состояние, но и как процесс дезинтеграции и дезориентации личности, направленный на переосмысление и реставрацию идентичности.

Дезорганизация Я-концепции у инвалидов боевых действий представляет собой совокупность взаимосвязанных процессов:

1. Фрагментации внутренней структуры Я и обострения конфликтов между «Я-реальным» и «Я-идеальным», «Я-реальным» и «Я-зеркальным», «Я-физическим» и «Я-реальным», вплоть до подавления реального «Я» искажённым образом, навязываемым социальным окружением;

2. Временной дезориентации, проявляющейся в резком сужении перспективы будущего и доминировании травматического и посттравматического опыта в сознании настоящего;

3. Дисфункции ключевых регулятивных механизмов Я-концепции, прежде всего тех, что обеспечивают внутреннюю целостность личности и адекватное социальное взаимодействие;

4. Усиления экстернальной направленности, сопровождающейся постепенной утратой чувства субъектности в собственной жизни.

На основе комплексного многомерного исследования, сочетающего качественные и количественные методы, а также идиографический и номотетический уровни анализа, была выявлена специфика указанных деформаций и выделены их ключевые измерения: темпоральность, каузальность, конфликтность и активность. На основе комбинации этих факторов были выделены четыре устойчивых типа Я-концепции у инвалидов боевых действий: «Созидательная», «Разрушительная», «Застрававшая» и «Потребительская» [4].

«Созидательная» Я-концепция (в терминах М.Ш. Магомед-Эминова – «трансгрессивная») ориентирована на будущее и выражается в проекциях типа «я буду юристом», «я стану отцом/дедушкой» и т.п. Инвалиды данной группы, как правило, обладают интернальным локусом контроля, что

проявляется как в результатах психодиагностических методик (например, «Уровень субъективного контроля»), так и в речевой практике («я сделал», «я планирую», «мне не удалось»). Высокая самооценка способствует сближению «Я-реального» и «Я-идеального», минимизируя внутренний конфликт. В качестве «внутреннего убежища» выступает активная деятельность. Такие личности успешно преодолевают травматический опыт, осуществляя трансгрессию – выход за пределы травмы через созидательную жизненную позицию.

«Потребительская» (или «транзитная») Я-концепция также направлена в будущее и настоящее, однако носит пассивный характер. Индивид ожидает компенсации утрат со стороны социума и признания своей жертвенности. Это находит отражение в пассивных языковых конструкциях: «мне положено», «мне не дадут», «я получу». Экстернальная установка порождает конфликт между негативно воспринимаемым «Я-реальным» и идеализированным «Я-идеальным», что приводит к фантазийному разрешению напряжения. «Внутреннее убежище» в этом случае – мир иллюзорных надежд, реализация которых не предпринимается.

«Разрушительная» («транзитивная») Я-концепция фиксирована на боевом прошлом. Прошлое воспринимается как единственный период подлинной жизни – «лучшее, что было». Субъект часто перемещается между зонами конфликтов, нередко игнорируя собственную инвалидность. Я-концепция здесь активна, но социально деструктивна: «внутренними убежищами» становятся агрессия, жестокость и стремление к мести.

«Застраившая» Я-концепция («Я-концепция уцелевшего») характеризуется полной фиксацией на травматическом прошлом и отчуждением от настоящего. «Я-реальное» сливается с «травматическим Я», а «Я-идеальное» наполняется ностальгическими образами довоенного времени и переживанием «вины выжившего». Экстернальность и пассивность определяют поведение: инвалид становится постоянным участником

ветеранских встреч, реабилитационных мероприятий (ради общения, а не восстановления) и активистом в движениях, направленных на реставрацию прошлого. Максимальный конфликт между «Я-реальным» и «Я-идеальным» выражается в формуле: «Я пожертвовал всем ради прошлого, но настоящее и будущее его не ценят». «Внутренними убежищами» здесь служат ностальгические воспоминания и критика современности.

Таким образом, из четырёх выделенных типов три («Разрушительная», «Потребительская», «Застраившая») классифицируются как дезорганизованные, тогда как только «Созидательная» может быть признана гармоничной и функционально целостной. Дифференциация Я-концепций позволяет перейти от восприятия инвалидов боевых действий как недифференцированной массы к их рассмотрению как членов чётко очерченных социально-психологических групп с характерными паттернами самосознания. Это, в свою очередь, открывает возможности для разработки специализированных диагностических батарей, целевых стратегий формирования адекватного Я-образа и эффективных программ социально-психологической коррекции, направленных на трансформацию дезорганизованных типов Я-концепции в созидательную.

Наиболее действенным инструментом такой трансформации признаётся социально-психологический тренинг, реализуемый на основе специальных организационно-методических принципов. Подтверждением эффективности подобного подхода служит двухлетнее когортное исследование, проведённое среди британских военнослужащих с психическими расстройствами [5]. Сравнились две модели реабилитации:

1. «Госпитальная», основанная на парадигме «больной – врач/учреждение», где пациенты носили больничную одежду, находились в палатах и воспринимались исключительно как объекты лечения;

2. «Реабилитационная», сохраняющая статус военнослужащего: форма, обращение по званию, участие в военных занятиях и т.д.

Результаты продемонстрировали, что при реализации реабилитационной стратегии вероятность возвращения к службе была в 14 раз выше, чем при госпитальном подходе [5]. Хотя прямая экстраполяция этих данных на контингент раненых требует осторожности, они однозначно указывают на потенциально травмирующий эффект длительного пребывания в «медицинском» режиме.

Ряд исследований также подчёркивает, что психологическое состояние раненых определяется не только взаимодействием с медицинским персоналом, но и качеством контактов с семьёй, боевыми товарищами и ближайшим окружением.

Предложенная модель психологических последствий ранения включает следующие компоненты:

- 1) факторы, опосредующие переживание травмы;
- 2) проявления психологических последствий и симптоматика психических расстройств;
- 3) особенности «комбатантной акцентуации» личности;
- 4) признаки дезадаптации [5, 8].

Модель подчёркивает, что уникальная конфигурация факторов делает каждый случай ранения психологически неповторимым, однако при этом выявляются устойчивые общие тенденции в проявлении посттравматической феноменологии. Основу психологических последствий составляют симптомы посттравматического стрессового расстройства, а также переживания утраты, депрессии, вины, стыда, тревоги и сужения жизненной перспективы. Центральное место в клинической картине занимают именно симптомы ПТСР, их динамические комбинации и развёрнутые нозологические формы.

Таким образом, ранения являются неотъемлемым элементом войны, а эффективная

психологическая помощь при них возможна лишь при наличии системной, теоретически обоснованной модели посттравматической феноменологии. Психологические последствия ранений охватывают широкий спектр расстройств – от ПТСР и реакций утраты до адаптационных нарушений, депрессий, тревожных состояний и различных форм зависимости. Данная модель может служить методологическим ориентиром для психологов, психотерапевтов, психиатров и врачей, участвующих в диагностике, лечении и психореабилитации раненых военнослужащих.

Заключение

Полученные результаты подтверждают, что ранения наружных половых органов у военнослужащих сопровождаются глубокими психологическими последствиями, затрагивающими не только физическое здоровье, но и самооценку, гендерную идентичность, сексуальную функцию и социальную адаптацию. Особую роль играют трансформации Я-концепции: выделенные типы – «Созидательная», «Потребительская», «Разрушительная» и «Застраившая» – позволяют дифференцированно подходить к психокоррекции. Установлено, что тяжесть психологических нарушений определяется не столько степенью физического ущерба, сколько его субъективной интерпретацией в контексте будущей жизни. Эффективность реабилитации существенно повышается при сохранении воинской идентичности и использовании личностно ориентированного подхода, направленного на восстановление смысла, субъектности и целостности личности. Предложенная модель может служить основой для разработки специализированных программ психологической помощи раненым военнослужащим.

Литература

1. Аль-Ваджих М.А.А., Виноградов И.В., Капто А.А. Отдалённые осложнения травм мужских гениталий (результаты ретроспективного анализа) // Андрология и генитальная хирургия. 2022. № 2. С. 61–66.
2. Аль-Ваджих М.А.А., Виноградов И.В., Капто А.А. Травма мужских гениталий (обзор литературы) // Вестник последипломного медицинского образования. 2022. № 2. С. 53–57.

3. Баева И.А., Баканова А.А., Баразенко К.В. [и др.]. Адаптационные ресурсы человека в условиях социальной неопределённости. СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2025. 160 с.
4. Волобуева Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : автореф. дис. ... канд. психол. наук; 19.00.05. Москва, 2009. 24 с.
5. Караяни А.Г. Психологические последствия ранения: рабочая модель // Человеческий капитал. 2023. № 11-1(179). С. 97–105.
6. Колчев А.И., Баразенко К.В. Психосоматические аспекты тревожных расстройств у людей с ограниченными возможностями // Актуальные проблемы клинической, военной и экстремальной психиатрии: матер. Всерос. науч.-практ. конф. (к 115-летию отечественной военной психиатрии), Санкт-Петербург, 24 октября 2025 года. СПб.: Военно-медицинская академия им. С. М.Кирова, 2025. С. 137–141.
7. Мерритт Д.Ф. Травмы гениталий // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 1(66). С. 64–80.
8. Солопова А.Г., Ачкасов Е.Е., Макацария А.Д. [и др.]. Психоэмоциональный портрет пациенток со склерозирующим лихеном вульвы // Акушерство, гинекология и репродукция. 2020. № 2. С. 203–210.
9. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Баразенко К.В., Зун С.А. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2023. № 1. С. 68–77.
10. Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. [и др.]. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн // Известия Российской военно-медицинской академии. 2020. Т. 39, № S3–4. С. 185–192.

Поступила 10.02.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: А.Н. Алёхин – разработка концепции, методология исследования, написание первоначального черновика, редактирование и доработка текста; К.В. Баразенко – сбор и обработка данных, формальный анализ, проведение исследования, написание первоначального черновика, редактирование и доработка текста; С.А. Зун – разработка концепции, методология исследования, формальный анализ, проведение исследования, руководство проектом, написание первоначального черновика, редактирование и доработка текста. Все авторы участвовали в обсуждении и редактировании рукописи, прочитали и одобрили окончательную версию статьи перед её публикацией.

Для цитирования. Алёхин А.Н., Баразенко К.В., Зун С.А. Психологические особенности идентичности пациентов с ранениями наружных половых органов // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 19–30. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-19-30.

A.N. Alekhin², K.V. Barazenko^{1, 2}, S.A. Zun¹

Psychological Characteristics of Identity in Patients with Injuries of the External Genitalia

¹ Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

² Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., St. Petersburg, Russia)

Anatoliy Nikolaevich Alekhin – Dr. Med Sci. Prof., Head of Department of Clinical Psychology and Psychological help, Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termesz59@mail.ru;
✉ Kirill Vladimirovich Barazenko – PhD Med. Sci., Senior lecturer of Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), Associate Prof. of Department of Clinical Psychology and Psychological help, Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: kbarazenko@mail.ru;

Zun Sergey Andreevich – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Akademika Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: szun@yandex.ru.

Abstract

Relevance. In the context of special military operation, the incidence of severe combat injuries, including injuries to the external genitalia, has increased significantly. These injuries not only have physiological consequences but also have a profound psychotraumatic impact on the individual. Such injuries are perceived as a threat to social and personal integrity, leading to existential crises, disruptions in self-esteem, gender identity, and life purpose. The consequences of orchiectomy, accompanied by hormonal, reproductive, and psychoemotional disturbances, are particularly acute.

The aim of this study was to conduct a comparative analysis of the psychological consequences of external genital injuries in military personnel, to identify the characteristics of self-concept transformation, and to substantiate the need for personally oriented psychotherapy.

Study Organization and Methods. Based on a systematic analysis of clinical and scientific data, the results of applying the methods of D.A. Leontiev and Yu.M. Volobueva, as well as the concepts of M.Sh. Magomed-Eminov and V. Frankl, are examined. Particular attention is paid to the typology of self-concepts among combat veterans and the effectiveness of rehabilitation models for interacting with the wounded.

Results and analysis. It has been established that the key factor in the severity of psychological consequences is not the objective degree of loss, but its subjective interpretation in the context of future life. Four types of self-concept are identified: "Creative," "Consumer," "Destructive," and "Stuck," three of which are classified as disorganized. It has been shown that maintaining military identity during rehabilitation increases the likelihood of returning to duty by 14 times compared to the traditional "hospital" model.

Conclusion. The data obtained confirm the need to implement differentiated psychological assistance programs aimed at restoring subjectivity, the meaning of suffering, and the integrity of the self-concept in wounded service members. The proposed model can serve as a methodological basis for the development of psychocorrectional technologies in military and clinical psychology.

Keywords: wounds of the external genitalia, psychological consequences, identity, orchiectomy, military personnel, psychocorrection, life-purpose orientations.

References

1. Al'-Vadzhikh M.A.A., Vinogradov I.V., Kapto A.A. Ot dalennye oslozhneniya travm muzhskikh genitaliy (rezul'taty retrospektivnogo analiza) [Long-term complications of male genital injuries (results of a retrospective analysis)]. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya* [Andrology and Genital Surgery]. 2022; (2): 61–66. (In Russ.)
2. Al'-Vadzhikh M.A.A., Vinogradov I.V., Kapto A.A. Travma muzhskikh genitaliy (obzor literatury) [Male genital trauma (literature review)]. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya* [Bulletin of Postgraduate Medical Education]. 2022; (2): 53–57. (In Russ.)
3. Baeva I.A., Bakanova A.A., Barazenko K.V. [et al.]. Adaptatsionnye resursy cheloveka v usloviyakh sotsial'noy neopredelennosti [Adaptive resources of a person in conditions of social uncertainty]. Sankt-Petersburg, 2025. 160 p. (In Russ.)
4. Volobueva Yu.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya korrektsiya Ya-kontseptsii invalidov boevykh deystviy [Socio-psychological correction of the self-concept of combat veterans with disabilities] : abstract diss. ... PhD Psychol. Sci. Moscow, 2009. 24 p. (In Russ.)
5. Karayani A.G. Psikhologicheskie posledstviya raneniya: rabochaya model' [Psychological consequences of wounding: a working model]. *Chelovecheskiy kapital* [Human Capital]. 2023; (11-1(179)): 97–105. (In Russ.)
6. Kolchev A.I., Barazenko K.V. Psikhosomaticheskie aspekty trevozhnykh rasstroystv u lyudey s ogranichennymi vozmozhnostyami [Psychosomatic aspects of anxiety disorders in people with disabilities]. Aktual'nye problemy klinicheskoy, voyennoy i ekstremal'noy psikhiiatrii [Actual problems of clinical, military and extreme psychiatry] : materials of the All-Russian scientific and practical conference. Sankt-Petersburg, 2025: 137–141. (In Russ.)
7. Merritt D.F. Travmy genitaliy [Genital Injuries]. *Reproduktivnoe zdorov'ye detey i podrostkov* [Reproductive Health of Children and Adolescents]. 2016; (1 (66)): 64–80. (In Russ.)
8. Solopova A.G., Achkasov E.E., Makatsariya A.D. [et al.]. Psikhoemotsional'nyy portret patsientok so skleroziruyushchim likhenom vulvy [The psycho-emotional portrait of patients with vulvar lichen sclerosis]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya* [Obstetrics, Gynecology and Reproduction]. 2020; (2): 203–210. (In Russ.)
9. Shamrey V.K., Lytkin V.M., Barazenko K.V., Zun S.A. O dinamike razvitiya problemy posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva [On the dynamics of the development of the problem of post-traumatic stress disorder].

-
- Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2023; (1): 68–77. (In Russ.)
10. Shamrey V.K., Nechiporenko V.V., Lytkin V.M. [et al.]. O postboevykh lichnostnykh izmeneniyakh u veteranov lokal'nykh voyn [On post-combat personality changes in veterans of local wars]. *Izvestiya Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy akademii* [Proceedings of the Russian Military Medical Academy]. 2020; 39(S3-4): 185–192. (In Russ.)
-

Received 10.02.2026

For citing: Alekhin A.N., Barazenko K.V., Zun S.A. Psychological characteristics of identity in patients with injuries of the external genitalia. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 19–30. **(In Russ.)**

Alekhin A.N., Barazenko K.V., Zun S.A. Psychological characteristics of identity in patients with injuries of the external genitalia. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 19–30. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-19-30.

Д.В. Бечкова-Бушуева¹, Б.Ю. Володин², Д.С. Петров²

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова
(Россия, Рязань, ул. Баженова, д. 35);

² Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
(Россия, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9)

Актуальность. Особенности проявления аутоагрессии у пациентов в группах с аффективными и невротическими расстройствами изучены не в полной мере, а проведённые исследования дают противоречивые сведения. В ряде исследований приводятся данные о том, что существует связь между выраженностью депрессии и аутоагрессией, – высокий уровень депрессии выявляется у лиц с самоповреждениями. При этом в других исследованиях отрицается связь депрессии и аутоагрессии и утверждается, что депрессия встречается у пациентов с самоповреждениями не чаще, чем у пациентов без самоповреждения.

Цель исследования – изучение специфики и особенностей аутоагрессии у пациентов с депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. С помощью комплекса психодиагностических методов («Опросник STAXI», «Опросник суицидального риска», «Шкала причин самоповреждающего поведения», «Диагностика социально-психологической адаптации», «Диагностика интерактивной направленности личности») проведено обследование 60 пациентов, находящихся на лечении в ГБУ РО «Рязанская областная клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Баженова». Респонденты с депрессивными состояниями распределены по двум клиническим группам – с аффективными расстройствами (F30-F39) и невротическими расстройствами (F40–48). В качестве методов обработки используется непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. В исследовании были обнаружены различия в проявлениях аутоагрессивного поведения у пациентов с депрессивными состояниями из группы аффективных и невротических расстройств. Пациенты с депрессивными расстройствами в группе аффективных расстройств реже проявляют агрессию как свойство личности. В самоповреждающем поведении у таких пациентов чаще отмечается мотив воздействия на других как способ показать силу своих эмоций. Также в контексте социальной адаптации реже можно отметить принятие себя и чаще эмоциональный дискомфорт. Одной из ведущих направленностей личности можно отметить маргинальную ориентацию у таких пациентов, то есть импульсивное поведение в различных ситуациях.

✉ Бечкова-Бушуева Дарья Владимировна – мед. психолог, Обл. клинич. психиатр. 6-ца им. Н.Н. Баженова (Россия, 390035, Рязань, ул. Баженова, д. 35), e-mail: bushueva.dasha@list.ru; ORCID: 0009-0009-0891-3086.

Володин Борис Юрьевич – д-р мед. наук проф., проф. каф. психиатрии и психол. консультирования, Рязанский гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9), e-mail: borisvolodin@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7355-4483;

Петров Дмитрий Сергеевич – д-р мед. наук доц., зав. каф. психиатрии и психол. консультирования, Рязанский гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9), e-mail: peterovds@list.ru; ORCID: 0000-0002-7869-8643.

Заключение. Существуют различия в проявлении аутоагрессии у пациентов с депрессивными состояниями из групп аффективных и невротических расстройств. Эти различия наблюдаются в структуре социальной адаптации, эмоционально-волевой сфере и интерактивной направленности.

Ключевые слова: клиническая психология, психологическая диагностика, аутоагрессия, депрессивные состояния, аффективные расстройства, невротические расстройства.

Введение

В современном мире происходит увеличение проявлений аутоагрессии, включая крайнюю её форму – суицидальные попытки и суицид. Многие учёные [1, 2, 7] считают, что рост аутоагрессии в современных условиях связан с пандемией и самоизоляцией. В ряде исследований приводятся данные о совокупности факторов внутреннего и внешнего характера: личностные установки, мотивация, социальные причины и пр. [6–9, 11]. В литературных источниках представлена связь между выраженностью депрессии и аутоагрессией. Так, высокий уровень депрессии выявляется у лиц с самоповреждениями [4, 10]. При этом в других исследованиях отрицается связь депрессивных состояний с аутоагрессией и утверждается, что депрессия встречается у пациентов с самоповреждениями не чаще, чем у пациентов без самоповреждения [3]. Эти данные приводят к выводу о том, что существует необходимость систематизации имеющихся данных об аутоагрессии.

Цель исследования состоит в изучении специфики и особенностей аутоагрессии у пациентов с депрессивными состояниями.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Областная психиатрическая больница имени Н.Н. Баженова». Для исследования были сформированы две группы по 30 пациентов, 30 из которых с депрессивными состояниями в группе аффективных расстройств (F30–F39) и 30 – в группе невротических расстройств (F40–48).

В работе применялись психодиагностические методики. Опросник STAXI Ч. Спилбергера направлен на исследование ситуационной и личностной агрессивности, характера проявлений этих свойств, а также ведущую

направленность и степень контроля над агрессией. Опросник суицидального риска А.Г. Шмелевой в модификации Т.Н. Разуваевой предназначен для диагностики суицидального риска, выявления сформированности суицидальных намерений. Опросник состоит из девяти шкал – демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива и антисуицидальный фактор. Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской направлена на поиск взаимосвязей между конкретными актами самоповреждения и психологическими факторами. Опросник диагностики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда диагностирует особенности социально-психологической адаптации и связанные с ней черты личности. Опросник диагностики интерактивной направленности личности Н.Е. Щуркова в модификации Н.П. Фетискиной направлен на изучение вектора направленности и личностной социализации человека.

Полученные эмпирические данные подвергнуты количественному анализу, применён непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты

При оценке полученных результатов исследования групп были выявлены статистически значимые различия по особенностям проявления аутоагрессии у пациентов с разными видами депрессивных состояний. В таблице представлены достоверные результаты психодиагностических опросников.

Проведя сравнение показателей эмпирической и критической U-статистик, можно сделать вывод о том, что существуют различия на высоком уровне значимости между пациента-

Опросник STAXI

	Группа (F3)	Группа (F4)	U эмп.
Агрессия как психическое состояние	11,03	12,47	267,5**
Агрессия как свойство личности	16,06	19,3	294,5*
Агрессия как реакция ответа	6,33	8,77	222**
Опросник суицидального риска			
Демонстративность	3,95	1,96	172,5**
Аффективность	4,03	2,49	193**
Уникальность	3,91	2	206**
Временная перспектива	3,89	2,24	265**
Шкала причин самоповреждающего поведения			
Воздействие на других	1,44	1,24	334*
Диагностика социально-психологической адаптации			
Принятие себя	33,47	37,8	335*
Непринятие себя	22,7	15,63	222**
Эмоциональный дискомфорт	24,03	18,93	303,5*
Внутренний контроль	45	49,5	278,5**
Внешний контроль	30,4	24,53	276,5**
Диагностика интерактивной направленности личности Н.Е. Щуркова (модификация Н.П. Фетискина)			
Маргинальная ориентация	11,6	9,43	311*

Примечания: * различия значимы на уровне 0,05, ** различия значимы на уровне 0,01.

ми с депрессивными состояниями в группах аффективных и невротических расстройств. Шкалы оценки агрессии указывают на то, что пациенты с депрессиями из группы аффективных расстройств отличаются меньшей выраженностью агрессии как реакции, как свойства личности и психического состояния. Также у данных пациентов – группа F(3) – при оценке суицидального риска выражены демонстративность, аффективность, уникальность, временная перспектива по сравнению с группой F(4). У пациентов с депрессивными состояниями из группы аффективных расстройств непринятие себя выражено сильнее по сравнению с пациентами, страдающими невротическими расстройствами. Среди пациентов с аффективными расстройствами преобладает внешний контроль над ситуацией, а у пациентов из группы невротических расстройств – внутренний контроль над ситуацией.

Выявлены статистически достоверные различия между группами по таким показателям как воздействие на других, принятие

себя, эмоциональный дискомфорт, маргинальная ориентация. У пациентов с депрессивными состояниями в группе F(3) самоповреждающее поведение чаще сопровождается стремлением воздействовать на других, как способом показать степень своего эмоционального дискомфорта. Также в контексте социальной адаптации чаще выявляется непринятие себя и маргинальная ориентация, характеризующиеся импульсивным поведением в различных ситуациях.

Обсуждение результатов

В исследовании были обнаружены различия в проявлениях аутоагрессивного поведения у пациентов с депрессивными состояниями из группы аффективных и невротических расстройств. Пациенты из группы F(3) отличаются менее выраженными показателями личностной агрессивности по сравнению с пациентами из группы F(4), что может приводить к «поддержанию» подавленного

настроения. Также это может быть связано с ведущей интерактивной направленностью у этой группы пациентов.

При аффективных расстройствах чаще встречаются импульсивные, необдуманные поступки, реализация которых может снижать уровень внутреннего напряжения и, как следствие, показатели агрессивности. При этом стоит учитывать, что независимо от формы депрессии показатели аутоагрессии находятся в пределах нормы, то есть проявление аутоагрессии не различается в зависимости от формы и вида депрессии.

В рамках суицидального риска выраженность демонстративности, аффективности, временной перспективы и уникальности у пациентов с аффективными расстройствами указывает на желание привлечь внимание и сочувствие, на восприятие своей ситуации как не похожей на другие, а также на невозможность планирования своего конструктивного будущего. Доминирование эмоций над интеллектуальной сферой у таких пациентов объясняется особенностями самого заболевания. Таким образом, по сравнению с невротической депрессией, депрессия при аффективных расстройствах выражается ярче в эмоциональной сфере, а нагляднее – в интеллектуальной, а именно в невозможности «увидеть» решение своих проблем.

Заключение

Таким образом, аутоагрессия у пациентов с депрессивными состояниями в группе аф-

фективных расстройств отличается высокой аффективностью, эмоциональным дискомфортом. У таких пациентов реже встречаются личностная агрессивность и низкие показатели принятия себя, в то время как часто наблюдается внешний локус контроля. Эти результаты могут быть объяснены особенностью заболевания, так как депрессия в данном случае связана с физиологическими причинами – особенностями строения мозговых структур, скоростью и целенаправленностью нейротрансмиссии. Однако стоит учитывать, что В.Н. Краснов [5] с соавторами указывает на возможность трансформации невротических состояний в аффективные расстройства, что может приводить к более серьёзным последствиям.

Подводя итоги, можно сказать, что депрессия является одним из самых распространённых психических заболеваний. Согласно данным ВОЗ, в 2022 году распространённость депрессией выросла примерно на 25 %. Изучение аутоагрессии и суицидального риска у таких пациентов проводилось довольно часто, однако большинство выводов исследований имеют противоречивый характер. Поэтому анализ аутоагрессии у пациентов с депрессивными расстройствами остаётся актуальным. Выявление особенностей аутоагрессивных состояний, оценка выраженности компонентов аутоагрессии способствуют разработке индивидуальных программ медико-психологической, психотерапевтической помощи и повышению качества профилактических мероприятий.

Литература

1. Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г. [и др.]. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7, № 2. С. 21–40.
2. Алехин А.Н., Дубинина Е.А. Пандемия: клинико-психологический аспект // Артериальная гипертензия. 2020. Т. 26, № 3. С. 312–316. Текст: электронный // Электронно-библиотечная система «PsyJournals.ru» DOI: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316> (дата обращения: 21.10.2024).
3. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н. [и др.]. Психологическое состояние в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // Психологические исследования. 2020. Т. 13, № 70. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n70/1731-boyko70.html> (дата обращения: 22.10.2024).
4. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Казьмина О.Ю. [и др.]. Моральные суждения и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске // Суицидология. 2018. Т. 9, № 1(30). С. 44–52.
5. Краснов В.Н. Современные изменения принципов диагностики и классификации психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1. Текст: электронный URL: <https://cyberleninka.ru>.

- ru/article/n/sovremennye-izmeneniya-printsipov-diagnostiki-i-klassifikatsii-psihicheskikh-rasstroystv (дата обращения: 14.01.2024).
6. Литвинцев С.В. Суицидальные попытки и состояние самосознания у лиц с патохарактерологическими реакциями // *Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний*. СПб.: ВМА, 2000. С. 168–169.
 7. Нечипоренко В.В. Суицидальное поведение: исторические, клинко-возрастные и психопрофилактические аспекты. Санкт-Петербург: ЛЕМА, 2020. 248 с.
 8. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2008. Vol. 37, N 1. Pp. 14–25. DOI:10.1080/16506070701819524.
 9. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L. [et al.]. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm // *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012. Vol. 6. P. 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>.
 10. Spijker J., Ten Have M., De Grant R. Does duration of depression predict suicidality // *J. European Psychiatry*. 2007. Vol. 22, Suppl. 1. Pp. 52–53.
 11. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J. [et al.]. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults // *The Journal of adolescent health*. 2013. Vol. 52, N 4. Pp. 486–492. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.

Поступила 27.01.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: Б.Ю. Володин, Д.С. Петров – организация и разработка дизайна исследования, редактирование материала и оформление текста статьи. Д.В. Бечкова-Бушуева – анализ литературы по теме исследования, проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи.

Для цитирования. Бечкова-Бушуева Д.В., Володин Б.Ю., Петров Д.С. Особенности аутоагрессии у пациентов с депрессивными расстройствами // *Вестник психотерапии*. 2026. № 98. С. 31–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-31-37.

D.V. Bechkova-Bushueva¹, B.Y. Volodin², D.S. Petrov²

Features of Autoaggression in Patients with Depressive Disorders

¹ Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov (35, Bazhenova Str., Ryazan, Russia);

² Ryazan State Medical University (9, Vysokovoltynaya Str., Ryazan, Russia)

✉ Daria Vladimirovna Bechkova-Bushueva – medical psychologist, Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov (35, Bazhenova Str., Ryazan, 390035, Russia); e-mail: bushueva.dasha@list.ru; ORCID: 0009-0009-0891-3086;

Boris Yurievich Volodin – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of Psychiatry and Psychological Counseling, Ryazan State Medical University (9, Vysokovoltynaya Str., Ryazan, 390026, Russia), e-mail: borisvolodin@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7355-4483;

Dmitri Sergeevich Petrov – Dr. Med. Sci., The Head of the Department of Psychiatry and Psychological Counseling, Ryazan State Medical University (9, Vysokovoltynaya Str., Ryazan, 390026, Russia), e-mail: petrovds@list.ru, ORCID: 0000-0002-7869-8643.

Abstract

Relevance. The peculiarities of the manifestation of autoaggression in patients with affective and neurotic disorders have not been sufficiently investigated, and existing studies provide contradictory findings. A number of studies report an association between the severity of depression and autoaggression, indicating that high levels of depression are frequently observed in individuals engaging in self-injurious behavior. At the same time, other studies deny the connection between

depression and autoaggression and argue that depression occurs in patients with self-injure not more often than in patients without self-harm.

Objective. To investigate the specific characteristics and manifestations of autoaggression in patients with depressive disorders.

Materials and methods. Using a set of psychodiagnostic methods ("STAXI Questionnaire", "Suicide risk Questionnaire", "Scale of causes of self-harming behavior", "Diagnosis of socio-psychological adaptation", "Diagnosis of interactive personality orientation"), 60 psychiatric hospital patients with depressive disorders were examined, divided into two clinical groups affective disorders (F30-F39) and neurotic disorders (F40-48). The nonparametric Mann-Whitney criterion is used as processing methods.

Results. Differences in the manifestations of autoaggressive behavior were identified between patients with depressive conditions belonging to the affective and neurotic disorder groups. Patients with depressive disorders within the affective disorder group were less likely to demonstrate aggression as a stable personality trait. In cases of self-injurious behavior, these patients more frequently reported the motive of influencing others as a means of expressing the intensity of their emotions. Within the context of social adaptation, they exhibited lower levels of self-acceptance and higher levels of emotional discomfort. Marginal orientation, characterized by impulsive behavior across various situations, was identified as one of the predominant personality orientations in this group.

Conclusion. Differences exist in the manifestations of autoaggression among patients with depressive conditions from the affective and neurotic disorder groups. These differences are reflected in the structure of social adaptation, the emotional-volitional sphere, and interactive personality orientation.

Keywords: clinical psychology, psychological diagnosis, autoaggression, depressive conditions, affective disorders, neurotic disorders.

References

1. Abramova A.A., Enikolopov S.N., Efremov A.G. [et al.]. Autoagressivnoe nesuicidal'noe povedenie kak sposob sovladaniya s negativnymi jemocijami [Autoaggressive non-suicidal behavior as the way of coping with negative emotions только строчные буквы]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical Psychology and Special Education], 2018; 7 (2): 21–40. (In Russ.)
2. Alehin A.N., Dubinina E.A. Pandemiya: kliniko-psihologicheskij aspekt [Pandemic: the view of a clinical psychologist]. *Arterial'naja gipertenzija* [Arterial Hypertension], 2020; 26(3): 312–316. DOI: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316>. (In Russ.)
3. Boiko O.M., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N. [et al.]. Psihologicheskoe sostojanie v period pandemii COVID-19 i misheni psihologicheskoi raboty [The psychological state of people during the COVID-19 pandemic and the target of psychological work]. *Psihologicheskie issledovaniya* [Psychological-Educational Studies]. 2020; 13(70). URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n70/1731-boyko70.html> (In Russ.)
4. Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Kaz'mina O.Ju. [et al.]. Moral'nye suzheniya i implicitnoe otnoshenie k smerti pri suicidal'nom riske [Moral judgments and implicit associations with «life» and «death» at suicidal risk]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2018; 9(1(30)): 44–52. (In Russ.)
5. Krasnov V.N. Sovremennye izmeneniya principov diagnostiki i klassifikacii psihicheskikh rasstrojstv [Present-day changes in mental disorders diagnostic and classification principles]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry], 2018; (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-izmeneniya-printsipov-diagnostiki-i-klassifikatsii-psichicheskikh-rasstrojstv> (In Russ.)
6. Litvincev S.V. Suicidal'nye popytki i sostojanie samo soznaniya u lic s patoharakterologicheskimi reakcijami [Suicide attempts and self-consciousness among individuals with pathological character reactions]. *Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju nervnyh i psihicheskikh zabolevanij* [Modern approaches to diagnostics and treatment of nervous and mental diseases]. Sankt-Peterburg, 2000. Pp. 168–169. (In Russ.)
7. Nechiporenko V.V. Suicidal'noe povedenie: istoricheskie, kliniko-voznrastnye i psihoprofilakticheskie aspekty. [Suicidal behavior: historical, clinico-age-related, and psychoprophylactic aspects]. Sankt-Peterburg, 2020. 248 p. (In Russ.)
8. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2008; 37(1): 14–25. doi:10.1080/16506070701819524
9. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L. [et al.]. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6: 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

-
10. Spijker J., Ten Have M., De Grant R. Does duration of depression predict suicidality. *J. European Psychiatry*. 2007; 22(1): 52–53.
 11. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J. [et al.]. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *The Journal of adolescent health*. 2013; 52(4): 486–492. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.09.010
-

Received 27.01.2026

For citing: Bechkova-Bushueva D.V., Volodin B.Y., Petrov D.S. Osobennosti autoagressii u patsiyentov s depressivnymi rasstroystvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 31–37. (In Russ.)

Bechkova-Bushueva D.V., Volodin B.Yu., Petrov D.S. Features of autoaggression in patients with depressive disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 31–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-31-37.

Т.С. Бузина¹, А.С. Кубекова², Л.П. Великанова²

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ОБРАЗА ВРАЧА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹ Российский университет медицины (Россия, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4);

² Астраханский государственный медицинский университет
(Россия, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121)

Актуальность. В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее распространёнными и опасными среди всех остальных патологий, которые приводят к инвалидизации и смертности среди лиц трудоспособного возраста. Важным фактором эффективности лечения гипертонической болезни является качество отношений в системе «врач-пациент», которые во многом определяются восприятием и установками в отношении врача.

Цель: оценка образа врача у больных гипертонической болезнью.

Методология. Исследование проводилось на базе частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Россия). Анализировались данные по 418 больным гипертонической болезнью (215 женщин и 203 мужчины, средний возраст $45 \pm 7,4$ лет). На момент обследования больные проходили стационарное лечение и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов. Методики исследования. В качестве методов диагностики психологических особенностей и психоэмоционального статуса больных гипертонической болезнью использовались опросные методы, в частности, психодиагностические методики: 1) КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко); 2) тест межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик). В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчёт параметров дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена. Используемые средства: статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программного пакета Statistica 22.0.

Результаты и их анализ. Последующий анализ результатов позволил сделать следующие выводы: 1) выявлено, что образ реального врача у больных гипертонической болезнью представлен характеристиками, связанными с дружелюбным отношением к окружающим, выраженной готовностью помогать окружающим, а также тенденцией к доминированию, стремлением вести за собой и подчинять своей воле других. Врач для больных на начальном этапе лечебно-диагностического процесса представляет привлекательный субъект взаимодействия; 2) выявлено, что образ идеального врача у больных гипертонической болезнью представлен характеристиками, отражающими дружелюбное отношение к окружающим, уверенность в себе, умение быть хорошим наставником и организатором, свойства руководителя, независимость, экстравертированность.

Бузина Татьяна Сергеевна – д-р психол. наук доц., зав. каф. общей психологии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4); e-mail: tbuzina@gmail.com; ORCID: 0000-00002-8834-251X; SPIN: 5867-0099;

✉ Кубекова Алия Салаватовна – канд. психол. наук доц., доц. каф. наркологии и психотерапии, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121); e-mail: alya_kubekova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN: 6682-3573;

Великанова Людмила Петровна – д-р мед. наук проф., зав. каф. наркологии и психотерапии, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121); e-mail: rufam@mail.ru; ORCID: 0009-0007-8570-0290; SPIN 6178-2366.

Заключение. Исследование показало, что характеристики воспринимаемого образа врача могут быть взаимосвязаны с компонентами приверженности лечению. Доминирующий стиль межличностного взаимодействия имеет положительную связь с приверженностью к лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. При этом доминирование должно сопровождаться поддерживающей позицией со стороны врача без агрессивных и враждебных реакций.

Ключевые слова: образ врача, приверженность к терапии, гипертоническая болезнь, комплаентность, диада «врач-пациент», медицинская помощь, лечебное взаимодействие; модель взаимодействия.

Введение

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее распространёнными и опасными среди всех остальных патологий, которые приводят к инвалидизации и смертности среди лиц трудоспособного возраста. Согласно полученным данным Росстата за 2024 год, показатель смертности от болезней систем кровообращения, к которым относится гипертоническая болезнь, составил 167,9 человек на 100 тыс. населения (Hypertensive diseases в МКБ-10 (I10-I15) – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением). Распространённость артериальной гипертензии в Российской Федерации за последние 19 лет увеличилась с 33,9 % до 43,3 %. По данным зарубежных исследований было установлено, что у 18,0 % больных, перенёвших инфаркт миокарда, установлено острое стрессовое расстройство, а у 16,0 % больных было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство. Таким образом, гипертоническая болезнь может развиваться вследствие психологического фактора и стать хронической, а в дальнейшем может протекать уже независимо от наличия психологических причин (стресса, психологических травм и т.д.), а по причине проблем с сосудами [1, 2].

В исследовании Груздевой А.А., Харитоновой Е.А., Мотылевой Е.А. и др. [3] было обнаружено, что у больных гипертонической болезнью снижается потенциал жизненного ресурса, отмечается низкая медицинская активность, а также увеличивается распространение вредных привычек, что указывает на недостаточную приверженность пациентов лечению.

В клинической психологии в качестве одного из важных факторов формирования приверженности лечению и комплаентности пациента рассматривается эффективное взаимодействие в системе «врач-пациент». Отношения между врачом и пациентом требуют доверительного контакта и проявления эмпатии со стороны врача. На сегодняшний день гипертоническую болезнь относят к психосоматическим заболеваниям, где ведущую роль отводят эмоциональному фактору [4, 7, 8]. Можно предположить, что восприятие данной болезни имеет негативную семантическую и эмоциональную окраску, что может, соответственно, утяжелять её течение и негативно отражаться на психологическом статусе больного в виде неконструктивных стратегий поведения и реагирования.

За последние годы в медицинской психологии стало разрабатываться понятие «внутренней картины лечения» [13]. Во внутренней картине лечения основной акцент делается на восприятии и болезни, и лечебного процесса, в том числе восприятии пациентом медицинского работника. Образ врача у пациентов с гипертонической болезнью представлен как компетентный специалист, который определяет диагноз, помогает взять под контроль болезнь и назначает лечение. Однако для пациента важна также и поддерживающая психологическая составляющая в борьбе со своим заболеванием. В представлении пациента врач способен помочь справиться с негативными эмоциями, преодолеть страхи, которые вызваны заболеванием. В концепции Урываева В.А. [11] внутренняя картина лечения отражает ту активность, которую проявляет пациент в ходе реализации стратегии лечения, выработанной совместно с врачом.

Фомина Н.В., Фомин И.В., Федосеева Т.Е. [12] в своей работе отмечают, что готовность пациента к ответственности за собственное состояние и следование врачебным рекомендациям отражается лишь на уровне понимаемого конструкта. В исследовании также установлены статистические связи с показателями комплаенса с медицинским персоналом, которые нужно формировать в процессе сотрудничества и коммуникативного взаимодействия, к которому пока ещё не готовы как сами врачи, так и пациенты [9]. У больных ГБ отмечается склонность к реализации в патерналистской модели отношений с врачом, когда тот направляет, ведёт за собой, опекает пациента.

Известно, что внутренняя картина болезни детерминирует поведение человека в ситуации болезни, выражающееся в своевременном обращении за медицинской помощью, соблюдении врачебных рекомендаций и режима. Эффективное лечебное взаимодействие напрямую зависит от приверженности к терапии больных, от их активности и участия в лечебном взаимодействии, а также от того, насколько пациент доверяет медицинскому персоналу и данному лечебному учреждению. Современные психологические исследования в области медицинской психологии направлены на изучение внутренней картины болезни пациентов, её компонентов. Понимание внутренней картины болезни у пациентов в данных исследованиях является комплексным и содержит различные уровни представлений, в том числе и представления о враче. Изучение данного феномена необходимо для понимания смыслового контекста, который в итоге влияет на мотивацию, поведение, эмоциональное состояние и приверженность лечению пациента. В настоящее время практически нет исследований в медицинской психологии, посвящённых представлениям об образе врача у пациентов кардиологического профиля.

Цель исследования: оценка образа врача у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань, Россия). Анализировались данные по 418 больным гипертонической болезнью (215 женщин и 203 мужчины, средний возраст $45 \pm 7,4$ лет). На момент обследования больные проходили стационарное лечение и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов. У всех пациентов был диагноз по МКБ-10: гипертензивная (гипертоническая) болезнь (I10–I15), из них 298 больных ГБ 2-й стадии и 120 больных ГБ 3-й стадии. *Гипертоническая болезнь* – стойкое повышение артериального давления. Диагноз по МКБ-10: гипертензивная (гипертоническая) болезнь (I10–I15) 2-й и 3-й стадии. Для второй стадии ГБ характерно стойкое повышение артериального давления до уровня 160/110 мм рт. ст. и выше. Для больных гипертонической болезнью третьей стадии характерно тяжёлое течение: давление повышается до 180/110 мм рт. ст. и выше. Течение ГБ нередко осложняется гипертоническими кризами – быстрым резким повышением АД.

Методики исследования. В качестве методов диагностики психологических особенностей, приверженности к терапии и психоэмоционального статуса больных гипертонической болезнью использовались опросные методы, в частности, психодиагностические методики: 1) КОП-25 «Опросник количественной оценки приверженности лечению» (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко)], который состоит из 25 вопросов для количественной оценки приверженности пациентов к лечению по следующим параметрам: приверженность к лекарственной терапии, к медицинскому сопровождению, к модификации образа жизни и интегральная приверженность к лечению [5, 6]; 2) тест межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик), который предназначен для исследования представлений субъекта о себе и идеальном «я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах [10]. Регистрация эмпирических данных

осуществлялась с использованием интернет-сервиса «Google-формы».

Процедура исследования заключалась в индивидуальном опросе респондентов, проводимом в очном формате; среднее время опроса составило 30 минут. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» (г. Астрахань, Россия) (№ 8 от 22 декабря 2023 г.). Пациенты были проинформированы о целях и задачах исследования и подписали письменное информированное согласие на участие в данном исследовании. При заявленном желании пациентов им по результатам прохождения психологической диагностики была дана обратная связь на индивидуальной консультации.

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены: расчёт параметров дескриптивной статистики, линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена. Используемые средства: статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программного пакета Statistica 22.0. Результаты исследования представлены в рисунках и таблицах.

Результаты и их анализ

В результате исследования у больных гипертонической болезнью был выявлен низкий уровень общей приверженности лечению ($41,1 \pm 0,33$), что означает низкую вовлечённость в выполнение больным рекомендаций врача в отношении приёма лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни (рис. 1). Кроме того, у больных гипертонической болезнью выявлены низкие значения приверженности и к лекарственной терапии ($41,8 \pm 0,32$), и медицинскому сопровождению ($43,02 \pm 0,35$), а также к изменению образа жизни ($34,6 \pm 0,36$). Таким образом, пациенты, проходящие стационарное лечение, не склонны выполнять медицинские рекомендации и основанные на них действия по снижению риска повышения АД.

Анализ данных, полученных по тесту межличностных отношений Т. Лири у больных гипертонической болезнью выявил следующие результаты (рисунок 2). По оценке интегральных психологических показателей реального образа врача у больных гипертонической болезнью были выявлены доминирующие значения: «сотрудничающий» (4,4), «великодушный» (3,33), «властный»

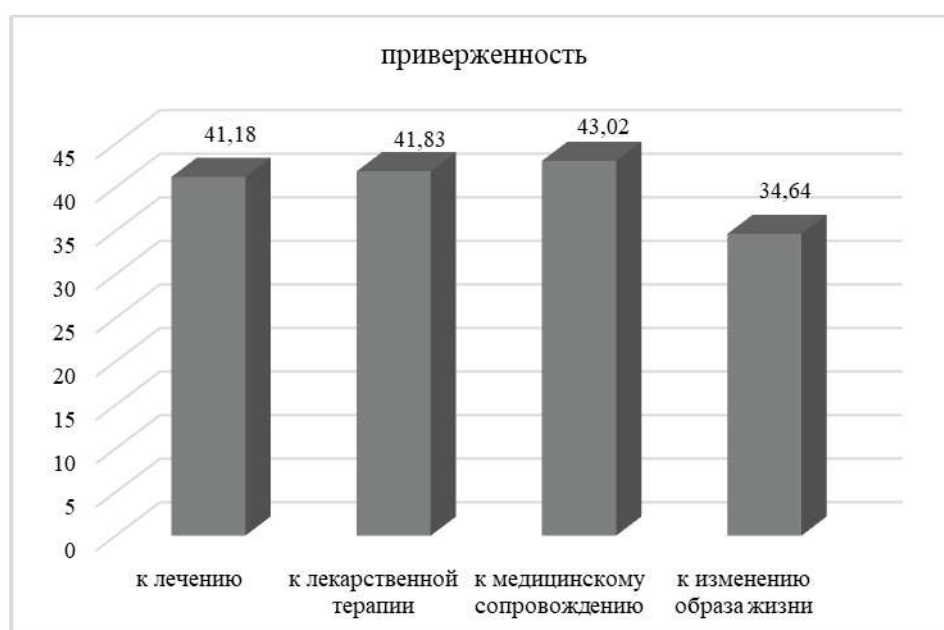


Рис. 1. Средние значения показателей КОП-25 у больных ГБ
(составлено авторами по материалам исследования)

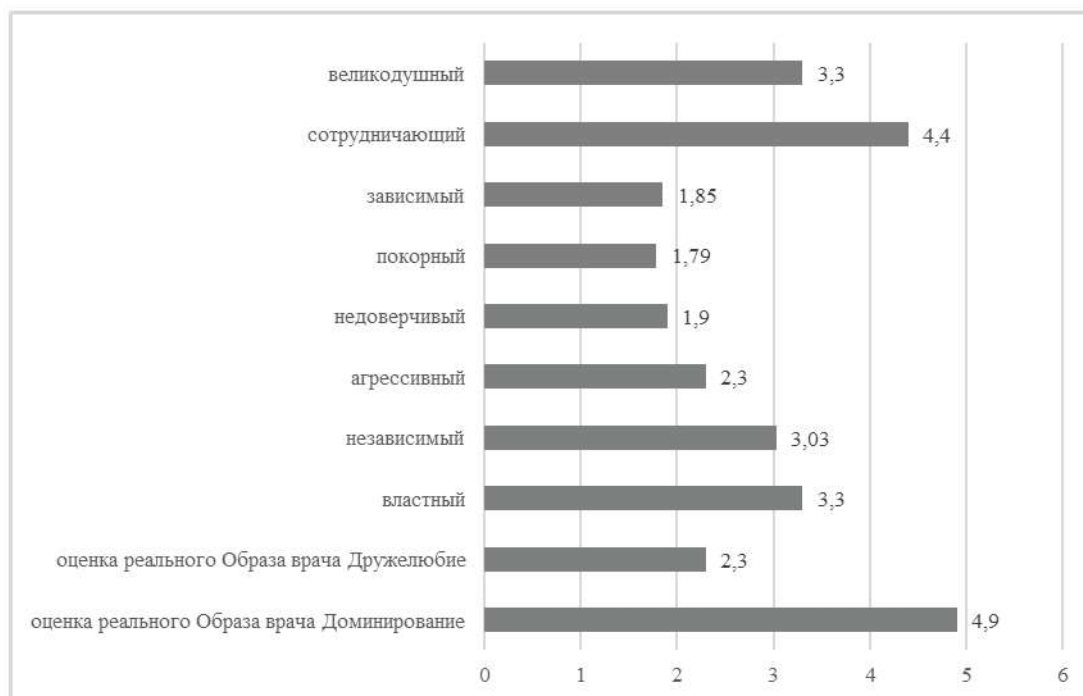


Рис. 2. Средние значения показателей теста межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик) у больных ГБ (составлено авторами по материалам исследования)

(3,3). Данный результат означает, что больные гипертонической болезнью в реальном образе и представлении о враче видят такие личностные характеристики как дружелюбное отношение к окружающим, выраженная готовность помогать окружающим, а также тенденция к доминированию, стремление вести за собой и подчинять своей воле других.

При анализе средних значений показателей теста межличностных отношений Т. Лири у больных гипертонической болезнью оценки идеального образа врача отмечаются следующие показатели: «сотрудничающий» (3,3), «властный» (3,1), «независимый» (3,0). Главными характеристиками идеального образа врача должно быть дружелюбное отношение к окружающим, уверенность в себе, умение быть хорошим наставником и организатором, свойства руководителя, независимость, экстравертированность (рис. 3).

Необходимо отметить, что при сопоставлении значений идеального и реального образа врача у больных гипертонической болезнью отмечаются равные значения в показателе «дружелюбие» (2,39). Высокое значение при оценке как реального, так и идеального образа врача набрал показатель

«доминирование». Для пациентов большое значение имеют такие личностные характеристики врача как выраженное стремление человека к лидерству в общении, к доминированию, уверенность в себе, высокая ответственность.

В результате корреляционного анализа взаимосвязи между показателями приверженности к лечению (методика КОП-25) и типом межличностных отношений (тест диагностики межличностных отношений Т. Лири) с использованием критерия Ч. Спирмена были получены результаты, представленные в таблице.

В результате корреляционного анализа установлено, что приверженность к лекарственной терапии имеет сильные корреляционные связи с оценкой реального образа врача «доминирование» ($r = 0,814$; уровень значимости 0,05). Другими словами, пациент склонен выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов, если пациент ощущает, что врач имеет выраженное стремление к лидерству в общении, к доминированию, уверенность в себе, высокую ответственность.

Установлены сильные корреляционные связи между приверженностью к медицин-

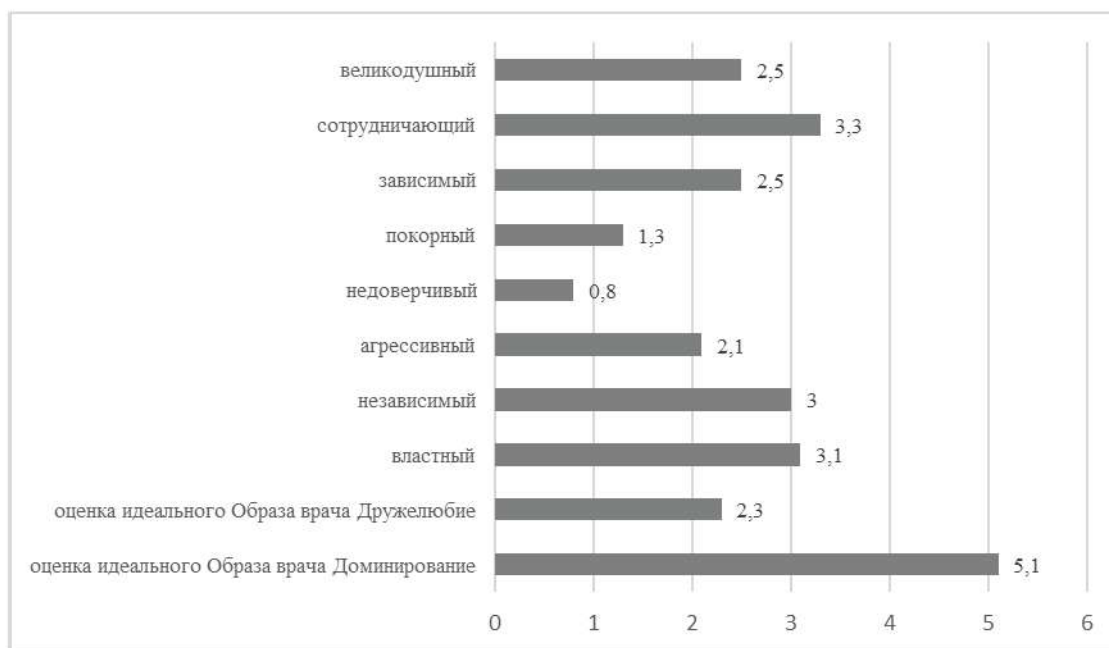


Рис. 3. Средние значения показателей теста межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик) у больных ГБ (составлено авторами по материалам исследования)

скому сопровождению и оценкой реального образа врача «доминирование» ($r = 0,861$; уровень значимости $0,05$). Данный результат свидетельствует о том, что пациент готов посещать назначенные медицинские процедуры, выполнять рекомендации врача, если врач занимает доминирующую позицию, склонен к лидерству, обладает лёгкостью

и быстротой в принятии решений, оптимистичностью. Кроме того, установлены сильные корреляционные связи между компонентами межличностных отношений «независимый» ($r = 0,782$; уровень значимости $0,05$), «агрессивный» ($r = 0,557$; уровень значимости $0,05$), «недоверчивый» ($r = 0,625$; уровень значимости $0,05$) и оценкой образа врача

Взаимосвязь приверженности к терапии у больных ГБ и показателей теста межличностных отношений Т. Лири (в рос. адаптации Л.Н. Собчик)

Показатели	оценка реального образа врача доминирование	покорный	p
Приверженность к терапии	0,234	0,079	$\leq 0,05$
Приверженность к лекарственной терапии	0,814*	0,115*	$\leq 0,05$
Приверженность к медицинскому сопровождению	0,861*	0,077	$\leq 0,05$
Приверженность к изменению образа жизни	-0,010	0,108	$\leq 0,05$
Независимый	0,782*	0,219	$\leq 0,05$
Агрессивный	0,557*	0,709	$\leq 0,05$
Недоверчивый	0,625*	0,212	$\leq 0,05$
Сотрудничающий	0,250	0,628*	$\leq 0,05$
Оценка идеального образа врача – доминирование	-0,005	0,688*	$\leq 0,05$

Примечание: * – корреляция значима на уровне $0,05$ (двусторонняя).

«доминирование». Полученный результат означает, что чем более высокие показатели агрессивности, независимости и недоверчивости в межличностном общении врача, тем выше оценка образа врача «доминирование» у больных ГБ. Также результаты корреляционного анализа отразили высокую положительную связь в показателях межличностного общения «сотрудничающий» ($r = 0,628$; уровень значимости 0,05) и оценкой идеального образа врача «доминирование» ($r = 0,688$; уровень значимости 0,05) с показателем «покорный». Для пациентов ГБ идеальный образ врача связан с тем, что врач обладает повышенным чувством ответственности, склонен к тому, чтобы брать на себя вину при неудачах, щепетил в вопросах морали и совести.

Статистический анализ данных показал, что нет гендерной специфики в представлениях пациентов о реальном и идеальном образе врача, а также не имеет значения стадия заболевания ГБ.

Обсуждение результатов

Несмотря на то, что образы реального и идеального врача у пациентов с ГБ похожи, по всем шкалам получены значимые различия. Это говорит о том, что различия в образах при внешней схожести всё же имеют значение для представления о том, что больные хотели бы видеть врача менее агрессивным и враждебным, но более независимым и авторитетным. Также результаты исследования показали, что высокая приверженность к терапии связана с определёнными характеристиками образа врача у пациентов. Корреляционный анализ выявил сильные связи между приверженностью к лекарственной терапии у больных ГБ и оценкой реального образа врача, что свидетельствует о том, что чем выше приверженность к лекарственной терапии у больных ГБ, тем выраженней образ врача как уверенного, занимающего лидирующую позицию в отношении пациента. Данный результат согласуется с полученными ранее данными о том, что у больных ГБ отмечается приверженность патерналистской модели

отношений с врачом, когда тот направляет, ведёт за собой и опекает пациента.

Последующий анализ результатов позволил сделать следующие выводы:

1) образ реального врача у больных гипертонической болезнью представлен характеристиками, связанными с дружелюбным отношением к окружающим, выраженной готовностью помогать окружающим, а также тенденцией к доминированию и лидерскими качествами. Врач для больных на начальном этапе лечебно-диагностического процесса представляет привлекательный субъект взаимодействия;

2) образ идеального врача у больных гипертонической болезнью представлен характеристиками, похожими на образ реального врача, но с менее выраженными компонентами авторитарного поведения, такими как агрессивность и властность. Однако при этом врач должен быть более автономным в своих решениях – это демонстрируют такие черты как большая степень независимости и меньшая выраженность сотрудничества, что выражается в более дружелюбном отношении к окружающим, умении быть хорошим наставником, организатором и руководителем, но независимым и уверенным в себе. Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи приверженности лечению и доминантного стиля взаимодействия, но при этом пациенты хотели бы видеть меньше агрессивных и враждебных реакций со стороны врача.

Заключение

На сегодняшний день гипертоническая болезнь (ГБ) является наиболее распространённой патологией среди болезней систем кровообращения, которая может приводить к осложнениям и летальному исходу. Неприверженность к лечению у больных приводит к более тяжёлым последствиям в виде осложнений и инвалидизации, что, в свою очередь, оказывает влияние на экономические потери. Исследование показало, что характеристики воспринимаемого образа врача могут быть взаимосвязаны с компонентами приверженности лечению. Доминирующий

стиль межличностного взаимодействия имеет положительную связь с приверженностью к лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. При этом доминирование должно сопровождаться поддерживающей позицией со стороны врача без агрессивных и враждебных реакций.

Полученные результаты открывают перспективы для определения причин неудовлетворённости качеством оказания медицинской помощи, низкой приверженности к лечению, а также оптимизации коммуникативной компетентности врачей при взаимодействии с пациентами.

Литература

1. Абдуллаева А.С., Бузина Т.С., Шаповалова М.А. Изучение мишеней психологических интервенций для больных гипертонической болезнью // Мозг и интеллект: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 95-летию Л.С. Цветковой, Москва, 04–05 декабря 2024 года. Москва: Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 2025. С. 93–98.
2. Бузина Т.С., Абдуллаева А.С. Индивидуально-психологические особенности больных, страдающих гипертонической болезнью: Обзор литературы // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12, № 4(47). С. 355–364. DOI 10.23888/humJ2024124355-364.
3. Груздева А.А., Харитоновна Е.А., Мотылева Е.А. [и др.]. Результаты интегральной оценки потенциала образа жизни больных артериальной гипертензией с разным уровнем результативности лечения. Архив внутренней медицины. 2018. Т. 8, № 6. С. 444–450. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2018-8-6-444-450>.
4. Костина Л.А., Кубекова А.С. Психологический статус больных гипертонической болезнью. Монография. М.: Мир науки, 2021. 100 с. URL: <https://izd-mn.com/PDF/39MNNPM21.pdf> (дата обращения: 22.11.2025).
5. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия. 2018. № 1. С. 72–77.
6. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html> (дата обращения: 22.01.2024).
7. Руденко А.Ю., Суровцева В.Ю., Кулакова Л.Ю. Роль врача первичного звена в профилактике артериальной гипертензии у лиц трудоспособного возраста // Тюменский медицинский журнал. Т. 17, № 2. 2015. С. 44–46.
8. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения // Вестник психотерапии. 2020. № 74(79). С. 97–109.
9. Сорокина А.О. Комплаенс пациентов с гипертонической болезнью // Устойчивое развитие науки и образования. 2018. № 5. С. 102–107.
10. Тест диагностики межличностных отношений Лири [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/classic/leary-run.html> (дата обращения: 22.01.2024).
11. Урываев В.А. «Внутренняя картина лечения» как клиничко-психологический феномен [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 5(22). С. 1–11. URL: <http://mprj.ru>. (дата обращения: 20.10.2025).
12. Фомина Н.В., Фомин И.В., Федосеева Т.Е. Отношение врачей и пациентов к лечению болезни как социально-психологическая проблема (на примере лечения артериальной гипертензии) // Вестник Мининского университета. 2016. № 2(15). С. 28.
13. Ялтонский В.М. Модель внутренней картины фармакотерапии // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф. М., 2011. С. 41–45.
14. 013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2013. Vol. 34. Pp. 2159–2219.
15. Yousuf F.S., Khan M.A.A., Bibi R. [et al.]. Medication Adherence in Patients with Uncontrolled Hypertension & Hypertensive Crisis Presenting to a Hospital Setting in Karachi, Pakistan // Cureus. 2023, Jan 20. N 15(1). e33995. DOI: 10.7759/cureus.33995.
16. Nikolic A., Djuric S., Biocanin V. [et al.]. Predictors of non-adherence to medications in hypertensive patients // Iran J Public Health. 2023 Jun. Vol. 52, N 6. Pp. 1181–1189. DOI: 10.18502/ijph.v52i6.12960. PMID: 37484158; PMCID: PMC10362828.

Поступила 22.01.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: Т.С. Бузина – концепция и дизайн, организация исследования, научное редактирование, проверка критического содержания; А.С. Кубекова – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, редактирование статьи; Л.П. Великанова – научное редактирование, проверка критического содержания.

Для цитирования. Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П. Результаты оценки образа врача у больных гипертонической болезнью // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-38-48.

T. S. Buzina¹, A. S. Kubekova², L. P. Velikanova²

Results of Assessing the Image of a Doctor in Patients with Hypertension

¹ Russian University of Medicine (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russia);

² Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, Russia)

Tatyana Sergeevna Buzina – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of General Psychology, Russian University of Medicine, (4, Dolgorukovskaya Str., Moscow, 127006, Russia), e-mail: tbuzina@gmail.com; ORCID: org/HNQ-7192-2023, SPIN 5867-0099;

✉ Aliya Salavatovna Kubekova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Narcology and Psychotherapy, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: alya_kubekova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6534-7035, SPIN 6682-3573;

Lyudmila Petrovna Velikanova – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Narcology and Psychotherapy, Astrakhan State Medical University (121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: rufam@mail.ru; ORCID: 0009-0007-8570-0290; SPIN 6178-2366

Abstract

Relevance. Cardiovascular diseases currently represent the most prevalent and hazardous group of pathologies, leading to disability and mortality among the working-age population. An important factor in the effectiveness of hypertension treatment is the quality of the physician–patient relationship, which is largely determined by patients’ perceptions of and attitudes toward the physician.

Intention – assessment of the image of a doctor in patients with hypertension.

Materials and methods. The study was conducted at the private healthcare facility “Medical and Sanitary Unit” (Astrakhan, Russia). Data from 418 patients with essential hypertension were analyzed, including 215 women and 203 men, with a mean age of 45 ± 7.4 years. At the time of assessment, all patients were receiving inpatient treatment and were under the supervision of cardiologists and general practitioners. To assess the psychological characteristics and psychoemotional status of patients with hypertension, survey methods were used, specifically the following psychodiagnostic techniques: 1) KOP-25 “Quantitative Assessment of Treatment Adherence Questionnaire” (N.A. Nikolaev, Yu.P. Skirdenko); 2) T. Leary’s Interpersonal Relationships Test (adapted in Russian by L.N. Sobchik). The following methods were used for statistical processing of the empirical data: calculation of descriptive statistics parameters, linear correlation coefficient, and correlation analysis using Spearman’s rank correlation criterion. Statistical analysis of the study results was performed using the Statistica 22.0 software package.

Results. The analysis of the results led to the following conclusions: (1) the image of the real physician in patients with essential hypertension was characterized by friendliness toward others, a pronounced willingness to help, as well as a tendency toward dominance, leadership, and influencing

others. At the initial stage of the diagnostic and treatment process, the physician was perceived by patients as an attractive interaction partner; (2) the image of the ideal physician was characterized by friendliness, self-confidence, the ability to act as a competent mentor and organizer, leadership qualities, independence, and extraversion.

Conclusion. The study demonstrated that the characteristics of the perceived physician image may be associated with components of treatment adherence. A dominant style of interpersonal interaction showed a positive relationship with adherence to pharmacological treatment and medical follow-up. At the same time, dominance should be accompanied by a supportive attitude on the part of the physician and should not involve aggressive or hostile reactions.

Keywords: physician image, adherence to therapy, hypertension, compliance, doctor-patient dyad, medical care, therapeutic interaction; interaction model.

References

1. Abdullaeva A.S., Buzina T.S., Shapovalova M.A. Izuchenie mishenei psikhologicheskikh interventsii dlya bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [Study of targets of psychological interventions for patients with hypertension]. *Mozg i intellekt: sbornik materialov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoi 95-letiyu L.S. Tsvetkovoi* [Brain and intelligence: Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 95th anniversary of L.S. Tsvetkova]. Moscow, 2025. Pp. 93–98. (In Russ.)
2. Buzina T.S., Abdullaeva A.S. Individual'no-psikhologicheskie osobennosti bol'nykh, stradayushchikh gipertonicheskoi boleznyu: obzor literatury [Individual psychological characteristics of patients suffering from hypertension: literature review]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2024; 12(4(47)): 355–364. DOI 10.23888/humJ2024124355-364. (In Russ.)
3. Gruzdeva A.A., Kharitonova E.A., Motyleva E.A. [et al.]. Rezul'taty integral'noi otsenki potentsiala obraza zhizni bol'nykh arterial'noi gipertenziei s raznym urovnem rezul'tativnosti lecheniya. [Results of an integrated assessment of the lifestyle potential of patients with arterial hypertension with different levels of treatment effectiveness]. *Arkhiv" vnutrennei meditsiny* [Archives of Internal Medicine]. 2018; 8(6): 444–450. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2018-8-6-444-450> (In Russ.)
4. Kostina L.A., Kubekova A.S. Psikhologicheskii status bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [Psychological status of patients with hypertension]. Monograph. Moscow, 2021; 100. Online publication. <https://izd-mn.com/PDF/39MNNPM21.pdf> (In Russ.)
5. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P. Rossiiskii universal'nyi oprosnik kolichestvennoi otsenki priverzhennosti k lecheniyu (KOP-25) [Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment (KOP-25)]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical Pharmacology and Therapy], 2018; (1): 72–77 (In Russ.)
6. Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment (COP-25) [electronic resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html>. (In Russ.)
7. Rudenko A.Yu., Surovtseva V.Yu., Kulakova L.Yu. Rol' vracha pervichnogo zvena v profilaktike arterial'noi gipertenzii u lits trudospособnogo vozrasta [The role of a primary care physician in the prevention of arterial hypertension in individuals of working age]. *Tyumenskii meditsinskii zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2015; 17(2): 44–46. (In Russ.)
8. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh psikhosomaticheskogo profilya s razlichnymi strategiyami zashchitno-sovladayushchego povedeniya [Psychological characteristics of psychosomatic patients with various strategies of protective-coping behavior]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2020; (74(79)): 97–109. (In Russ.)
9. Sorokina A.O. Komplains patsientov s gipertonicheskoi boleznyu [Compliance of patients with hypertension]. *Ustoichivoe razvitie nauki i obrazovaniya* [Sustainable development of science and education]. 2018; (5): 102–107. (In Russ.)
10. Leary interpersonal relationship diagnostic test [electronic resource]. *PsyTests*. Online psychological tests. URL: <https://psytests.org/classic/leary-run.html> (In Russ.)
11. Uryvaev V. A. Vnutrennyaya kartina lecheniya» kak kliniko-psikhologicheskii fenomen [Elektronnyi resurs] [“The internal picture of treatment” as a clinical and psychological phenomenon [Electronic resource]]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal]. 2013; (5(22)): 1–11. URL: <http://mprj.ru>. (In Russ.)
12. Fomina N.V., Fomin I.V., Fedoseeva T.E. Otnoshenie vrachei i patsientov k lecheniyu bolezni kak sotsial'no-psikhologicheskaya problema (na primere lecheniya arterial'noi gipertonii) [The attitude of doctors and patients to disease treatment as a socio-psychological problem (using the treatment of arterial hypertension as an example)]. *Vestnik Mininskogo universiteta* [Bulletin of Minin University]. 2016; (2(15)): 28. (In Russ.)

13. Yaltonsky V.M. Model' vnutrennei kartiny farmakoterapii [Model of the Internal Picture of Pharmacotherapy]. *Klinicheskaya psikhologiya v zdravookhranении i obrazovanii: sbornik materialov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Clinical psychology in healthcare and education: collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference]. Moscow, 2011: 41–45. (In Russ.).
 14. 013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2013, 34: 2159–2219.
 15. Yousuf F.S., Khan M.A.A., Bibi R. [et al.]. Medication adherence in patients with uncontrolled hypertension & hypertensive crisis presenting to a hospital setting in Karachi, Pakistan. *Cureus*. 2023, Jan 20; (15(1)): e33995. DOI: 10.7759/cureus.33995.
 16. Nikolic A., Djuric S., Biocanin V. [et al.]. Predictors of non-adherence to medications in hypertensive patients. *Iran J Public Health*. 2023 Jun; 52(6): 1181–1189. DOI: 10.18502/ijph.v52i6.12960. PMID: 37484158; PMCID: PMC10362828.
-

Received 22.01.2026

For citing: Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P. Rezul'taty otsenki obraza vracha u bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 38–48. (In Russ.)

Buzina T.S., Kubekova A.S., Velikanova L.P. Results of assessing the image of a doctor in patients with hypertension. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-38-48.

А.Д. Дубинская

ОПРОСНИК СОМАТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СИМПТОМОВ СТРЕССА (СОСС): МАСШТАБНАЯ ПИЛОТНАЯ ВАЛИДАЦИЯ (III ЭТАП)

Международный университет восстановительной медицины
(Россия, Москва, Фурманский пер., д. 8, стр. 2)

Введение. Диагностика соматических проявлений стресса занимает одно из центральных мест в современной медицинской психологии. Между тем существующие инструменты лишь фрагментарно охватывают физиологические системы, вовлечённые в стресс-реакцию, а ряд клинически значимых симптомов – в частности, нарушения мышечного тонуса и иммунные проявления – остаётся вне поля стандартной диагностики. Разработка нового полисистемного опросника открывает возможности для комплексного изучения структуры и механизмов соматизации, включая редко анализируемые, но диагностически важные её проявления.

Цель. Провести масштабную пилотную валидацию опросника «Соматическая оценка симптомов стресса» (СОСС) для оценки психометрических свойств и разработки нормативных данных.

Материал и методы. В исследовании принял участие 1631 русскоязычный респондент (59,2 % женщин, 40,8 % мужчин) в возрасте от 19 до 70 лет (медиана – 35 лет). Надёжность оценивалась с помощью коэффициентов α Кронбаха, G_6 Гутмана, ω_r , ω_l МакДональда. Для оценки психометрических свойств опросника СОСС использовался подтверждающий факторный анализ (CFA) и корреляционный анализ с валидированными шкалами стресса (PSM-25), соматических симптомов (PHQ-15), тревоги (HAM-A), депрессии (Zung), жизнестойкости (BRS) и личностных черт (FPI). Пороговые значения определялись методом ROC-анализа.

Результаты и их анализ. Исследование подтвердило высокую внутреннюю согласованность опросника, его структуру, а также конвергентную и дискриминантную валидность. Были установлены пороговые значения, позволяющие классифицировать уровень соматизации стресса как низкий, умеренный и высокий.

Заключение. Масштабная валидация подтвердила, что опросник СОСС является надёжным и валидным инструментом для комплексной оценки соматических проявлений стресса. Его ключевые преимущества – комплексный охват и включение специфических маркеров (в частности, симптомов бруксизма) – делают его ценным ресурсом для специалистов в области клинической психологии, неврологии и стоматологии. Опросник может быть рекомендован для использования в скрининговых, диагностических и исследовательских целях.

Ключевые слова: соматизация стресса, психометрическая валидация, опросник, бруксизм, стресс.

Введение

Проблема диагностики стресса и его соматических проявлений занимает одно из центральных мест в современной медицин-

ской психологии. По данным ВОЗ, более миллиарда человек в мире страдают тревожными и депрессивными расстройствами, а самооценка уровня стресса населением за последние 18 лет выросла вдвое [12].

Одной из ключевых особенностей стресса является соматизация – процесс, при котором негативные эмоциональные состояния проявляются через телесные симптомы. Согласно данным исследований, распространённость соматизации в общей популяции достигает 34 %, а в клинических выборках – значительно выше [20]. Поэтому разработка и валидация инструментов для диагностики соматических проявлений психоэмоционального стресса занимает одно из центральных мест в современной медицинской психологии.

Несмотря на широкий спектр методик для оценки стресса, большинство из них лишь фрагментарно охватывают физиологические системы, вовлечённые в стресс-реакцию. Так, симптомы со стороны иммунной системы учитываются лишь в 5 % проанализированных методик, нарушения мышечного тонуса, в частности, гипертонус лицевых мышц, – в 12 %, а изменения дыхательных паттернов – в 53 % [4].

Для решения этой задачи был разработан опросник «Соматическая оценка симптомов стресса» (СОСС). Дизайн опросника и план валидационного исследования представлены в опубликованном протоколе [5]. На первом этапе осуществлена методологическая разработка инструмента [6]. На втором проведена первичная психометрическая проверка на выборке из 501 участника, подтвердившая высокую внутреннюю согласованность, факторную структуру и конвергентную валидность [7]. Настоящая работа представляет третий, завершающий этап валидации опросника СОСС. Цель исследования – подтвердить факторную структуру и психометрические свойства методики на расширенной выборке ($n = 1631$), а также разработать диапазон значений опросника.

Структура и содержание опросника СОСС

Итоговая версия опросника включает 55 утверждений, равномерно распределённых по восьми физиологическим субшкалам: сердечно-сосудистой, пищеварительной, иммунной, нервно-мышечной, вегетативной,

дыхательной, когнитивной систем и гипертонуса жевательных мышц.

Каждое утверждение оценивается респондентом по двум восьмибалльным шкалам (от 0 до 7): «Сила» (степень выраженности симптома) и «Частота» (частота его проявления за последние две недели).

Материал и методы

Масштабная валидация проводилась на 1631 русскоязычном респонденте (965 женщин – 59,2 %; 666 мужчин – 40,8 %) в возрасте от 19 до 70 лет (медиана возраста = 35 годам).

По сравнению с этапом II возрастной диапазон был расширен в обе стороны: нижняя граница снижена с 25 до 19 лет для включения студенческой популяции, а верхняя граница повышена с 65 до 70 лет – для охвата лиц раннего пенсионного возраста.

Набор участников осуществлялся при содействии Лаборатории социологической экспертизы РАН и ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет» методом целевого онлайн-приглашения. В рамках онлайн-анкетирования персональные данные респондентов не использовались. Собирались только порядковые номера участников без фиксации ФИО, адреса, телефона или иных идентифицирующих сведений.

Критерии включения: возраст 19–70 лет, русскоязычные граждане, проживающие на территории Российской Федерации, владение русским языком, информированное добровольное согласие.

Критерии исключения: наличие острых или хронических заболеваний, указанных в социально-демографической анкете; выраженная ипохондрическая настороженность (сумма баллов по контрольным вопросам ≥ 12 баллов); неполное заполнение анкеты (пропуск хотя бы одного вопроса); отказ от участия в исследовании.

Исследование одобрено независимым этическим комитетом ФГБНУ «НИИОЗ им. Н.А. Семашко» (протокол № 7 от 10.11.2025) в соответствии с принципами Хельсинкской декларации 2024 года.

Методы анкетирования:

Каждый участник последовательно заполнял социально-демографическую анкету (пол, возраст, образование, род занятий, регион), опросник СОСС (55 пунктов, 8 субшкал), а также комплекс валидированных психометрических шкал:

- шкала психологического стресса PSM-25 [2, 16],
- шкала соматических симптомов PHQ-15 [8, 15],
- шкала тревоги Гамильтона (НАМА) [3],
- шкала депрессии Цунга [1, 24],
- Фрайбургский личностный опросник [14],
- шкала жизнеспособности BRS [15].

Статистические методы: внутренняя согласованность оценивалась с помощью коэффициента α Кронбаха, а также коэффициентов ω_h , ω_t МакДональда и G_6 Гутмана.

Поскольку распределение большинства пунктов опросника значительно отклонялось от нормального (тест Шапиро–Уилка, $p < 0,001$), конфирматорный факторный анализ (CFA) проводился с применением робастного метода максимального правдоподобия (MLR). Анализ выполнялся с помощью пакета lavaan в программе R версии 4.4.1. Для оценки подгонки модели использовались индексы CFI, RMSEA и SRMR.

Корреляционный анализ между суммарным баллом СОСС и внешними критериями проводился с использованием коэффициента Спирмена.

Для установления значимых пороговых значений проводился ROC-анализ – метод машинного обучения, в котором алгоритм перебирает все возможные точки отсечения и оптимизирует их по заданному критерию. В качестве внешнего критерия («золотого стандарта») использовалась шкала PSM-25 для бинарной классификации (стресс есть/нет). Рассчитывалась площадь под кривой (AUC). Оптимальные точки отсечения определялись методом максимизации суммы чувствительности и специфичности (индекс Юдена). На основе полученных данных разработаны нормативные диапазоны значений опросника.

Ретестовая надёжность в настоящем исследовании не оценивалась, поскольку была установлена на втором этапе валидации; её повторная оценка в рамках данного этапа не предусматривалась.

Результаты и их анализ

1. *Надёжность опросника.* Внутренняя согласованность опросника СОСС, оценённая на полной выборке, продемонстрировала превосходные показатели. Коэффициент альфа Кронбаха для всей шкалы составил $\alpha = 0,96$, $G_6 = 0,96$, а коэффициенты ω_h и ω_t – 0,92 и 0,97 соответственно.

2. *Конфирматорный факторный анализ (CFA).* Результаты CFA были аналогичны (без учёта ковариаций между вопросами разных шкал опросника) результатам пилотного исследования: Robust CFI = 0,852, RMSEA = 0,062 (90 % ДИ: 0,060–0,064), SRMR = 0,059.

3. *Корреляционный анализ.* Для оценки валидности были рассчитаны корреляции суммарного балла СОСС с внешними шкалами. Как и ожидалось, выявлены сильные положительные связи с опросниками, измеряющими схожие конструкты: PSM-25 (стресс): $r = 0,757$; НАМА (тревога): $r = 0,748$; PHQ-15 (здоровье): $r = 0,722$; шкала депрессии Цунга: $r = 0,615$. Все корреляции были статистически значимы ($p < 0,001$).

Анализ корреляций с подшкалами Фрайбургского личностного опросника (FPI) выявил значимые положительные связи ($p < 0,001$) с невротичностью (FPI 1: $r = 0,508$); эмоциональной лабильностью (FPI 11: $r = 0,490$); депрессивностью (FPI 3: $r = 0,462$); застенчивостью (FPI 8: $r = 0,370$); раздражительностью (FPI 4: $r = 0,362$); реактивной агрессивностью (FPI 7: $r = 0,233$); открытостью (FPI 9: $r = 0,221$) и спонтанной агрессивностью (FPI 2: $r = 0,248$).

Отрицательная связь обнаружена с общительностью (FPI 5: $r = -0,269$). Корреляции с уравновешенностью, экстраверсией – интроверсией и маскулинностью – феминизмом оказались незначимыми или минимальными. Значимая отрицательная корреляция со Шкалой жизнестойкости (BRS) ($r = -0,433$)

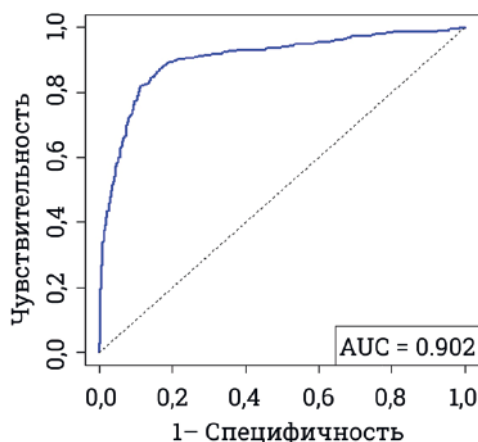


Рис. 1. ROC-кривые для нижнего порога опросника СОСС

подтвердила дискриминантную валидность опросника.

4. *Определение пороговых значений (ROC-анализ).* Для нижнего порога (разграничение уровней «низкий» и «умеренный/высокий» стресс) оптимальная точка отсечения составила $\geq 4,48$ балла: AUC = 0,902, чувствительность – 87,4 %, специфичность – 83,5 % (рис. 1).

Для верхнего порога (разграничение уровней «низкий/умеренный» и «высокий» стресс) оптимальная точка отсечения составила $\geq 14,20$ балла: AUC = 0,948, чувствительность – 94,7 %, специфичность – 94,5 % (рис. 2).

На основании полученных данных сформированы три диапазона интерпретации суммарного балла СОСС: низкий уровень стресса – 4,48 балла; умеренный – от 4,48 до 14,19 балла; высокий – 14,20 балла и выше (см. таб.).

Разработка и валидация СОСС опирались на пять международных стандартов. Десятишаговая модель Carpenter и рекомендации Cabrera-Nguyen определяли логику и последовательность этапов разработки [16–17]. Протокол COSMIN, руководство Streiner & Kottner и чек-лист CROSS задавали качество

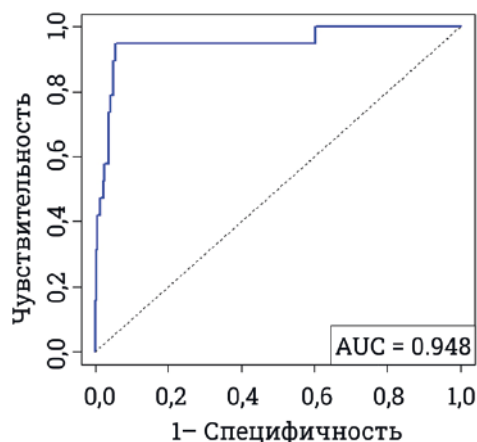


Рис. 2. ROC-кривые для верхнего порога опросника СОСС

проведения исследования, оценку психометрических свойств и отражение результатов. [17, 18, 21]

Объём выборки ($n = 1631$) при 55 пунктах опросника обеспечил соотношение участников к пунктам около 30:1, что значительно превышает рекомендуемый минимум 5:1 и оптимальный порог 20:1, а также соответствует категории «отлично». Это обеспечивает высокую статистическую мощность опросника.

Выполнены все требования чек-листа CROSS для онлайн опроса: описаны метод набора участников, временные рамки, критерии включения и исключения, анонимность данных, получено одобрение этического комитета. [18]

В соответствии с рекомендациями Streiner & Kottner [21] надёжность оценивалась не только коэффициентом α Кронбаха, но и коэффициентами ω Макдональда и G_6 Гутмана. Все три показателя продемонстрировали высокие значения ($\alpha = 0,96$, $\omega_h = 0,92$, $\omega_t = 0,97$), что свидетельствует об устойчивой внутренней согласованности опросника.

Выбор робастного оценщика MLR обоснован отклонением данных от нормально-

Определение пороговых значений СОСС

Граница	Разделение уровней	Балл СОСС	AUC	Чувствительность	Специфичность
Нижняя	Низкий/умеренный и высокий	$\geq 4,48$	0,902	87,4 %	83,5 %
Верхняя	Низкий и умеренный/высокий	$\geq 14,20$	0,948	94,7 %	94,5 %

го распределения [24]. Полученное качество факторной структуры модели ($CFI = 0,852$, $RMSEA = 0,062$, $SRMR = 0,059$) соответствуют критериям приемлемости для многопунктовых опросников и подтверждают структуру конструктора. Несколько сниженное значение CFI закономерно для моделей с большим числом пунктов: показано, что этот индекс систематически уменьшается по мере роста числа наблюдаемых переменных [14, 19], и значения выше 0,85 считаются приемлемыми в данном контексте. При этом $RMSEA$ и $SRMR$ укладываются в рекомендуемые пороги ($< 0,08$), что в совокупности подтверждает адекватное соответствие восьмифакторной модели эмпирическим данным.

Согласно протоколу COSMIN [9] оценивались как конвергентная, так и дискриминантная валидность. Найдены высокие корреляции с валидными шкалами, измеряющими стресс (PSM-25), тревогу (НАМА), соматические симптомы (PHQ-15) и депрессию (Zung). Отрицательная связь со шкалой жизнестойкости (BRS) ожидаемо доказывает его дискриминантную валидность.

Наконец, с помощью ROC-анализа были определены эмпирически обоснованные пороговые значения, которые позволяют разграничить низкий, умеренный и высокий уровни соматизации стресса, что имеет большое практическое значение для скрининга и клинической оценки.

Методологическая значимость опросника. СОСС является первым в России стандартизированным инструментом для комплексной оценки соматических проявлений стресса. Эмпирически обоснованные пороговые значения обеспечивают трёхуровневую интерпретацию результатов и могут быть непосредственно использованы в клинической и исследовательской практике.

Клиническая новизна опросника. СОСС имеет прикладное значение для неврологии, стоматологии и клинической психологии. В неврологии и стоматологии он способствует раннему выявлению парафункций жевательных мышц и бруксизма и, соответственно, своевременному планированию лечения, а в клинической психологии позволяет опре-

делять наиболее уязвимые физиологические системы конкретного пациента в период стресса и оперативно корректировать психотерапевтическую тактику.

Клиническая ниша опросника. Отдельного внимания заслуживает клиническая ниша опросника. Одной из ключевых проблем в работе с пациентами, переживающими хронический стресс, является алекситимия – сниженная способность осознавать и вербализовать собственные эмоциональные состояния [23]. Такие пациенты не предъявляют жалоб на стресс: их запрос формулируется исключительно на телесном уровне – головные боли, хроническая утомляемость, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, нарушения сна. Однако они не связывают эти симптомы с психологическим напряжением, а потому традиционные опросники стресса, требующие самоотчёта об эмоциональном состоянии, оказываются для них малоинформативными.

СОСС предлагает принципиально иной подход: отправной точкой служат не переживания, а телесные симптомы. Это позволяет выявить стресс там, где он ещё не осознан психологически, но уже проявляется на соматическом уровне. Врач общей практики или невролог, опираясь на жалобы пациента, может использовать СОСС как инструмент первичного скрининга – до того, как стрессовая природа симптомов не стала очевидной ни пациенту, ни специалисту.

Ограничения и перспективы. СОСС измеряет субъективное восприятие соматических симптомов, которые респондент связывает с переживанием стресса, – но не устанавливает их органическую или психогенную природу. Высокий балл по шкале ЖКТ или опорно-двигательного аппарата не исключает наличия самостоятельного заболевания. В этом отношении СОСС занимает ту же методологическую нишу, что и опросники боли: клинически значимым является сам факт субъективного дискомфорта, независимо от его этиологии. Разграничение стрессовой и органической природы симптомов требует дополнительного клинического обследования и остаётся задачей специалиста, а не инструмента скрининга.

Перспективным направлением является валидация СОСС с использованием объективных биомаркеров стресса – уровня кортизола и показателей вариабельности сердечного ритма, что позволит установить связь между субъективными жалобами и физиологическими параметрами.

Заключение

Масштабная пилотная валидация на выборке из 1631 участника подтвердила, что опросник СОСС обладает высокой внутренней согласованностью, приемлемой факторной структурой, а также конвергентной и дискриминантной валидностью. Эмпири-

чески обоснованные пороговые значения обеспечивают трёхуровневую интерпретацию результатов.

СОСС занимает уникальную методологическую нишу среди отечественных психодиагностических инструментов: комплексный охват соматических проявлений стресса, включение специфических маркеров (гипертонус жевательных мышц, иммунные и дыхательные симптомы) и ориентация на телесный, а не эмоциональный самоотчёт. Опросник может быть рекомендован для использования в скрининговых, диагностических и исследовательских целях специалистами в области клинической психологии, неврологии и стоматологии.

Литература

1. Балашова Т.И. Шкала самооценки депрессии Цунга (SDS) // Методы психодиагностики в наркологии. Санкт-Петербург: НИИ им. В. М. Бехтерева, 1992. С. 35–38.
2. Водопьянова Н.Е. Шкала психологического стресса PSM-25: русская адаптация // Педагогическая психология. 2021. № 3. С. 133–143.
3. Гамильтон М. Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A) // Современные методы оценки психического состояния: методические материалы. Москва: Научный центр психического здоровья РАМН, 2002. С. 45–48.
4. Дубинская А.Д., Юрова О.В. Протокол разработки и валидации опросника соматической оценки симптомов стресса (СОСС): многоэтапное психометрическое исследование // Образовательный вестник «Сознание». 2026. Т. 28, № 1. С. 36–53.
5. Дубинская А.Д., Юрова О.В. Опросник соматической оценки симптомов стресса (СОСС): теоретические основания и этапы разработки [Препринт] // PREPRINTS.RU. 2025. <https://doi.org/10.24108/preprints-3113638>.
6. Дубинская А.Д., Юрова О.В. Оценка соматических проявлений стресса: методологические ограничения стандартизированных опросников и пути создания нового инструмента // Образовательный вестник «Сознание». 2026. Т. 28, № 3. С. 22–37. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6846-2026-28-3-22-37>.
7. Дубинская А.Д., Юрова О.В. Опросник соматической оценки симптомов стресса: первичная психометрическая валидация (II этап) // Теоретическая и экспериментальная психология. 2025. Т. 18, № 4. С. 219–237. <https://doi.org/10.11621/TEP-25-37>.
8. Золотарева А.А. Оценка соматических симптомов в общей популяции: стандартизация русскоязычной версии PHQ-15 // Культурно-историческая психология. 2022. Т. 18, № 4. С. 38–46. <https://doi.org/10.17759/chp.2022180404>.
9. Крылов А.А., Ронгинская Т.И. Фрайбургский личностный опросник (FPI): модифицированная форма В // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. Санкт-Петербург: Питер, 2000. С. 314–324.
10. Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А. Русскоязычная версия краткой шкалы резилентности: психометрический анализ на примере выборок студентов, многодетных родителей и родителей детей с инвалидностью // Национальный психологический журнал. 2022. № 1. С. 65–75. <https://doi.org/10.11621/npj.2022.0106>.
11. Cabrera-Nguyen E.P. Author guidelines for reporting scale development and validation results // Journal of the Society for Social Work and Research. 2010. Vol. 1, N 2. Pp. 99–103. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.8>.
12. Canaletti E.F., Lun P., Stutzman L.D. [et al.]. Rising tide of stress: global trends and structural predictors over 18 years // Wellbeing, Space and Society. 2026. Vol. 10. P. 100319. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2025.100319>.
13. Carpenter S. Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers // Communication Methods and Measures. 2018. Vol. 12, N 1. Pp. 25–44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>.
14. Kenny D.A., McCoach D.B. Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling // Structural Equation Modeling. 2003. Vol. 10, N 3. Pp. 333–351.

15. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64, N 2. P. 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>.
16. Lemyre L., Tessier R., Fillion L. *Mesure de stress psychologique (MSP): manuel d'utilisation*. Montréal: Éditions Behavioara, 1990.
17. Mokkink L.B., Prinsen C.A. C., Patrick D.L. [et al.]. M. COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments. COSMIN, 2019. URL: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf (дата обращения: 03.03.2026).
18. Sharma A., Minh Duc N.T., Luu Lam Thang T. [et al.]. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS) // *Journal of General Internal Medicine*. 2021. Vol. 36, N 10. Pp. 3179–3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>.
19. Shi D., Lee T., Maydeu-Olivares A. Understanding the model size effect on SEM fit indices // *Educational and Psychological Measurement*. 2019. Vol. 79, N 2. Pp. 310–334.
20. Sperling E.L., Jennifer M. Hulett. A scoping review of somatization: characteristics and implications // *BMC Medical Education*. 2025. Vol. 25, N 1. P. 8221. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08221-4>.
21. Streiner D.L., Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing // *Journal of Advanced Nursing*. 2014. Vol. 70, N 9. Pp. 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>.
22. Tabachnick B.G., Fidell L.S. *Using multivariate statistics*. 6th ed. Pearson, 2013. 983 p. URL: <https://search.worldcat.org/title/859836695>.
23. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // *Psychosomatics*. 1991. Vol. 32, N 2. Pp. 153–164. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(91)72086-0).
24. Zung W.W.A Self-Rating Depression Scale // *Archives of General Psychiatry*. 1965. Vol. 12, N 1. Pp. 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>.

Поступила 20.03.2026

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Для цитирования. Дубинская А.Д. Опросник соматической оценки симптомов стресса (СОСС): масштабная пилотная валидация (III этап) // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 49–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-49-57.

A.D. Dubinskaya

Questionnaire for Somatic Assessment of Stress Symptoms (SOSS): Large-Scale Pilot Validation (Phase III)

International University of Restorative Medicine (8, Build. 2, Furmannyy Lane, Moscow, Russia)

✉ Anastasia Dmitrievna Dubinskaya – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Department of Restorative Medicine and Rehabilitation, Moscow University of Videogame and Modern Technology (MUVT) (8, Build. 2, Furmannyy Lane, Moscow, 105062, Russia), e-mail: dubinskaya@revitonica.ru, ORCID: 0000-0002-8587-2910

Abstract

Introduction. The assessment of somatic manifestations of stress occupies a central place in contemporary medical psychology. However, existing instruments provide only fragmentarily the physiological systems involved in the stress response, and a number of clinically significant symptoms – in particular, disturbances in muscle tone and immune manifestations – remain outside the scope of standard diagnostics. The development of a new polysystemic questionnaire offers opportunities for a comprehensive investigation of the structure and mechanisms of somatization, including its rarely analysed yet diagnostically important manifestations.

Objective. To conduct a large-scale pilot validation of the Questionnaire for Somatic Assessment of Stress Symptoms: primary psychometric validation (SOSS) in order to evaluate its psychometric properties and develop normative data.

Materials and Methods. The study involved 1,631 Russian-speaking respondents (59.2 % women, 40.8 % men) aged 19 to 70 years (median age – 35 years). Reliability was assessed using Cronbach's α , Guttman's G6, and McDonald's ω_h and ω_t coefficients. Confirmatory factor analysis (CFA) and correlation analysis with validated scales of stress (PSM-25), somatic symptoms (PHQ-15), anxiety (HAM-A), depression (Zung), resilience (BRS), and personality traits (FPI) were used to evaluate the psychometric properties of the SOSS. Threshold values were determined by ROC analysis.

Results. The study confirmed high internal consistency of the questionnaire, its factor structure, as well as convergent and discriminant validity. Threshold values were established enabling the classification of the level of stress somatization as low, moderate, and high.

Conclusions. The large-scale validation confirmed that the SOSS is a reliable and valid instrument for the comprehensive assessment of somatic manifestations of stress. Its key advantages – comprehensive coverage and the inclusion of specific markers (in particular, bruxism symptoms) – make it a valuable resource for specialists in clinical psychology, neurology, and dentistry. The questionnaire may be recommended for use in screening, diagnostic, and research purposes.

Keywords: stress somatization, psychometric validation, questionnaire, bruxism, stress.

References

1. Balashova T.I. Shkala samootsenki depressii Tsunga (SDS) [Zung self-rating depression scale (SDS)]. *Metody psikhodiagnostiki v narkologii* [Methods of psychodiagnostics in narcology]. Sankt-Peterburg, 1992. Pp. 35–38. (In Russ.)
2. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of stress]. Sankt-Peterburg, 2009. Pp. 133–143. (In Russ.)
3. Gamil'ton M. Shkala trevogi Gamil'tona (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A) [Hamilton anxiety rating scale (HAM-A)]. *Sovremennye metody otsenki psikhicheskogo sostoyaniya: metodicheskie materialy* [Contemporary methods for assessing mental state: methodological materials]. Moscow, 2002. Pp. 45–48. (In Russ.)
4. Dubinskaya A.D., Yurova O.V. Protokol razrabotki i validatsii oprosnika somaticheskoy otsenki simptomov stressa (SOSS): mnogoetapnoe psikhometricheskoe issledovanie [Protocol for the Development and validation of the somatic symptom stress assessment questionnaire (SOSS): a multi-stage psychometric study]. *Obrazovatel'nyy vestnik "Soznanie"* [Educational Bulletin "Consciousness"]. 2026; 28(1): 36–53. (In Russ.)
5. Dubinskaya A.D., Yurova O.V. Oprosnik somaticheskoy otsenki simptomov stressa (SOSS): teoreticheskie osnovaniya i etapy razrabotki [preprint]. [Somatic symptom stress assessment questionnaire (SOSS): theoretical foundations and development stages [preprint]. 2025 <https://doi.org/10.24108/preprints-3113638> (In Russ.)
6. Dubinskaya A.D., Yurova O.V. Otsenka somaticheskikh proyavleniy stressa: metodologicheskie ograniicheniya standartizirovannykh oprosnikov i puti sozdaniya novogo instrumenta [Assessment of somatic manifestations of stress: methodological limitations of standardised questionnaires and approaches to developing a new instrument]. *Obrazovatel'nyy vestnik "Soznanie"* [Educational Bulletin "Consciousness"]. 2026; 28(3): 22–37. (In Russ.)
7. Dubinskaya A.D., Yurova O.V. Oprosniksomaticheskoyotsenki simptomov stressa: pervichnaya psikhometricheskaya validatsiya (II etap) [Somatic symptom stress assessment questionnaire: [primary psychometric validation (phase II)]. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya* [Theoretical and Experimental Psychology]. 2025; 18(4): 219–237. <https://doi.org/10.11621/TEP-25-37> (In Russ.)
8. Zolotareva A.A. Otsenka somaticheskikh simptomov v obshchey populyatsii: standartizatsiya russkoyazychnoy versii PHQ-15 [Assessment of somatic symptoms in the general population: sandardisation of the russian-language version of the PHQ-15]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology]. 2022; 18(4): 38–46. <https://doi.org/10.17759/chp.2022180404> (In Russ.)
9. Krylov A.A., Ronginskaya T.I. Frayburgskiy lichnostnyy oprosnik (FPI): modifitsirovannaya forma V [Freiburg personality inventory (FPI): modified form B]. *Praktikum po eksperimental'noy i prikladnoy psikhologii* [Workshop on experimental and applied psychology]. Ed. A.A. Krylova, S.A. Manicheva. Sankt-Peterburg, 2000. Pp. 314–324. (In Russ.)
10. Markova V.I., Aleksandrova L.A., Zolotareva A.A. Russkoyazychnaya versiya kratkoy shkaly rezilientnosti: psikhometricheskii analiz na primere vyborok studentov, mnogodetnykh roditeley i roditeley detey s invalidnost'yu [Russian-language version of the brief resilience scale: psychometric analysis in samples of students, Large families, and parents of children with disabilities]. *Natsional'nyy psikhologicheskij zhurnal* [National Psychological Journal]. 2022; (1): 65–75. <https://doi.org/10.11621/npj.2022.0106> (In Russ.)

11. Cabrera-Nguyen E.P. Author guidelines for reporting scale development and validation. *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2010; 1(2): 99–103. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.8>
12. Canaletti E.F., Lun P., Stutzman L.D. [et al.]. Rising tide of stress: global trends and structural predictors over 18 years. *Wellbeing, Space and Society*. 2026; 10: 100319. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2025.100319>
13. Carpenter S. Ten steps in scale development and reporting: a guide for researchers. *Communication Methods and Measures*. 2018; 12(1): 25–44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
14. Kenny D.A., McCoach D.B. Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*. 2003; 10(3): 333–351.
15. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64(2): 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
16. Lemyre L., Tessier R., Fillion L. Mesure du stress psychologique (MSP): manuel d'utilisation. Montréal: Éditions Behavioara, 1990. 62 p.
17. Mokkink L.B., Prinsen C.A.C., Patrick D.L. [et al.]. COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments. COSMIN, 2019. URL: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf.
18. Sharma A., Minh Duc N.T., Luu Lam Thang T. [et al.]. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of general internal medicine*. 2021; 36(10): 3179–3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>
19. Shi D., Lee T., Maydeu-Olivares A. Understanding the model size effect on SEM fit indices. *Educational and Psychological Measurement*. 2019; 79(2): 310–334.
20. Sperling E.L., Jennifer M. Hulett. A scoping review of somatization: characteristics and implications. *BMC Medical Education*. 2025; 25(1): 8221. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08221-4>
21. Streiner D.L., Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(9): 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>
22. Tabachnick B.G., Fidell L.S. Using multivariate statistics. 6th ed. Pearson, 2013. 983 p. URL: <https://search.worldcat.org/title/859836695>
23. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 1991; 32(2): 153–164. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(91)72086-0)
24. Zung W.W. A Self-Rating depression scale. *Archives of general psychiatry*. 1965; 12(1): 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Received 20.03.2026

For citing Dubinskaya A.D. Oprosnik somaticheskoy otsenki simptomov stressa (SOSS): masshtabnaya pilotnaya validatsiya (III etap). *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 49–57. **(In Russ.)**

Dubinskaya A.D. Questionnaire for somatic assessment of stress symptoms (SOSS): large-scale pilot validation (phase III). *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 49–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-49-57.

И.А. Золотова, Е.А. Белова

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ РОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЭМБРИОПАТИЙ)

Ярославский государственный медицинский университет
(Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5)

Актуальность исследования обусловлена комплексом медико-психологических проблем, возникающих в ситуации рождения ребенка с заболеванием в неонатальном периоде. Психологическое состояние женщины становится уязвимым в связи с переживанием острого эмоционального стресса, формированием стойкого чувства вины и невротических расстройств. Медицинская помощь преимущественно направлена на соматическое здоровье новорождённого, в то время как психологическое состояние матери остаётся без существенной поддержки.

Цель: изучить динамику психоэмоционального состояния женщин при рождении детей с заболеваниями, характерными для неонатального периода (за исключением эмбриопатий).

Методология. Выборку составили 86 респондентов: женщины, беременность которых завершилась рождением ребёнка с заболеванием в период новорождённости, с опытом перинатальных потерь ($n = 30$), без опыта перинатальных потерь ($n = 40$) и 16 женщин, чьи дети не имели клинически значимых нарушений здоровья. Исследование проводилось в два этапа: на 7–10 день и через три месяца после родов. В исследовании использовались методики: «Клинический опросник невротических состояний», «Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R)», «Шкала родительского стресса» (Parental Stress Scale), «Шкала родительской вины» (Guild About Parenting Scale) (D. Haslam, J. Finch, 2020). В качестве методов статистической обработки были применены сравнительный анализ (непараметрический критерий U Манна – Уитни), корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена), факторный анализ методом главных компонент с применением вращения Varimax.

Результаты и их анализ. По результатам обследования женщины, имеющие ребёнка с заболеванием, обследованные на 7–10 день после родов, находятся в состоянии острого стресса, испытывают специфические страхи и склонны к проявлению невротических реакций. Через три месяца после родов уровень специфических страхов снижается. Однако возникающее чувство вины перед ребёнком и неудовлетворённость собой является ключевым звеном в развитии невротической депрессии.

Заключение. Отсутствие обратной динамики нарушения эмоционального состояния подтвердило необходимость в пролонгированной психологической помощи матерям при рождении ребёнка с заболеванием.

Ключевые слова: новорождённый с заболеванием, опыт перинатальных потерь, эмоциональное состояние, невротическая депрессия, вегетативные нарушения, специфические страхи, чувство вины.

✉ Золотова Ирина Александровна – канд. психол. наук доц., доц. каф. психологии и педагогики, Ярославский гос. мед. ун-т (Россия, 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5), ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5041-0082>, e-mail: iazolotova@mail.ru;

Белова Екатерина Алексеевна – клинич. психолог, Ин-т психологии, социологии и биоэтики Ярославский гос. мед. ун-т (Россия, 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5), e-mail: belova-katerina29@yandex.ru.

Введение

Рождение ребёнка с заболеванием в neonatalном периоде является для матери кризисным событием, которое сопровождается высоким уровнем стресса и тревоги. Неожиданно столкнувшись с ситуацией рождения нездорового ребёнка, женщина испытывает травматичные переживания, усиливающиеся при наличии опыта перинатальных потерь [10, 19]. Формируется искажённое восприятие себя как «не справившейся» матери, основанное на чувстве вины и несостоятельности. Фрустрация «материнской потребностно-мотивационной сферы» может стать источником эмоционального неблагополучия и особого отношения к ребёнку, к материнству и к себе в роли матери [16]. Г.Г. Филиппова отмечает, что нарушения во взаимодействии матери с ребёнком в период новорождённости имеют последствия не только для ребёнка, но и для онтогенеза материнской сферы [11]. Кроме того, существует риск развития невротических состояний у женщин, столкнувшихся с ситуацией рождения ребёнка с заболеванием в периоде новорождённости [4]. Среди них широко распространены симптомы тревоги и депрессии, однако лишь немногие женщины обращаются за психологической помощью в раннем послеродовом периоде, что подтверждают как отечественные, так и зарубежные исследователи [14, 20].

В настоящее время система оказания медицинской помощи женщине при рождении ребёнка с заболеванием сфокусирована преимущественно на соматическом состоянии новорождённого. Психическое состояние матери оказывается без существенной поддержки. Данное обстоятельство приводит к тому, что после родов женщина остаётся одна со своими мыслями, переживаниями, фрустрациями, нарушающими её психическое здоровье и социальную адаптацию в течение длительного времени. Отмечается многообразие форм проявления тревожности у женщин при рождении ребёнка с заболеванием – от нормативных, адаптивных вариантов до клинических расстройств. Границы между различными формами тревожности

не являются жёсткими, и при определенных условиях адаптивная тревожность может трансформироваться в дезадаптивную. Этим определяется актуальность исследования эмоционального состояния в динамике у женщины в условиях нестабильной, неожиданной, связанной с неопределённостью, ситуации рождения ребёнка с заболеванием, характерным для neonatalного периода. Мы имеем в виду матерей, дети которых перенесли внутриутробно, во время родов или в первые дни жизни какое-либо заболевание или состояние, нарушающее период адаптации к условиям внеутробной жизни. Это незрелые дети; дети с задержкой внутриутробного развития; с клиническими признаками внутриутробного инфицирования; новорождённые после тяжёлой асфиксии и с клиническими признаками постгипоксической энцефалопатии; дети с клиникой гемолитической болезни новорождённых; дети, перенёвшие болезни лёгких и другую патологию. «Генезис заболеваний, встречающихся в периоде новорождённости, неоднороден, носит мультифакторный характер и часто обуславливает неожиданное столкновение женщины со стрессовой ситуацией» [3, с. 72]. Антенатальная патология (эмбриопатии) не рассматривается в рамках данной статьи.

Но, несмотря на высокую практическую значимость, большая часть современных исследований сосредоточена на изучении эмоционального состояния женщины во время беременности и в послеродовый период при нормативных своевременных родах или при родах с индуцированной беременностью [2, 6, 7, 12]. Изучается эмоциональное состояние матерей недоношенных новорождённых [1]. Исследований психического статуса женщин в острый период (на момент рождения ребёнка с заболеванием) и его динамического изменения с течением времени на современном этапе недостаточно. Это объясняет, несвоевременность оказания психологической помощи женщине при её высокой востребованности. «Между тем, лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны без психологического консультирования и психологического сопровождения женщин, бере-

менность которых завершилась рождением ребёнка с заболеванием в периоде новорождённости» [3, с. 72]. В дальнейшем специалисты применяют разнообразные методы психологической поддержки при ведении поддерживающих программ – такие, как когнитивно-поведенческая терапия, ресурсная терапия, семейная психотерапия, но они рассчитаны на отсроченный результат [16, 17, 21].

Цель исследования: изучение динамики эмоционального состояния у женщин при рождении детей с заболеваниями в периоде новорождённости (за исключением эмбриопатий).

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 86 респондентов. У 70 беременность завершилась рождением ребёнка с заболеванием в периоде новорождённости, 30 представительниц имели отягощённый акушерский анамнез в виде опыта перинатальных потерь, 40 женщин без подобного опыта. 16 женщин родили условно здоровых детей без клинически значимых нарушений здоровья. Основная группа была выравнена по критерию «уровень угрозы витальным функциям ребёнка». Критериями включения в исследование являлось: стабильное состояние детей, расценённое неонатологами как тяжёлое и средней степени тяжести, и выставленный новорождённому диагноз в рамках перечисленных нозологий: синдром дыхательных расстройств у новорождённого (P22.0); врождённая пневмония неуточнённая (P23.9); инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточнённая (P39.9); неонатальная желтуха, неуточнённая (P59.9); гемолитическая болезнь новорождённого (P55.0).

Критерием исключения из исследования являлось нестабильное состояние новорождённого (угрожаемое витальным функциям), пребывание матери и ребёнка в отделении реанимации, а также диагностирование врождённых пороков развития (эмбриопатий), деформаций и хромосомных нарушений у младенца (Q00-Q99).

Исследование проходило в два этапа. Все женщины подписали информированное добровольное согласие и имели возможность ознакомиться с результатами.

На первом этапе клинико-диагностическое обследование женщин проводилось на 7–10 день после родов в отделении патологии новорождённых областной детской клинической больницы. На втором этапе – спустя три месяца после родов – исследование проводилось в формате online, регистрация эмпирических данных осуществлялась с использованием интернет-сервиса Google Forms. В качестве методов диагностики эмоционального состояния женщин использовались следующие методики:

- «Клинический опросник невротических состояний» (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича) с целью дифференциации основных симптомов [13];

- «Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R)» (М.А. Коргожи, А.О. Евмененко), используемая для выявления симптомов тревоги и степени их выраженности в раннем послеродовом периоде и через три месяца после родов [5, 22];

- «Шкала родительского стресса» (Parental Stress Scale) (J.D. Berry, W.H. Jones, 1995) (перевод и адаптация Ю.В. Миссюк, 2021) предназначена для подсчёта индивидуальных показателей стресса, связанного с родительской ролью [9, 15];

- «Шкала родительской вины» (Guild About Parenting Scale) (D. Haslam, J. Finch, 2020) (перевод Ю.В. Миссюк, 2021) [8, 19]. Методика используется для оценки уровня вины, которую может испытывать мать в отношении своей родительской роли.

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были применены сравнительный анализ (непараметрический критерий U Манна – Уитни), корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена) и факторный анализ методом главных компонентов с применением вращения Varimax. Результаты отражены в таблицах.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа методики СШПТ (PASS-R) в группах женщин с различным репродуктивным опытом при рождении ребёнка с заболеванием

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости p
	Без опыта перинатальных потерь	С опытом перинатальных потерь			
Проблемы адаптации (диссоциация)	1,83	2,90	427	-2,08	0,03715372*

Примечания: * – различия на уровне значимости $p < 0,05$.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа диагностических показателей по методике КОНС в исследуемых группах

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости p
	Женщины, родившие ребёнка с заболеванием	Женщины, родившие здоровых детей			
Тревога	1,01	4,00	75	-1,98	0,04785423*
Истерический тип реагирования	1,00	4,08	51	-2,88	0,00393351**

Примечания: * – различия на уровне значимости $p < 0,05$; ** – различия на уровне значимости $p < 0,01$.

Результаты и их анализ

1. При анализе результатов, полученных на первом этапе исследования (7–10 день после родов), были выявлены значимые различия по проявлению проблем адаптации (диссоциации) у женщин, имеющих в анамнезе опыт перинатальных потерь и родивших детей с заболеванием ($U = 427$, $p < 0,05$). Пережив ситуацию, связанную с перинатальной потерей, они остаются уязвимыми, транслируют подавленные эмоции, вызванные психологической травмой, что находит выход в дисфункциональных реакциях. Женщины без аналогичного репродуктивного анамнеза, несмотря на рождение ребёнка с заболеванием, остаются более адаптивными (табл. 1).

Рождение ребёнка с заболеванием является трудной жизненной ситуацией для матери. Психическое состояние женщины подвергается острому стрессу и истощению эмоциональных и физических сил. Женщины, чья беременность завершилась рождением ребёнка с заболеванием, чаще испытывают тревожно-депрессивные клинические проявления ($U = 75$; $p < 0,05$), а также чаще демонстрируют истерический тип реагирования

($U = 51$; $p < 0,01$), чем женщины со здоровыми младенцами (табл. 2).

Данные корреляционного анализа между диагностическими показателями клинического опросника невротических состояний и скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS-R) позволяют описать значимые взаимосвязи в группе женщин, имеющих в анамнезе опыт перинатальных потерь.

Обратная взаимосвязь на высоком уровне значимости между показателями по шкалам «астения» и «проблемы адаптации» ($r = -0,60$, $p < 0,001$) подтверждает, что при нарастании астенизации снижаются ресурсный потенциал и адаптационные возможности матери. Статистически значимая отрицательная взаимосвязь между показателями по шкалам «невротическая депрессия» и «острая навязчивая тревога» ($r = -0,58$, $p < 0,001$) свидетельствует о том, что уровень тревоги у женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе при рождении ребёнка с заболеванием приобретает постоянный навязчивый характер и обуславливает склонность к тревожно-депрессивным реакциям.

Корреляционные связи в группе женщин, не имеющих отягощённого анамнеза, име-

Таблица 3

**Результаты сравнительного анализа методики СШПТ (PASS-R) в исследуемых группах
в раннем послеродовом периоде и спустя три месяца**

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости p
	Сразу после родов	Спустя три мес. после родов			
Специфические страхи	7,67	6,11	452	2,21	0,02679087*

Примечания: * – различия на уровне значимости $p < 0,05$.

ют иной характер. Описаны отрицательные взаимосвязи между диагностическими показателями по шкалам «истерический тип реагирования», «вегетативные нарушения» и показателями по шкалам «острая навязчивая тревога» ($r = -0,53$, $p < 0,001$), «социальная тревога» ($r = -0,53$, $p < 0,001$), «проблемы адаптации» ($r = -0,61$, $p < 0,001$). Чувство тревоги и диссоциация усиливают внутреннее напряжение женщины, которое находит выход в социально неприемлемом уровне реагирования в виде истерии и появлении психосоматических симптомов и реакций в форме вегетативных нарушений.

Независимо от наличия или отсутствия опыта перинатальных потерь, женщины, родившие детей с заболеванием в периоде новорождённости, испытывают эмоциональное «потрясение», «идеальная» картина материнства у них претерпевает изменения, появляется страх будущего. Спустя три месяца женщина приобретает опыт взаимодействия с ребёнком, мобилизует свои силы, адаптируется к реальной ситуации, и острота специфических страхов притупляется.

2. На втором этапе исследования (спустя три месяца после родов) было выявлено статистически значимое различие, отражающее снижение уровня специфических страхов ($U = 452$; $p < 0,05$) у женщин с опытом и без опыта перинатальных потерь (табл. 3).

На смену «специфическим страхам» приходит ощущение вины. Столкнувшись с болезнью ребёнка, мать переживает чувство беспомощности. Желание помочь малышу, и, вместе с тем, невозможность осуществить данное желание, фрустрирует женщину, приводит к самообвинению. Это подтверждает статистически значимое различие между груп-

пами респондентов по диагностическим показателям методики «Шкала родительской вины» ($U = 28,5$; $p < 0,05$). Выраженность чувства вины выше у женщин, родивших детей с заболеванием, чем у матерей детей без патологии.

Установлена положительная корреляция между диагностическими показателями шкал «вина» и «истерический тип реагирования» ($r = 0,63$, $p < 0,001$). Чем выше уровень родительской вины перед ребёнком, тем реже женщина прибегает к истерическим реакциям. Вероятно, данная стратегия поведения связана с перераспределением психоэмоционального потенциала с внешних реакций на внутренние, мотивом которых является самоуничтожение и самообвинение.

3. Результаты факторного анализа методом главных компонент с применением вращения Varimax подтвердили наличие проблемы, связанной с нарушением эмоционального состояния через три месяца после родов среди женщин, родивших ребенка с заболеванием, независимо от наличия опыта перинатальных потерь в анамнезе. В таблице 4 представлены два фактора: фактор 1 – «Родительский стресс и невротическая депрессия», свойственный группе матерей детей с заболеваниями, и фактор 2 – «Удовлетворённость родительской ролью», характерный для женщин, родивших здоровых детей.

В факторе «Родительский стресс и невротическая депрессия» оказались задействованы пять переменных: «Невротическая депрессия» ($r = -0,72$), «Родительское вознаграждение» ($r = 0,78$), «Родительские стрессоры» ($r = 0,84$), «Отсутствие контроля» ($r = 0,77$), «Родительская удовлетворённость» ($r = 0,83$). Повышенный уровень стрессоров и отсутствие возможности контроля над

Таблица 4

**Результаты факторного анализа в группах женщин,
обследование которых проводилось спустя три месяца после родов**

	Фактор 1 «Родительский стресс и невротическая депрессия»	Фактор 2 «Удовлетворённость родительской ролью»
Невротическая депрессия	-0,719524	-
Родительское вознаграждение	0,783548	-0,511827
Родительские стрессоры	0,842035	-0,737868
Отсутствие контроля	0,777128	-0,929603
Родительская удовлетворённость	0,834503	-0,669738
Expl.Var	3,713571	2,393817
Prp.Totl	0,206309	0,140813

Примечание: выделение жирным шрифтом соответствует значимым связям.

ситуацией, которые испытывает женщина спустя три месяца после родов, объясняет развитие чувства вины, приводящее к неудовлетворённости родительской ролью (чем выше значение, тем менее удовлетворена собою мать). Женщина испытывает ряд негативных эмоций по отношению к себе как матери, данные реакции могут обуславливать формирование невротизации и депрессивных реакций.

Механизм действия фактора 2 – «Удовлетворённость родительской ролью» (табл. 4) для женщин при рождении здорового ребёнка строится на комплексном взаимодействии чувств удовольствия и удовлетворения от исполнения родительских обязанностей, веры в возможность «управлять ситуацией» и наличии низкого уровня стрессоров, связанных со здоровьем младенца.

Обсуждение результатов

По итогам проведённого исследования было выявлено:

1. Женщины, родившие ребёнка с заболеванием, характерным для неонатального периода, независимо от опыта перинатальных потерь в анамнезе в раннем послеродовом периоде пребывают в состоянии острого стресса, приводящем к истощению эмоциональных и физических ресурсов. Данные переживания проявляются в невротических реакциях, и формировании чувства вины.

У женщин, имеющих опыт перинатальных потерь, наблюдается выраженный астено-депрессивный синдром, который усиливает уровень их дезадаптации. Для женщин без перинатальных потерь характерно состояние высокой эмоциональной напряжённости, которое находит своё выражение в виде истерического реагирования, формировании психосоматических реакций и вегетативных нарушений.

2. У женщин, при рождении ребёнка с заболеванием, обследованных через три месяца после родов, снижается уровень специфических страхов, одновременно с этим формируется чувство вины и неудовлетворённость материнской ролью, что способствует формированию симптомов невротической депрессии.

3. Женщины, родившие детей без клинически выраженных нарушений, демонстрируют уверенность при реализации материнской роли, справляются с возможными стрессами, способны управлять ситуацией, что минимизирует возможные риски развития чувства вины и невротических расстройств.

Заключение

Полученные в исследовании результаты указывают на отсутствие обратной динамики невротических симптомов в течение трёх месяцев у женщин при рождении ребёнка с заболеванием независимо от нали-

чия/отсутствия опыта перинатальных потерь в анамнезе. Описанные экспериментальные данные подтверждают необходимость создания системы пролонгированной психологической помощи, начиная с момента родов и пребывания на стационарном лечении, и не прерывающейся в условиях амбулаторного

наблюдения. Разработка индивидуальных программ психологического сопровождения, направленных на «проживание» травматического опыта и восстановление психосоматического статуса женщины, является важной задачей клинической (перинатальной) психологии.

Литература

1. Андрущенко Н.В., Мухамедрахимов Р., Крюков Е.Ю. Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорождённых детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями головного мозга в отделении реанимации и интенсивной терапии // *Консультативная психология и психотерапия*. 2024. Т. 32, № 2. С. 31–47. DOI: 10.17759/cpr.2024320202.
2. Аникина В.О., Блох М.Е., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований // *Мир науки. Педагогика и психология*. 2020. Т. 8, № 6. С. 54. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620.pdf>.
3. Золотова И.А. Особенности клинко-психологического консультирования женщин с учётом их психоэмоционального состояния при рождении ребёнка с заболеванием в периоде новорождённости // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2024. Т. 3, № 124. С. 71–78. DOI: 10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78.
4. Золотова И.А. Выраженность невротических состояний женщин в ситуации «отягощенного» материнства // *Аутизм и нарушения развития*. 2024. Т. 22, № 1. С. 45–51. DOI: 10.17759/autdd.2024220106.
5. Коргожа М.А., Евмененко А.О. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R). Краткое руководство по использованию. Методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ, 2021. 20 с.
6. Коргожа М.А., Евмененко А.О., Сергиенко О.И. Перинатальная тревога и её предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью // *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2023. Т. 12, № 3(44). С. 128–132. DOI: 10.57145/27128474_2023_12_03_30.
7. Лещинская С.Б., Стоянова И.Я., Бохан Т.Г. Взаимодействие родителей, их психическое здоровье и отношение к ребёнку в контексте сильных и слабых сторон семей с проблемами репродуктивного здоровья // *Вестник психотерапии*. 2021. № 78(83). С. 79–97.
8. Мисюк Ю.В. Интенсивное материнство и его психологические последствия для женщины : дисс. ... канд. психол. наук. Костромской государственный университет. 2022. 236 с.
9. Мисюк Ю.В., Тихонова И.В. Русскоязычная версия «Шкалы родительского стресса»: результаты первичной оценки внутренней надёжности и валидности // *Общество: социология, психология, педагогика*. 2022. Т. 9, № 101. С. 58–66. URL: <https://doi.org/10.24158/spp.2022.9.9>.
10. Пергаменщик Л.А., Петражицкая Е.А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины // *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология*. 2020. № 1. С. 77–84.
11. Филиппова Г.Г. Психология материнства : уч. пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
12. Якупова В.А., Аникеева М.А., Суарес А.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований // *Клиническая и специальная психология*. 2023. Т. 12, № 2. С. 70–93. DOI: 10.17759/crpe.2023120204.
13. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / *Клиническая и медицинская психология*. Казань, 2005. С. 399–404.
14. Behl R., Neman V., Gurpur S. Legal interventions for perinatal depression in India: a qualitative study with clinical specialists having expertise in perinatal mental health // *BMJ open*. 2025. Vol. 15, N 1. e093027. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-093027.
15. Berry J.O., Jones W.H. The parental stress scale: Initial psychometric evidence // *Journal of social and personal relationships*. 1995. Vol. 12, N 3. Pp. 463–472. DOI: 10.1177/0265407595123009.
16. Cluxton-Keller F., Olson A. A family-based collaborative care model for treatment of depressive and anxiety symptoms in perinatal women: results from a pilot study // *JMIR Pediatrics and Parenting*. 2023. Vol. 6. e45616. DOI: 10.2196/45616.
17. Danaher B.G., Seeley J.R., Silver R.K. [et al.]. Trial of a patient-directed eHealth program to ameliorate perinatal depression: the MomMoodBooster2 practical effectiveness study // *Am J Obstet Gynecol*. 2023. Vol. 228, N 4. Pp. 453.e1–453.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.09.027.
18. Haslam D., Filus A., Finch J. The Guilt about Parenting Scale (GAPS): Development and initial validation of a self-report measure of parenting guilt, and the relationship between parenting guilt and work and family variables // *Journal of Child and Family Studies*. 2020. Vol. 29, N 3. Pp. 880–894. DOI: 10.1007/s10826-019-01565-8.

19. Riddle J.N., Hopkins T., Yeaton-Massey A., Hellberg S. No baby to bring home: perinatal loss, infertility, and mental illness—overview and recommendations for care // *Curr Psychiatry Rep*. 2023. Vol. 25, N 11. Pp. 747–757. DOI: 10.1007/s11920-023-01469-x.
20. Insan N., Weke A., Rankin J., Forrest S. Perceptions and attitudes around perinatal mental health in Bangladesh, India and Pakistan: a systematic review of qualitative data // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022. Vol. 22, N. 1. Pp. 293. DOI: 10.1186/s12884-022-04642-x.
21. Guo X., Wang, R., Zhang, Y. Effects of perinatal cognitive behavioral therapy on delivery mode, fetal outcome, and postpartum depression and anxiety in women // *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2022. N. 1. 8304405. DOI: 10.1155/2022/8304405.
22. Somerville S., Dedman K., Hagan R. [et al.]. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation // *Archives of Women's Mental Health*. 2013. Vol. 17, N 5. Pp. 443–454. DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8.

Поступила 20.11.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: И.А. Золотова – идеи исследования, планирование исследования, контроль за проведением исследования, сбор и анализ данных, описание результатов и оформление рукописи; Е.А. Белова – сбор и анализ данных; описание результатов и оформление рукописи.

Для цитирования. Золотова И.А., Белова Е.А. Динамика эмоционального состояния женщин при рождении детей с заболеваниями, характерными для неонатального периода (за исключением эмбриопатий) // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 58–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-58-67.

I.A. Zolotova, E.A. Belova

Dynamics of the Emotional State of Women Following the Birth of Children with Disorders Characteristic of the Neonatal Period (Excluding Embryopathies)

Yaroslavl State Medical University (5, Revolyutsionnaya Str., Yaroslavl, Russia)

✉ Irina Aleksandrovna Zolotova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Psychology and Pedagogy, Yaroslavl State Medical University (5, Revolyutsionnaya Str., Yaroslavl, 150000, Russia), e-mail: iazolotova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5041-0082>;

Ekaterina Alekseevna Belova – clinical psychologist, Institute of Psychology, Sociology and Bioethics, Yaroslavl State Medical University (5, Revolyutsionnaya Str., Yaroslavl, 150000, Russia), e-mail: belova-katerina29@yandex.ru.

Abstract

Relevance. The relevance of the study is determined by the complex of medical and psychological problems that arise in the situation of the birth of a child with a disease in the neonatal period. A woman's psychological state becomes vulnerable due to the experience of acute emotional stress and the formation of persistent feelings of guilt and neurotic disorders. Medical care is primarily aimed at the physical health of the newborn, while the mother's psychological state remains without significant support.

Objective. To investigate the dynamics of the psychoemotional state of women following the birth of children with disorders characteristic of the neonatal period (excluding embryopathies).

Methodology. The sample consisted of 86 women representing three groups: women whose pregnancies resulted in the birth of a child with a disease in the neonatal period, those with a history of perinatal loss (N = 30), those without a history of perinatal loss (N = 40), and 16 women whose children did not have clinically significant health problems. The study was conducted in

two stages: 7-10 days after birth in the neonatal pathology department of the Regional Children's Clinical Hospital and 3 months after birth - online. The study used the following methods: "Clinical Questionnaire of Neurotic States", "Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS-R)", "Parental Stress Scale", "Parental Guilt Scale" (Guild About Parenting Scale) (D. Haslam, J. Finch, 2020). The following statistical processing methods were used: comparative analysis (nonparametric Mann-Whitney U test), correlation analysis (Spearman rank correlation coefficient), factor analysis using the principal components method with Varimax rotation.

Results and analysis. The findings demonstrated that women who had given birth to a child with a neonatal disorder and were assessed 7–10 days postpartum experienced acute stress, specific fears, and a tendency toward neurotic reactions. Three months after childbirth, the level of specific fears decreased. However, persistent feelings of guilt toward the child and dissatisfaction with oneself emerged as key factors in the development of neurotic depression.

Conclusion: The absence of a favorable reversal in emotional disturbances over time confirms the necessity of prolonged psychological support for mothers following the birth of a child with a medical disorder.

Keywords: newborn with illness, experience of perinatal loss, emotional state, neurotic depression, autonomic disorders, specific fears, guilt.

References

1. Andrushchenko N.V., Mukhamedrakhimov R., Kryukov Ye.YU. Emotsional'noye sostoyaniye materey nedonoshennykh novorozhdennykh detey s vnutrizheludochkovymi krovoizliyaniyami golovnoy mozga v otdelenii reanimatsii i intensivnoy terapii [Emotional state of mothers of premature newborns with intraventricular hemorrhages of the brain in the intensive care unit]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2024; 32(2): 31–47. DOI: 10.17759/cpp.2024320202 (In Russ.)
2. Anikina V.O., Blokh M.Ye., Savenysheva S.S. Emotsional'noye sostoyaniye zhenshchin, ispol'zuyushchikh vspomogatel'nyye reproduktivnyye tekhnologii: obzor sovremennykh zarubezhnykh issledovaniy [Emotional state of women using assisted reproductive technologies: a review of modern foreign studies]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya* [World of Science. Pedagogy and Psychology]. 2020; 8(6): 54. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/76PSMN620.pdf>. (In Russ.)
3. Zolotova I.A. Osobennosti kliniko-psikhologicheskogo konsul'tirovaniya zhenshchin s uchetom ikh psikhosotsial'nogo sostoyaniya pri rozhdenii rebenka s zabolevaniyem v periode novorozhdennosti [Features of clinical and psychological counseling of women taking into account their psychoemotional state at the birth of a child with a disease in the neonatal period]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology]. 2024; 3(124):71–78. DOI: 10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78 (In Russ.)
4. Zolotova I.A. Vyrashennost' nevroticheskikh sostoyaniy zhenshchin v situatsii «otyagoshchennogo» materinstva [Severity of neurotic states of women in a situation of "burdened" motherhood]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders]. 2024; 22(1): 45–51. DOI: 10.17759/autdd.2024220106 (In Russ.)
5. Korgozha M.A., Yevmenenko A.O. Skrinigovaya shkala perinatal'noy trevogi (PASS-R). Kratkoye rukovodstvo po ispol'zovaniyu. Metodicheskoye posobiye. [Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS-R). Brief user manual. Methodological guide]. Sankt-Peterburg, 2021. 20 p. (In Russ.)
6. Korgozha M.A., Yevmenenko A.O., Sergiyenko O.I. Perinatal'naya trevoga i yeye prediktory: empiricheskoye issledovaniye u zhenshchin s pervoy beremennost'yu [Perinatal anxiety and its predictors: an empirical study in women with their first pregnancy]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya* [Azimuth of scientific research: pedagogy and psychology]. 2023; 12(3(44)): 128–132. DOI: 10.57145/27128474_2023_12_03_30. (In Russ.)
7. Leshchinskaya S.B., Stoyanova I.YA., Bokhan T.G. Vzaimodeystviye roditeley, ikh psikhicheskoye zdorov'ye i otnosheniye k rebenku v kontekste sil'nykh i slabykh storon semey s problemami reproduktivnogo zdorov'ya [Interaction of parents, their mental health and attitude towards the child in the context of strengths and weaknesses of families with reproductive health problems]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021; (78(83)): 79–97. URL: https://nrcrm.ru/files/gurnalVP/zhurnal_78_83.pdf. (In Russ.)
8. Misiyuk YU.V. Intensivnoye materinstvo i yego psikhologicheskoye posledstviya dlya zhenshchiny: dis. Avtoreferat dissertatsii na soiskaniye stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk [Intensive motherhood and its psychological consequences for women] : diss. ... PhD Psychol. Sci. Kostroma, 2022. 236 p. (In Russ.)
9. Misiyuk YU.V., Tikhonova I.V. Russkoyazychnaya versiya "Shkaly roditel'skogo stressa": rezul'taty pervichnoy otsenki vnutrenney nadezhnosti i validnosti [Russian-language version of the "Parental Stress Scale": results of the initial assessment of internal reliability and validity]. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika* [Society: sociology, psychology, pedagogy]. 2022; 9(101): 58–66. URL: <https://doi.org/10.24158/spp.2022.9.9>. (In Russ.)

10. Pergamenshchik L.A., Petrazhitskaya Ye.A. Perinatal'naya poterya kak krizisnoye sobytiye v zhizni zhenshchiny [Perinatal loss as a crisis event in a woman's life]. *Zhurnal Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya* [Journal of the Belarusian State University. Philosophy. Psychology]. 2020; (1): 77–84. (In Russ.)
11. Filippova G.G. Psikhologiya materinstva: uchebnoye posobiye. [Psychology of motherhood: a textbook]. Moscow, 2002. 240 p. (In Russ.)
12. Yakupova V. A., Anikeyeva M. A., Suares A. D. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo posle rodov: obzor issledovaniy [Posttraumatic stress disorder after childbirth: a review of studies]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and Special Psychology]. 2023; 12(2): 70–93. DOI: 10.17759/cpse.2023120204. (In Russ.)
13. Yakhin K.K., Mendelevich D.M. Klinicheskiy oprosnik dlya vyyavleniya i otsenki nevroticheskikh sostoyaniy [Clinical questionnaire for identifying and assessing neurotic states]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Kazan', 2005: 399–404. (In Russ.)
14. Behl R., Nemanee V., Gurbur S. Legal interventions for perinatal depression in India: a qualitative study with clinical specialists having expertise in perinatal mental health. *BMJ open*. 2025; 15(1): e093027. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-093027.
15. Berry J.O., Jones W.H. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of social and personal relationships*. 1995; 12(3): 463–472. DOI: 10.1177/0265407595123009.
16. Cluxton-Keller F., Olson A. A family-based collaborative care model for treatment of depressive and anxiety symptoms in perinatal women: results from a pilot study. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 2023; 6: e45616. DOI: 10.2196/45616.
17. Danaher B.G., Seeley J.R., Silver R.K. [et al.]. Trial of a patient-directed eHealth program to ameliorate perinatal depression: the MomMoodBooster2 practical effectiveness study. *Am J Obstet Gynecol*. 2023; 228(4): 453.e1–453.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.09.027.
18. Haslam D., Filus A., Finch J. The Guilt about Parenting Scale (GAPS): development and initial validation of a self-report measure of parenting guilt, and the relationship between parenting guilt and work and family variables. *Journal of Child and Family Studies*. 2020; 29(3): 880–894. DOI: 10.1007/s10826-019-01565-8.
19. Riddle J.N., Hopkins T., Yeaton-Massey A., Hellberg S. No baby to bring home: perinatal loss, infertility, and mental illness—overview and recommendations for care. *Curr Psychiatry Rep*. 2023; 25(11): 747–757. DOI: 10.1007/s11920-023-01469-x.
20. Insan N., Weke A., Rankin J., Forrest S. Perceptions and attitudes around perinatal mental health in Bangladesh, India and Pakistan: a systematic review of qualitative data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1): 293. DOI: 10.1186/s12884-022-04642-x.
21. Guo X., Guo X., Wang, R., Zhang, Y. Effects of perinatal cognitive behavioral therapy on delivery mode, fetal outcome, and postpartum depression and anxiety in women. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2022; (1): 8304405. DOI: 10.1155/2022/8304405.
22. Somerville S., Dedman K., Hagan R. [et al.]. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*. 2013; 17(5): 443–454. DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8.

Received 20.11.2025

For citing: Zolotova I.A., Belova E.A. Dinamika ehmoTsional'nogo sostoyaniya zhenshin pri rozhdenii detej s zabolevaniyami, kharakternymi dlya neonatal'nogo perioda (za isklyucheniem ehmbriopatij). *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 58–67. (In Russ.)

Zolotova I.A., Belova E.A. Dynamics of the emotional state of women following the birth of children with disorders characteristic of the neonatal period (excluding embryopathies). *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 58–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-58-67.

О.В. Леонтьев³, Т.В. Ветрова^{1,4}, В.И. Ионцев^{1,2}, Е.Г. Лукьянова¹

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ: КОНЦЕПЦИЯ, АЛГОРИТМ И ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

¹ Институт прикладного психоанализа и психологии Университета при МПА ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1);

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6);

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС
России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2);

⁴ Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации,
Санкт-Петербургский филиал (Россия, Санкт-Петербург, ул. Съезжинская, д. 15–17)

Актуальность. В практике медико-психологического сопровождения лиц с дезадаптивными состояниями сохраняется разрыв между возможностями углублённой диагностики и обоснованностью выбора медико-психологической коррекции. Преодоление шаблонных и эклектичных подходов требует разработки чётких алгоритмов, связывающих структуру дезадаптации с адекватными стратегиями вмешательства.

Цель исследования. На основе системного анализа серии собственных эмпирических работ сформировать и обосновать концепцию и практический алгоритм дифференцированной медико-психологической коррекции, где выбор стратегии детерминирован результатами первичной диагностики ведущей мишени дезадаптации.

Материал и методы. Проведён качественный мета-анализ и синтез данных ранее опубликованных исследований авторов, общий охват участников – 292 человека. Исследования включали контингенты с дезадаптацией различного генеза: пациенты с посттравматическим хроническим болевым синдромом ($n = 31$), лица с опытом повторяющегося межличностного насилия ($n = 51$), лица с профессионально обусловленным кризисом (обзор), пациенты с дерматологическими заболеваниями ($n = 118$), военнослужащие с синдромом выгорания ($n = 60$) и пациенты с коморбидными соматическими заболеваниями ($n = 32$). Методом работы стал сравнительный анализ для выявления устойчивых паттернов «диагностируемый параметр (мишень) – применяемый метод коррекции».

Леонтьев Олег Валентинович – д-р. мед. наук проф., зав. каф. терапии и интегративной медицины, Всероссийский центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru, ORCID: 0000-0002-1842-4384;

Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук доц., зав. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1); доц. каф. бизнес-информатика, Финансовый ун-т при Правительстве РФ, С.-Петерб. ф-л (Россия, 197198, Санкт-Петербург, ул. Съезжинская, д. 15-17), e-mail: doretat@rambler.ru, ORCID: 0000-0001-7446-5060;

✉ Ионцев Вячеслав Игоревич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к.1); нач. отд. центра координации мед. обеспечения, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-3230-807X;

Лукьянова Евгения Германовна – препод., каф. соц. психологии и конфликтологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669.

Результаты. На основе выявленных закономерностей разработана теоретическая модель и трехэтапный алгоритм дифференцированной коррекции. Модель постулирует примат дифференциальной диагностики, в ходе которой идентифицируется ведущий паттерн дезадаптации (психофизиологическое напряжение, дисфункциональные когнитивные схемы, дезадаптивные поведенческие стратегии). Алгоритм предписывает выбор стратегии медико-психологической коррекции, аффинной к выявленной мишени: психофизиологической с помощью методов психофизиологической саморегуляции, когнитивной коррекции с помощью техник когнитивно-поведенческой терапии или поведенческой с помощью социально-психологического тренинга. Практическая работоспособность логики алгоритма подтверждена положительными результатами коррекции в исходных исследованиях.

Заключение. Предложенная модель представляет собой инструмент для структурирования клинического мышления специалиста и перевода диагностических данных в обоснованный план коррекции. Алгоритм, синтезированный из эмпирических данных, служит практическим ответом на проблему «диагностически-терапевтического разрыва» и может лечь в основу стандартов доказательного медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: дифференцированная диагностика, медико-психологическая коррекция, дезадаптивные состояния, хронический стресс, модель сопровождения, клиническая психология.

Введение

Распространённость дезадаптивных состояний, формирующихся под воздействием хронического стресса, психосоматического, посттравматического и ситуационно-профессионального генеза, остаётся одной из ключевых проблем современной клинической психологии и медицины [1, 8]. Несмотря на существование широкого спектра доказательных методов психологической коррекции – от когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [12, 14, 15] до современных методов эмоционально-фокусированной и соматоориентированной терапии [10, 18] – практика сопровождения часто сталкивается с проблемой низкой или нестабильной эффективности вмешательств. Одной из причин этого является сохраняющийся «диагностически-терапевтический разрыв» – отсутствие чётких, научно обоснованных алгоритмов, связывающих конкретные паттерны дезадаптации, выявленные в ходе комплексной диагностики, с выбором оптимальной стратегии коррекции из существующего арсенала [19].

В настоящее время доминируют два подхода. С одной стороны, это «нозоцентрические» протоколы, где выбор метода жёстко привязан к медицинскому диагнозу (например, стандартизированные программы КПТ для тревожных расстройств) [16]. Однако такой подход не учитывает полиморфизм психологических реакций в рамках одного соматического заболевания, что показано, например, при хронической боли [17] и дерматологических патологиях [7]. С другой стороны, распространена «эkleктическая практика», опирающаяся на интуицию и предпочтения специалиста, что снижает воспроизводимость и объективность результатов [20]. Попытки создания универсальных алгоритмов сопровождения, как правило, либо ограничиваются общей схемой «диагностика-интервенция-оценка» [13], либо чрезмерно детализированы для узких нозологий, хотя при этом не предлагается кросс-нозологическая логика принятия решений [11].

Таким образом, налицо противоречие между потребностью практики в дифференцированных, персонализированных решениях и существующими, зачастую шаблонными или излишне общими, моделями выбора психокоррекционных методов. Преодоление этого противоречия требует смещения фокуса с поиска «идеального метода» для усреднённого случая к разработке прагматичного алгоритма, который позволял бы специалисту на основе конкретных диагностических критериев определять ключевую мишень дезадаптации и выбирать адекватную ей стратегию вмешательства.

Цель настоящей работы состоит в том, чтобы на основе системного анализа серии собственных эмпирических исследований представить и обосновать концепцию

и алгоритм дифференцированной медико-психологической коррекции, в котором ведущий паттерн дезадаптации является детерминантой для выбора мишени и метода воздействия.

Гипотеза исследования заключается в том, что эффективность сопровождения может быть существенно повышена за счёт внедрения алгоритма, последовательно связывающего этапы: 1) комплексной диагностики структуры дезадаптации, 2) анализа ведущей мишени в эмоционально-аффективной, когнитивной или поведенческой сфере, 3) выбора стратегии коррекции из ограниченного набора доказательных методов, 4) оценки динамики по первоначальным диагностическим параметрам. Эмпирической базой для разработки и иллюстрации работы алгоритма служат результаты ранее опубликованных авторами исследований, охватывающих различные контингенты и формы дезадаптации.

Материалы и методы

Концептуальные основы модели дифференцированной коррекции. Ключевым принципом, положенным в основу разрабатываемой модели, является тезис о синтезе диагностики и интервенции в процессе медико-психологического сопровождения. В противовес нозоцентрическому подходу, где выбор метода часто предопределён медицинским диагнозом, или эклектической практике, опирающейся на субъективные предпочтения специалиста, предлагаемая концепция исходит из необходимости сквозного диагностического обоснования каждого этапа коррекции.

Концептуально модель базируется на трёх взаимосвязанных постулатах:

1. Дезадаптивное состояние рассматривается нами как системный конструкт и представляет собой нарушение приспособительного поведения снижающего возможности реализации потребностей человека в природной или социальной среде. Вне зависимости от первичного генеза (соматическое заболевание, психотравма, профессиональный кризис) дезадапта-

ция формируется как устойчивая система, включающая взаимосвязанные компоненты: эмоционально-аффективный (симптомы тревоги, депрессии, напряжения), когнитивный (дисфункциональные установки, катастрофизация), поведенческий (неадаптивные копинг-стратегии, формы реагирования) и личностно-реактивный (индивидуальный стиль переживания болезни или стресса). Эффективное вмешательство возможно лишь при точной идентификации ведущего («катализаторного») компонента этой системы.

2. Диагностика как процесс целеполагания. Целью первичной психологической диагностики является не столько верификация наличия проблемы, сколько идентификация конкретной мишени для последующего воздействия. Таким образом, диагностические критерии напрямую определяют тактику коррекции.

3. Принцип соответствия «мишень-метод». Существующий арсенал доказательных методов психокоррекции (когнитивно-поведенческая терапия, методы психофизиологической саморегуляции, рациональная психотерапия и др.) обладает разной точкой приложения. Эффективность вмешательства достигается не за счёт универсальности метода, а за счёт его максимального соответствия выявленной мишени (например, техники когнитивного реструктурирования – для работы с дисфункциональными установками, методы мышечной релаксации – для снижения психофизиологического напряжения).

На основе этих постулатов была разработана алгоритмическая модель, представляющая собой последовательную схему принятия клинического решения: 1) проведение комплексной диагностики; 2) аналитический этап – определение ведущей мишени дезадаптации; 3) выбор адекватной коррекционной стратегии; 4) оценка эффективности по динамике первоначальных диагностических показателей.

Методы исследования: дизайн и база для разработки модели. В качестве методологической основы для разработки и иллюстрации предложенной концепции выступил

качественный мета-анализ и синтез данных серии собственных эмпирических исследований. Такой дизайн соответствует задаче теоретического обобщения и моделирования, позволяя вывести индуктивным путем устойчивые закономерности из эмпирических фактов.

Материалом для анализа послужили результаты ранее опубликованных работ, образующих репрезентативную базу для изучения дезадаптивных состояний различного генеза:

1. «Психосоматический генез»: исследование пациентов с хроническим болевым синдромом ($n = 31$) и пациентов с дерматологическими заболеваниями ($n = 118$) [5, 6], где ключевыми мишенями выступали болевая катастрофизация и эмоциональная неустойчивость, связанная с изменением образа тела.

2. «Посттравматический генез»: исследование лиц с опытом повторяющегося межличностного насилия ($n = 51$) [9], выявившее мишени в виде нарушенных паттернов межличностных отношений и актуализированной агрессивности.

3. «Ситуационно-профессиональный генез»: работы, посвященные лицам с профессионально обусловленным кризисом (обзорный анализ) [4] и профессиональному выгоранию у военнослужащих ($n = 60$) [2], где центральными мишенями были кризис идентичности, фрустрация и синдром эмоционального истощения.

4. «Смешанный психосоматический генез»: контролируемое исследование пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями ($n = 32$) [3], в котором диагностически выявленный высокий уровень тревоги и депрессии стал мишенью для успешного применения краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии.

Метод синтеза заключался в следующем: для каждого исследования были выделены ключевые диагностируемые параметры (зависимые переменные, значимые корреляции, выделенные факторы) и сопоставлены с примененными или обоснованно предложенными методами коррекции. Путём сравнительного анализа была выявлена устойчивая

логическая цепочка «конкретный симптом/особенность → мишень → метод», повторяющаяся в различных по контингенту работах. Эта логика и была формализована в виде универсального алгоритма.

Таким образом, методом исследования выступил вторичный анализ совокупности эмпирических данных, а его результатом – теоретико-прикладная модель, интегрирующая исследования в единую схему практического действия. Важно подчеркнуть, что данная модель является первой итерацией, валидной для изученных типов дезадаптации, а её обобщающая сила за пределами указанных контингентов подлежит дальнейшей эмпирической проверке.

Результаты и их анализ

Сравнительный анализ и выявление общих закономерностей. Для выявления сквозных принципов организации медико-психологической помощи был проведён сравнительный анализ данных, полученных в исследованиях различных контингентов. Критериями анализа выступали: 1) характер ведущей проблемы (нозологический диагноз/ситуация), 2) ключевые параметры дезадаптации, 3) применённые или научно обоснованные методы коррекции. Результаты синтезированы в таблице 1.

Анализ диагностических паттернов: от симптома к мишени. Сравнительный анализ позволил выявить, что за кажущимся разнообразием клинических проявлений (боль, агрессия, апатия, тревога) прослеживается ограниченное число устойчивых диагностических паттернов, которые могут быть классифицированы как первичные мишени для коррекции:

Паттерн психофизиологического напряжения и дезорганизации. Характерен для состояний, где стрессор имеет непрерывный, «телесный» характер (острая или хроническая боль, утомление или истощение). Диагностическим маркером выступает высокий уровень мышечного и эмоционального напряжения, фиксируемый как субъективно (жалобы, ВАШ), так и объективно (связь

Таблица 1

Сводный анализ контингентов, мишеней и методов коррекции в серии исследований

Контингент	Ключевая проблема (генез дезадаптации)	Выявленные диагностические маркеры (мишени)	Применённые / Предложенные методы коррекции
Пациенты с хроническим болевым синдромом	Хроническая боль как стрессор	Интенсивность боли (ВАШ), связь с полом/возрастом, необходимость учёта формы течения	Комплекс психологических методов (КПТ, релаксация), интегрированных в общую реабилитацию
Лица с опытом повторяющегося межличностного насилия	Последствия межличностной травмы	Повышенная подозрительность, обида, негативизм (Басса-Дарки, Лири); связь с опытом насилия в детстве	Терапия последствий травмы, коррекция межличностных схем
Лица с профессионально обусловленным кризисом	Кризис идентичности и смысла	Фрустрация, снижение мотивации, социально-психологическая изоляция (анализ литературы)	Рациональная и КПТ, работа с карьерными трансферами
Пациенты с дерматологическими заболеваниями на фоне лечения	Стресс от изменения внешности и болезни	Динамика личностных факторов по 16 PF: эмоциональная лабильность (С), замкнутость (А); связь с гормональными параметрами (кортизол)	Эмпирически применена рациональная психотерапия
Военнослужащие	Синдром эмоционального выгорания	Высокие показатели напряжения, резистенции, истощения (методики Бойко, Рукавишникова); корреляция со стажем	Разработана программа социально-психологического тренинга
Пациенты с коморбидными соматическими заболеваниями	Реакция на хроническое заболевание	Преобладание тревожного, ипохондрического типов реагирования; высокие уровни тревоги и депрессии	Экспериментально доказана краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия (сравнение с контрольной группой)

с физиологическими параметрами в исследовании 4). В исследованиях 1 и 5 данный паттерн был определён как ведущий.

Паттерн дисфункциональных когнитивно-эмоциональных схем. Проявляется в виде ригидных, катастрофизирующих оценок ситуации или себя («я обезображен», «карьера окончена», «болезнь неизлечима»). Представлен в исследованиях пациентов с дерматологическими заболеваниями и с коморбидными соматическими заболеваниями. Маркером является специфический профиль по личностным опросникам (низкая эмоциональная устойчивость, высокий самоконтроль через напряжение) и данные интервью.

Паттерн дезадаптивных поведенческих и межличностных стратегий. Возникает как следствие длительного стресса или травмы,

приводя к закреплению неэффективных способов взаимодействия (агрессия, подозрительность, избегание) идентифицирован у жертв насилия (исследование 2) и является коморбидным компонентом в других группах (например, снижение приверженности лечению).

Анализ соответствия «мишень-метод».

Ключевой выявленной закономерностью является наличие изоморфизма (структурного соответствия) между типом диагностированной мишени и методом коррекции, эффективность которого была подтверждена или научно обоснована в исследованиях:

- Паттерн напряжения последовательно корректировался методами, направленными на психофизиологическую саморегуляцию (применена в исследовании 4, 5).

- Паттерн дисфункциональных схем требовал вмешательств, направленных на когнитивную интервенцию: рациональная психотерапия (исследование 4) и, что наиболее доказательно, структурированная краткосрочная КПТ (исследование 6).

- Паттерн дезадаптивных стратегий в рамках проведённых исследований потребовал социально-психологического обучения и тренинга новых навыков (исследование 5), а также, в случае посттравматического генеза (исследование 2), имплицитно указывает на необходимость методов, ориентированных на переработку травмы и коррекцию отношений.

Сравнительный анализ данных по разнородным контингентам выявил не случайный, а системный характер взаимосвязи между клиничко-психологическим профилем дезадаптации и выбором метода коррекции. Несмотря на разность первичных диагнозов и ситуаций, проблемы пациентов анализируются через ограниченный набор повторяющихся паттернов (мишеней), каждый из которых обладает естественным аффинитетом к определенному классу психокоррекционных методов. Эта эмпирически выявленная логика служит основанием для формализации универсального алгоритма принятия решения.

Модель и алгоритм дифференцированной коррекции. На основе выявленных в сравнительном анализе закономерностей была разработана обобщающая трехэтапная алгоритмическая модель дифференцированной медико-психологической коррекции. Её цель – предоставить специалисту (клиническому психологу, психотерапевту) структурированный инструмент для принятия решений, минимизирующий произвольность выбора интервенции и повышающий её обоснованность. Графическое представление модели приведено на рисунке.

Концептуальные принципы модели. Модель базируется на трёх ключевых принципах, вытекающих из проведённого анализа:

1. Принцип последовательной детализации: процесс сопровождения представляет собой движение от общего контекста проблемы (нозология, ситуация) через углублён-

ную диагностику к конкретной, операционализованной мишени вмешательства.

2. Принцип функционального соответствия: выбор метода коррекции определяется не его популярностью или универсальностью, а его доказанной способностью воздействовать на выявленный тип мишени (эмоционально-физиологический, когнитивный, поведенческий).

3. Принцип динамической обратной связи: первичные диагностические показатели являются не только основанием для выбора метода, но и ключевым критерием для объективной оценки его эффективности, замыкая цикл «диагностика-интервенция-оценка».

Описание алгоритмических этапов.

Этап 1. Комплексная дифференциальная диагностика. Цель этапа – переход от констатации проблемы к построению индивидуального психологического профиля дезадаптации. На основании анализа данных исследований (см. табл. 1) сформирован базовый диагностический минимум, адаптируемый под контингент:

- Оценка эмоционально-аффективной сферы: шкалы тревоги, депрессии, а также методы, фиксирующие психофизиологическое напряжение (как в исследованиях 5, 6).

- Оценка когнитивных установок и личностных особенностей: личностные опросники (16 PF, как в исследовании 4), выявляющие эмоциональную неустойчивость, ригидность; клиническое интервью для оценки катастрофизации и отношения к болезни.

- Оценка поведенческих паттернов: методики, диагностирующие агрессию (Бассадарки, исследование 2), тип реагирования на болезнь (исследование 6), выраженность синдрома выгорания (исследование 5).

Результатом этапа является не просто перечень симптомов, а гипотеза о ведущем паттерне дезадаптации, который структурирует остальные проявления.

Этап 2. Аналитический: идентификация ведущей мишени и выбор стратегии. Это ключевой преобразующий этап, где диагностические данные трансформируются в план действий. На основе профиля определяется

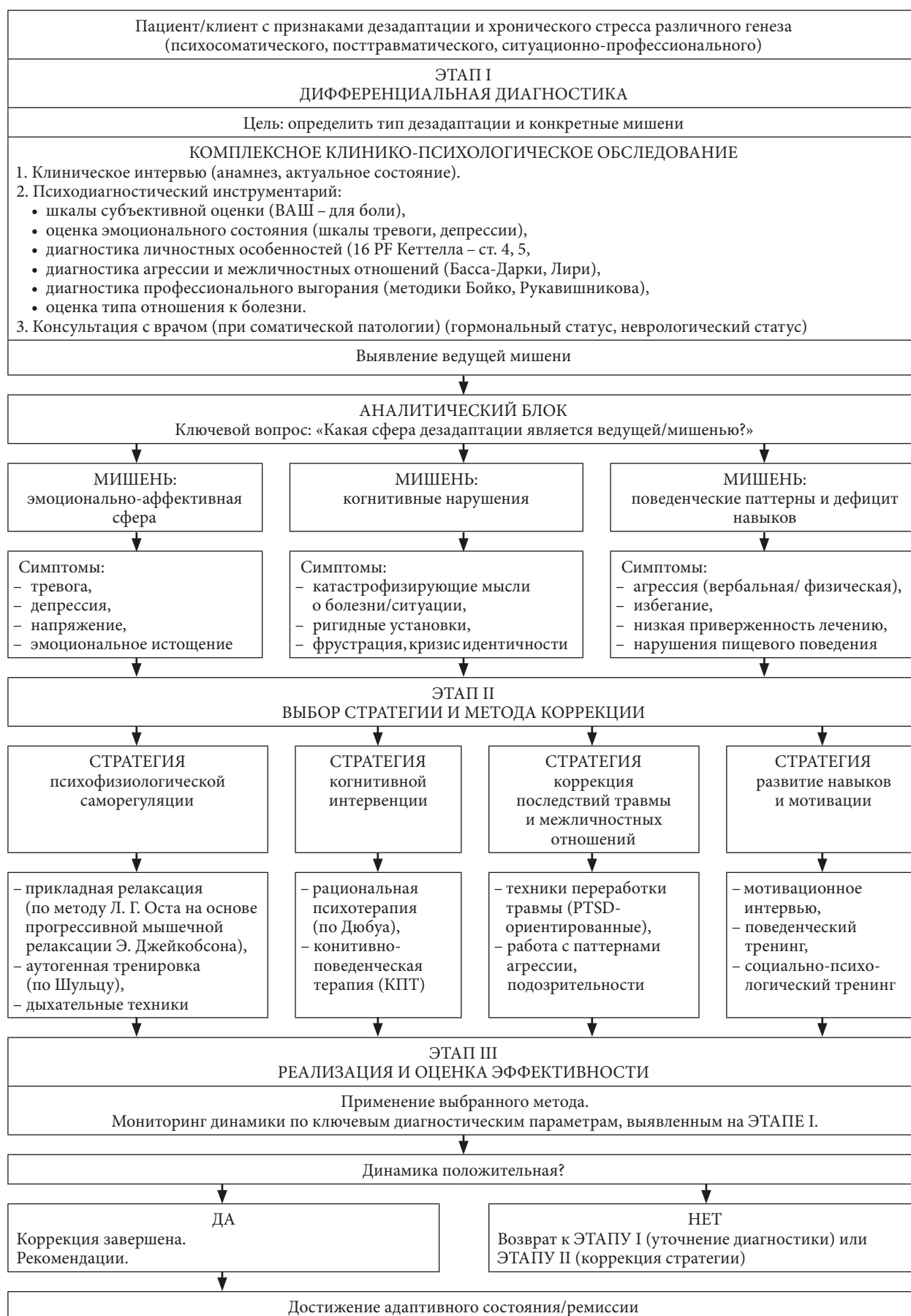


Рис. Схема-алгоритм «Модель дифференцированной медико-психологической коррекции дезадаптивных состояний»

доминирующая мишень, что автоматически задаёт вектор коррекции:

- Мишень «Психофизиологическая дезорганизация» (ведущие симптомы: напряжение, тревога, соматические корреляты). Стратегия: нормализация состояния через методы психофизиологической саморегуляции. (*Эмпирическое обоснование*: прикладная мышечная релаксация эффективно применялась для данной мишени в исследованиях пациентов с дерматологическими заболеваниями (исследование 4) и профессионального выгорания у военнослужащих (исследование 5)).

- Мишень «Дисфункциональные когнитивно-эмоциональные схемы» (ведущие симптомы: катастрофизация, ригидные убеждения, фрустрация). Стратегия: когнитивная реструктуризация и смысловая переработка через методы рациональной и когнитивно-поведенческой терапии. (*Эмпирическое обоснование*: КПТ показала высокую эффективность при коррекции данного типа мишеней у пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями (исследование 6), рациональная терапия – у пациентов с дерматологическими заболеваниями (исследование 4)).

- Мишень «Дезадаптивные поведенческие и межличностные стратегии» (ведущие симптомы: агрессия, избегание, нарушенные коммуникации). Стратегия: формирование адаптивных навыков через методы социально-психологического тренинга, поведенческого моделирования и терапии, сфокусированной на травме. (*Эмпирическое обоснование*: необходимость такой стратегии вытекает из данных исследования жертв насилия (исследование 2), а элементы тренинга успешно использовались в работе с военнослужащими (исследование 5)).

Этап 3. Реализация и оценочная проверка эффективности. На данном этапе реализуется выбранная стратегия. Его отличительная черта – контролируемость: динамика оценивается по тем же конкретным показателям, которые были выделены как мишени на этапе 1. Это позволяет не констатировать результат субъективно, а измерить его, как это было сделано в исследованиях пациентов с дерматологическими заболеваниями

(динамика по 16 PF, исследование 4) и с коморбидными соматическими заболеваниями (снижение баллов по шкалам тревоги и депрессии в экспериментальной группе, исследование 6). Отсутствие позитивной динамики служит сигналом для возврата к этапу 1 для уточнения диагноза или к этапу 2 для пересмотра выбора стратегии.

Обсуждение: границы применимости и практическая значимость модели. Представленная модель является открытым алгоритмическим каркасом, валидность которого эмпирически подтверждена для изученных в серии исследований типов дезадаптации. Ее важнейшее достоинство – прагматизм и воспроизводимость: она предлагает конкретный, логичный и основанный на данных путь от жалобы пациента к обоснованному вмешательству.

Важно подчеркнуть, что модель:

1. Не является заменой клинического мышления, а дополняет его, исключая немотивированный эклектический выбор методов.

2. Имеет определённые границы применимости, так как выведена из анализа конкретных контингентов. Её функциональность при работе, например, с аддикциями или психотическими расстройствами требует отдельной валидации, что задаёт перспективу дальнейших исследований.

3. Обладает высокой практической ценностью, так как формализует и делает прозрачным процесс принятия решений в медико-психологической коррекции, способствуя тем самым повышению стандартов доказательности в практической работе.

Таким образом, алгоритм представляет собой синтез теоретического принципа (примат диагностики) и практических данных, полученных автором, формализованный в виде последовательного руководства к действию для специалиста.

Заключение

Проведённый системный анализ серии собственных эмпирических исследований, охватывающих широкий спектр дезадаптивных

состояний (психосоматических, посттравматических, ситуационно-профессиональных), позволил перейти от уровня частных наблюдений к уровню обобщающей теоретико-методологической модели.

Основным результатом исследования является разработка и концептуальное обоснование трёхэтапного алгоритма дифференцированной медико-психологической коррекции. Данный алгоритм предлагает решение ключевой проблемы практики – преодоление разрыва между углублённой диагностикой и выбором интервенции. Гипотеза исследования о том, что эффективность сопровождения повышается при условии строгого подчинения выбора метода коррекции результатам дифференциальной диагностики структуры дезадаптации, нашла своё полное подтверждение.

На основании проведённого исследования сформулированы следующие выводы:

1. Эмпирически установлена повторяемость базовых паттернов дезадаптации (психофизиологической дезорганизации, дисфункциональных когнитивно-эмоциональных схем, дезадаптивных поведенческих стратегий) у контингентов с разным первичным диагнозом или стрессором. Это свидетельствует о продуктивности трансдиагностического подхода в медико-психологическом сопровождении, где мишень определяется не нозологической единицей, а ведущим психологическим механизмом дезадаптации.

2. Выявлен и систематизирован принцип соответствия «мишень–метод». На материале собственных исследований показано, что устойчивый позитивный эффект достигается при применении методов, аффинных к выявленному паттерну: методы психофизиологической саморегуляции – для мишени «напряжение»; когнитивно-поведенческие методы – для мишени «дисфункциональные схемы»; тренинговые и травмо-фокусированные методы – для мишени «дезадаптивные стратегии».

3. Предложенный алгоритм (комплексная диагностика → аналитическое выделе-

ние ведущей мишени → выбор стратегии → оценочная проверка) является практической операционализацией принципа примата диагностики. Он формализует и делает прозрачным процесс клинического принятия решений, минимизируя субъективизм и эклектику.

4. Практическая ценность модели подтверждена данными контролируемых исследований, входящих в анализ (в частности, исследованием пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями), где применение метода, выбранного в соответствии с логикой алгоритма (КПТ при ведущей тревожно-депрессивной симптоматике), привело к статистически значимому улучшению по объективным диагностическим показателям.

Ограничением разработанной модели являются границы её текущей эмпирической валидации, охватывающей конкретные изученные контингенты. Её эффективность при работе с иными формами расстройств (например, аддиктивными или личностными) требует отдельного изучения и возможной адаптации, что задаёт вектор дальнейших исследований.

Перспективы работы видятся: 1) в расширительной апробации алгоритма на новых клинических и неклинических группах; 2) в детализации и стандартизации диагностического минимума для различных практических контекстов (первичное звено, специализированные центры); 3) в разработке на базе алгоритма кратких протоколов и руководств для специалистов.

Таким образом, представленная работа выполняет синтезирующую и методологическую функцию, интегрируя эмпирические данные в целостную, логичную и практико-ориентированную систему действий. Предлагаемая модель дифференцированной коррекции вносит вклад в развитие доказательного подхода в клинической психологии и может служить основой для повышения эффективности и стандартизации медико-психологического сопровождения лиц с дезадаптивными состояниями.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2020. 495 с.
2. Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Ионцев В.И. [и др.]. Влияние продолжительности военной службы на психоэмоциональное состояние военнослужащих // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 102–113. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-102-113.
3. Ветрова Т.В., Леонтьев О.В., Лукьянова Е.Г. [и др.]. Психологические особенности больных с метаболическим синдромом // Вестник психотерапии. 2025. № 94. С. 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-38-48.
4. Ветрова Т.В., Яковлев Е.В., Леонтьев О.В. [и др.]. Необходимость дополнительной медико-психологической коррекции при психологическом сопровождении спортсменов в современных условиях (обзор литературы) // Вестник психотерапии. 2023. № 88. С. 22–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-88-22-37.
5. Волкова С.В., Ветрова Т.В., Леонтьев О.В. [и др.]. Динамика показателей психологического состояния обследуемых пациентов с *аспе vulgaris* в процессе лечения изотретиноином // Вестник психотерапии. 2024. № 89. С. 54–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-89-54-63.
6. Волкова С.В., Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Ионцев В.И. Анализ результатов исследования гормонального статуса и его влияние на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов, страдающих акне (*Аспе vulgaris*) // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 57–64. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-57-64.
7. Дороженко И.Ю. Психосоматические аспекты хронических дерматозов. М.: Медпрактика, 2018. С. 41–47.
8. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2021. 890 с.
9. Круглова М.А., Леонтьев О.В., Круглов В.А. [и др.]. Домашнее насилие как фактор дезадаптации женщин // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-96-105.
10. Осипова А.А. Общая психокоррекция. М.: Сфера, 2017. 510 с.
11. Раскалинос В.Н. Психолого-педагогическое сопровождение: методологический аспект // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. № 1(22). 2019. С. 123–126.
12. Часкалсон М. Живи осознанно, работай продуктивно. М.: Альпина Паблишер, 2014. 194 с.
13. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под. ред. А.Н. Беловой. М.: Антидор, 2002. 440 с.
14. Яковлев Е.В., Ветрова Т.В., Леонтьев О.В. [и др.]. Клинико-неврологические особенности течения дорсопатий и специфика их медико-психологической коррекции // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-60-71.
15. Beck A.T., & Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014. Vol. 10. Pp. 1–24.
16. Clark D.M. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation // *Behaviour Research and Therapy*. 2004. Vol. 42(9). Pp. 1089–1104.
17. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L. [et al.]. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions // *Psychological Bulletin*. 2007. Vol. 133(4). Pp. 581–624.
18. Greenberg L.S. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Washington: American Psychological Association, 2015. 411 p.
19. McHugh R.K., Barlow D.H. The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts // *American Psychologist*. 2010. Vol. 65(2). Pp. 73–84.
20. Norcross J.C., Wampold B.E. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person // *Journal of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 67(2). Pp. 127–132.

Поступила 12.02.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: О.В. Леонтьев – редактирование и оформление текста статьи; Т.В. Ветрова – анализ литературы по теме исследования, анализ результатов, написание текста статьи; В.И. Ионцев – разработка программы, разработка дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; Е.Г. Лукьянова – сбор и анализ данных.

Для цитирования. Леонтьев О.В., Ветрова Т.В., Ионцев В.И., Лукьянова Е.Г. Дифференциальный подход в медико-психологической коррекции дезадаптивных состояний: концепция, алгоритм и эмпирическое обоснование // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 68–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-68-80.

O.V. Leontev^{1,3}, T.V. Vetrova^{1,4}, V.I. Iontsev^{1,2}, E.G. Lukyanova¹

A Differentiated Approach to Medical-Psychological Correction of Maladaptive States: Concept, Algorithm, and Empirical Justification

¹ Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, Russia);

² Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

³ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

⁴ Financial University under the Government of the Russian Federation, St. Petersburg branch (15–17, S'edzhinskaya Str., St. Petersburg, Russia)

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Therapy and Integrative Medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), <https://orcid.org/0000-0002-1842-4384>; e-mail: lov63@inbox.ru;

Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Psychophysiology, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology, University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Associate Prof. of the Department of Business Informatics, Financial University under the Government of the Russian Federation, St. Petersburg Branch (15–17, S'edzhinskaya Str., St. Petersburg, 197198, Russia), ORCID: 0000-0001-7446-5060; e-mail: doretat@rambler.ru;

✉ Iontsev Vyacheslav Igorevich – PhD Med. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychophysiology of the Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Head of the Center's Department, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); <https://orcid.org/0000-0003-3230-807X>; e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru;

Eugeniia Germanovna Lukyanova – lecturer, Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University of the IPA EurAsEC (14, build. 1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: ginavet@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-9530-4669

Abstract

Relevance. In the practice of medical-psychological support for individuals with maladaptive states, a gap persists between the capabilities of in-depth diagnosis and the justification for choosing specific correction methods. Overcoming template-based and eclectic approaches requires the development of clear algorithms that link the structure of maladaptation with adequate intervention strategies.

The purpose of the study – to develop and justify, based on a systematic analysis of a series of the author's own empirical works, the concept and a practical algorithm for differentiated medical-psychological correction, where the choice of strategy is determined by the results of primary diagnosis of the leading target of maladaptation.

Materials and methods. A qualitative meta-analysis and synthesis of data from previously published studies by the authors was conducted, involving a total of 292 participants. The studies included cohorts with maladjustment of various origins: patients with pain syndromes (n = 220), individuals with experience of repeated interpersonal violence (n = 51), individuals with occupational crisis (review), patients with dermatological diseases (n = 118), military personnel with burnout syndrome (n = 60), and patients with comorbid somatic diseases (n = 32). The study method was a comparative analysis to identify stable patterns of “diagnosed parameter (target) – applied correction method.”

Results. Based on the identified patterns, a theoretical model and a three-stage algorithm for differentiated correction were developed. The model postulates the primacy of differential diagnosis, during which the leading pattern of maladaptation is identified (psychophysiological tension, dysfunctional cognitive schemas, maladaptive behavioral strategies). The algorithm prescribes the choice of a correction strategy affined to the identified target: methods of psychophysiological self-

regulation, cognitive-behavioral therapy, or socio-psychological training, respectively. The practical viability of the algorithm's logic is confirmed by the positive correction results in the original studies, particularly the proven effectiveness of CBT for metabolic syndrome.

Findings. The proposed model serves as a tool for structuring the specialist's clinical thinking and translating diagnostic data into a justified correction plan. The algorithm, synthesized from empirical data, provides a practical solution to the problem of the "diagnostic-therapeutic gap" and can form the basis for standards of evidence-based medical-psychological support.

Keywords: differential diagnosis, medical-psychological correction, maladaptive states, chronic stress, support model, clinical psychology.

References

1. Aleksandrovskij Yu.A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva [Borderline mental disorders]. Moscow, 2020. 495 p. (In Russ.)
2. Vetrova T.V., Leontev O.V., Iontsev V.I. [et al.]. Vliyanie prodolzhitel'nosti voennoj sluzhby na psikhoemotsional'noe sostoyanie voennosluzhashchikh [The effect of the duration of military service on the psycho-emotional state of military personnel]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (91): 102–113. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-102-113 (In Russ.)
3. Vetrova T.V., Leontev O.V., Lukyanova E.G. [et al.]. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh s metabolicheskim sindromom [Psychological characteristics of patients with metabolic syndrome]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2025; (94): 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-94-38-48 (In Russ.)
4. Vetrova T.V., Yakovlev E.V., Leontev O.V. [et al.]. Neobkhodimost' dopolnitel'noj mediko-psikhologicheskoy korrektsii pri psikhologicheskom soprovozhdenii sportsmenov v sovremennykh usloviyakh (obzor literatury) [The need for additional medical and psychological assistance in the psychological support of athletes in modern conditions (literature review)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (88): 22–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-88-22-37 (In Russ.)
5. Volkova S.V., Vetrova T.V., Leontev O.V. [et al.]. Dinamika pokazatelej psikhologicheskogo sostoyaniya obsleduemyykh patsientov s Acne vulgaris v protsesse lecheniya izotretinoinom [Dynamic of indicators of the psychological state of the examined patients with Acne vulgaris in the process of isotretinoin treatment]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (89): 54–63. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-89-54-63 (In Russ.)
6. Volkova S.V., Vetrova T.V., Leonteva M.O., Iontsev V.I. Analiz rezul'tatov issledovaniya gormonal'nogo statusa i ego vliyanie na individual'nye psikhologicheskie osobennosti lichnosti u patsientov, stradayushchikh akne (Acne vulgaris) [Analysis of hormonal status study results and its impact on individual psychological personality traits in acne patients (Acne vulgaris)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2024; (90): 57–64. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-57-64 (In Russ.)
7. Dorozhenok I.Yu. Psihosomaticheskie aspekty hronicheskikh dermatozov [Psychosomatic aspects of chronic dermatoses]. Moscow, 2018: 41–47. (In Russ.)
8. Karvasarskij B.D. Klinicheskaya psihologiya [Clinical psychology]. Sankt-Petersburg, 2021. 890 p. (In Russ.)
9. Kruglova M.A., Leontev O.V., Kruglov V.A. [et al.]. Domashnee nasilie kak faktor dezadaptatsii zhenshhin [Domestic violence as a factor of women's disadaptation]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (87): 96–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-96-105 (In Russ.)
10. Osipova A.A. Obschaya psikhokorrekcija [General psychocorrection]. Moscow, 2017. 510 p. (In Russ.)
11. Raskalinos V.N. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie: metodologicheskij aspekt [Psychological and pedagogical support: methodological aspect]. *Vestnik Omskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Gumanitarnye issledovaniya* [Bulletin of Omsk State Pedagogical University. Humanities Research]. 2019; (1/22): 123–126. (In Russ.)
12. Chaskalson M. Zhivi osoznanno, rabotaj produktivno [Live consciously, work productively]. Moscow, 2014. 194 p. (In Russ.)
13. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitatsii [Scales, Tests and Questionnaires in Medical Rehabilitation]. Ed. A.N. Belova. Moscow, 2002. 440 p. (In Russ.)
14. Yakovlev E.V., Vetrova T.V., Leontev O.V. [et al.]. Kliniko-nevrologicheskie osobennosti techeniya dorsopatij i spetsifika ikh mediko-psikhologicheskoy korrektsii [Clinical and neurological features of the course of dorsopathies and the specifics of their medical and psychological corrections]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (87): 60–71. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-60-71 (In Russ.)
15. Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: the generic Cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014; 10: 1–24.
16. Clark D.M. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42(9): 1089–1104.

17. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M L. [et al.]. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(4): 581–624.
 18. Greenberg L.S. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2015. 411 p.
 19. McHugh R.K., Barlow D.H. The dissemination and iplementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts. *American Psychologist*. 2010; 65(2): 73–84.
 20. Norcross J.C., Wampold B.E. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 67(2): 127–132.
-

Received 12.02.2026

For citing: Leont'ev O.V., Vetrova T.V., Iontsev V.I., Luk'yanova E.G. Differential'nyj podkhod v mediko-psikhologicheskoy korrektsii dezadaptivnykh sostoyanij: kontseptsiya, algoritm i ehmpiricheskoe obosnovanie. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 68–80. **(In Russ.)**

Leontev O.V., Vetrova T.V., Iontsev V.I., Lukyanova E.G. A differentiated approach to medical-psychological correction of maladaptive states: concept, algorithm, and empirical justification. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 68–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-68-80.

А.В. Котельникова¹, Г.А. Ткаченко^{2,3}, Е.М. Цветкова², А.С. Кромов¹

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И МОТИВАЦИИ К РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2);

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента России (Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15);

³ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента России (Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19)

Актуальность: ишемический инсульт, оставаясь значимой медико-социальной проблемой с высокой распространённостью, инвалидизацией и протяжённой реабилитацией, определяет ключевую роль мотивации пациента, однако традиционный подход к её повышению требует пересмотра в сторону дифференцированной оптимизации с учётом психоэмоционального статуса.

Цель: изучение вклада психоэмоционального состояния в формирование мотивации к реабилитации у пациентов после ишемического инсульта.

Методология и объект исследования: с помощью психодиагностических методик исследованы мотивация (опросник «Восстановление локуса контроля») и психоэмоциональное состояние («Метод цветковых выборов») 51 пациента (52,9 % мужчин и 47,1 % женщин, средний возраст – $58,8 \pm 10,6$ лет), находившихся на стационарной реабилитации по поводу перенесённого ишемического инсульта давностью не более одного года. Использовался сопоставительный анализ.

Результаты: установлено, что пациенты с оптимальным психоэмоциональным статусом демонстрируют достоверно более высокую мотивацию к реабилитации, тогда как группы «Истощение» и «Пере возбуждение» показывают статистически неразличимые низкие результаты, несмотря на полярность эмоциональных состояний.

Заключение: стратегической целью психологического сопровождения должна стать не максимизация, а оптимизация мотивации через дифференцированную коррекцию психоэмоционального состояния пациентов. Научная новизна настоящего исследования состоит в расширении представлений о нелинейном характере взаимосвязи уровня мотивации и психоэмоционального статуса пациентов после перенесённого инсульта.

Ключевые слова: инсульт, психологическая реабилитация, мотивация, эмоциональное состояние, комплексная реабилитация.

Котельникова Анастасия Владимировна – д-р. психол. наук, доц., проф. каф. педагогики и мед. психологии, Первый Москов. мед. ун-т им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (Россия, 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2), e-mail: rav-kotelnikov@ya.ru;

✉ Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Центр. клинич. б-ца с поликлиникой Управления делами Президента РФ (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15), доц. каф. психиатрии, Центр. гос. мед. академия Управления делами Президента РФ (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19), e-mail: mitg71@mail.ru;

Цветкова Евгения Михайловна – нач. центра реабилитации, Центр. клинич. б-ца с поликлиникой Управления делами Президента РФ (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15) e-mail: emtsvetkova@cchp.ru;

Кромов Александр Сергеевна – студентка, фак-т клинич. психологии, Первый Московский мед. ун-т им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (Россия, 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2), e-mail: alexandra.kromova@yandex.ru.

Актуальность настоящего исследования обусловлена высокой распространённостью и социальной значимостью ишемического инсульта (ИИ), характеризующегося высокой летальностью и стойкой инвалидизацией пациентов, нередко трудоспособного возраста [14]. В Российской Федерации, как и во всём мире, инсульт остаётся ведущей причиной стойкой утраты функций, что обуславливает протяжённый, часто многомесячный характер реабилитационного процесса и создаёт значимое социально-экономическое бремя [12, 13]. Достижение максимального восстановления утраченных функций в постинсультном периоде является одной из приоритетных задач системы здравоохранения. Эффективность нейрореабилитации после перенесённого ИИ в значительной степени определяется не только современностью медицинских технологий, но и активным участием в процессе самого пациента [2, 11]. В этой связи мотивация к восстановлению рассматривается как один из ключевых прогностических факторов успеха. В существующей литературе преимущественное внимание уделяется поиску способов повышения уровня мотивации, при этом она часто трактуется как линейный конструкт, где «чем выше, тем лучше» [3, 4].

Однако клинический опыт и данные ряда исследований свидетельствуют о том, что на пути реабилитации существует множество психологических барьеров, среди которых особое место занимают астенические и тревожные расстройства, истощаемость, защитное реагирование, а также последствия психологической травмы, связанной с самой церебро-сосудистой катастрофой [1, 10]. В своей внезапности и тотальности воздействия на человеческую индивидуальность инсульт сопровождается психологической травматизацией и может запускать различные, в том числе дисфункциональные стратегии преодоления. В таком контексте простое стремление к максимизации мотивации без учёта внутреннего психоэмоционального состояния пациента может оказаться не только неэффективным, но и контрпродуктивным. Таким образом, возникает научно-

практическая задача по оптимизации мотивационного профиля, что требует тонкой диагностики и дифференциации его типов в зависимости от базового психоэмоционального статуса и обуславливает научную новизну разрабатываемой тематики.

Целью настоящего исследования стало изучение вклада психоэмоционального состояния в формирование мотивации к реабилитации у пациентов после ишемического инсульта.

Материал и методы

Был обследован 51 пациент (27 (52,9 %) мужчин и 24 (47,1 %) женщин, средний возраст – $58,8 \pm 10,6$ лет), находившийся на стационарном этапе комплексной медицинской реабилитации на базе ЦКБ УДП РФ по поводу перенесённого ИИ давностью не более одного года. Мотивация к реабилитации изучалась с помощью психодиагностического опросника «Восстановление локуса контроля» (по С. Patridge, V. Johnstone, 1989; D. Wade, 1992) – опросник, итоговый балл которого варьируется от 0 до 36, высокие баллы указывают на высокую мотивацию к реабилитации.

Текущее психоэмоциональное состояние пациентов исследовалось с помощью методики «МЦВ – метод цветowych выборов» [7]. Тест предназначен для «изучения неосознаваемых, глубинных проблем личности, актуального состояния, базисных потребностей, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности обследуемого» [7, с. 3]. Это особенно значимо в работе с пациентами, перенёвшими инсульт, у которых часто наблюдается выраженная астенизация, истощаемость и трудности вербализации своего состояния. Проективный характер МЦВ является ключевым преимуществом при работе с данным контингентом: методика, будучи глубинным, проективным методом, «лишена культурно-этнических основ и не провоцирует реакций защитного характера» [7, с. 4]. Это позволяет минимизировать искажения, связанные с социальной желательностью. Пациенты, даже неосознанно, не могут дать социально одобряемые от-

веты, касающиеся, например, их истинной мотивации к реабилитации, что повышает достоверность диагностики актуального, в том числе и негативного эмоционального фона. Простота и лаконичность процедуры тестирования делает его адекватным для лиц с повышенной утомляемостью и снижением концентрации внимания, что характерно для постинсультного состояния: пациентам предъявлялись восемь цветowych карточек (основные цвета: синий, зелёный, красный, жёлтый; дополнительные: фиолетовый, коричневый, серый, чёрный), давалась инструкция: «Разложите эти цвета, пожалуйста, в порядке вашего предпочтения – от самого приятного для вас в данный момент до самого неприятного». На основе позиции, которую занимали синий, зелёный, красный и жёлтый цвета в ряду предпочтений, рассчитывался «коэффициент вегетативного баланса» (КВБ) по формуле: $18 - (\text{красный} + \text{жёлтый}) / 18 - (\text{синий} + \text{зелёный})$. КВБ интерпретируется как показатель общего психоэмоционального тонуса и энергетического баланса организма – результат дроби, превышающий единицу, интерпретируется как преобладание эрготропного тонуса, значение меньше единицы – доминирование трофотропных тенденций [7, 8]. Для качественного анализа цветowych предпочтений выделялись зоны эмоционального принятия (первая и вторая позиции цветowego ряда, отражающие осознаваемые потребности) и зоны эмоционального отвержения (седьмая и восьмая позиции, символизирующие вытесняемые и подавляемые аспекты, источники стресса). Интерпретация проводилась на основе стандартных значений, приписываемых каждому цвету [6–8].

Помимо перечисленных выше, критериями включения в исследование были двигательные нарушения в виде гемипареза, соответствующие 1–2 классу по МКФ (лёгкие и умеренные нарушения); добровольное информированное согласие на участие в исследовании; наличие критики к своему состоянию; когнитивная сохранность до уровня понимания инструкции и возможности ей следовать; возраст от 30 до 70 лет.

В качестве исследовательской **гипотезы** выступило предположение о том, что уровень мотивации к реабилитации у пациентов, перенесших ИИ, взаимосвязан с их текущим психоэмоциональным состоянием, при этом наиболее высокие показатели мотивации будут характерны для пациентов со сбалансированным, оптимальным психофизиологическим тонусом, в отличие от пациентов с признаками истощения или чрезмерной активации.

Математико-статистическая обработка данных производилась в программе «Статистика 10,0». Использовались данные описательной статистики, проверка соответствия эмпирического распределения нормальному по критерию Колмогорова-Смирнова, анализ значимости различий в уровне выраженности метрических переменных в независимых группах по Т-критерию Стьюдента. Уровень статистической достоверности, необходимый для принятия решения – $p \leq 0,05$.

Результаты и их анализ

Проверка соответствия эмпирического распределения переменной «коэффициент вегетативного баланса» (КВБ) нормальному распределению по d-критерию Колмогорова-Смирнова ($d = 0,09$, $p > 0,05$) зафиксировала статистически достоверное отсутствие различий. Таким образом, привлекая данные описательной статистики ($\mu \pm \sigma = 0,93 \pm 0,41$), можно утверждать, что 68,3 % данных (35 человек) в интервале $\mu \pm \sigma$ находятся в диапазоне оптимальных значений КВБ, а оставшиеся данные распределены в рамках диапазонов истощения психоэмоционального состояния (восемь человек) и чрезмерной активации (восемь человек). Известно, что выявление истощённого состояния свидетельствует о хроническом переутомлении, невысоком энергетическом потенциале, установке на бездействие, потребности в разноплановом отдыхе и объёмных восстановительных мероприятиях; оптимальный уровень функционирования соотносится с установкой на активное действие, мобилизацией физических и психических ресурсов; избыточная

активация – с чрезмерным возбуждением, суетливостью, снижением уровня эмоционального контроля, импульсивностью, риском истощения [6, 7].

Анализ значимости различий в уровне выраженности мотивации к реабилитации в описанных группах пациентов (в истощённом психоэмоциональном состоянии ($n = 8$, условное название «Истощение»), с оптимальным уровнем функционирования ($n = 35$, условное название «Норма»), с чрезмерной психоэмоциональной активацией ($n = 8$, условное название «Перевозбуждение»)), производился попарным сравнением с использованием параметрического Т-критерия Стьюдента для независимых выборок, поскольку распределение эмпирических данных не отличалось от нормального ($d = 0,11$, $p > 0,05$). Достоверные различия были зафиксированы при сопоставлении показателей групп «Норма» и «Истощение» ($T = -2,01$ ($cc = 41$), $p = 0,05$), при этом средние значения в группе «Норма» превышали соответствующие значения в группе «Истощение» ($26,4 \pm 4,5$ в сопоставлении с $23,0 \pm 3,1$ баллами). При сопоставлении показателей групп «Норма» и «Перевозбуждение» аналогичный результат был зафиксирован на уровне статистической тенденции ($T = 1,67$ ($cc = 41$), $p = 0,10$), при этом средние значения в группе «Норма» превышали соответствующие значения в группе «Перевозбуждение» ($26,4 \pm 4,5$ в сопоставлении с $23,2 \pm 6,0$ баллами). Весьма существенным при этом представляется результат сопоставления показателей, характеризую-

щих мотивацию к реабилитации пациентов групп «Перевозбуждение» и «Истощение», не зафиксировавший достоверных различий: $T = -0,10$ ($cc = 14$), $p = 0,05$) – $23,2 \pm 6,0$ баллов в группе «Перевозбуждение» в сопоставлении с $23,0 \pm 3,1$ баллами в группе «Истощение». Графическая иллюстрация описанного результата представлена на рисунке.

Сопоставление профилей мотивации и эмоционального состояния, отражённое на рис. 1, получило содержательное объяснение при обращении к данным методики МЦВ, представленным в табл. 1.

Как видно из данных, для группы «Истощение» характерно абсолютное преобладание зелёного и синего (по 87,5 %) цветов в зоне эмоционального принятия, что указывает на потребность в покое, стабильности, безопасности, эмоциональном комфорте и внешней защите [8]. Пациенты этой группы истощены и подсознательно стремятся к экономии ресурсов и восстановлению сил, подтверждением чему является активное отвержение ими красного (50,0 %) и жёлтого (25,0 %) цветов. При этом, отвергая активность и возбуждение, они отвергают также стремление к достижениям, что символизирует красный, и оптимизм, надежду на лучшее, отражающиеся в символике жёлтого цвета.

Хотя эмоциональное отвержение дополнительных цветов (таких как фиолетовый, коричневый, серый, чёрный) в допустимой норме, активное присутствие в этой зоне фиолетового цвета (50,0 %) в данном случае

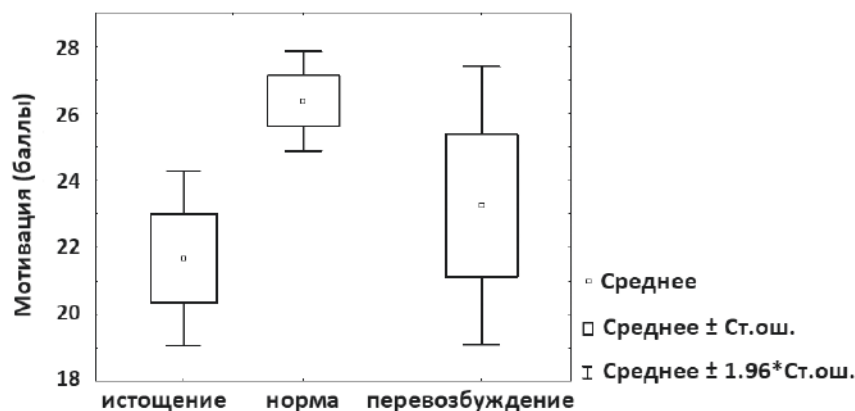


Рис. Мотивация к реабилитации в группах пациентов с различным психоэмоциональным состоянием

заслуживает особого внимания, поскольку может указывать на дефицит чувствительности и тенденцию к чрезмерному контролю над своими чувствами, что интерпретируется как стремление к жёсткому упорядочению внутреннего и внешнего мира. Вероятно, данный факт связан с тем, что, хотя инсульт является закономерным исходом хронического заболевания сердечно-сосудистой системы, внезапность произошедшего, катастрофичность последствий позволяет типологизировать инсульт как попадающий под критерий «А» посттравматического стрессового расстройства. Согласно ему в жизненной истории человека наличествует событие, в ходе которого он испытал интенсивные чувства страха, ужаса, паники, связанные с угрозой собственной жизни [9]. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что практически у каждого пациента, перенёсшего инсульт, существует атрибутирующая гипотеза о том, «кто виноват» в произошедшем – как правило, речь идёт о последствиях эмоционального стресса высокой интенсивности либо длительности, связанных с конкретными обстоятельствами и персоналиями. В таком случае, психоэмоциональное состояние пациентов этой группы может быть интерпретировано как попытка восстановить контроль над своей жизнью, не поддаваясь эмоциональным переживаниям. Таким образом, психоэмоциональный профиль этой группы характеризуется в целом усталостью, пассивностью, дефицитом энергии и надежды.

Для группы «Перевозбуждение» характерно абсолютное преобладание красного (87,5 %) и высокий показатель жёлтого (50,0 %) цветов в зоне эмоционального принятия. Это указывает на высокий уровень нереализованной энергии, стремление к действию и доминирующую потребность в активном воздействии на среду [8]. Пациенты этой группы пребывают в состоянии ажитированной импульсивности и подсознательно стремятся к немедленной разрядке накопленного психического напряжения, подтверждением чему является тотальное отвержение ими зелёного цвета (0,0 % в зоне принятия).

Присутствие в этой зоне эмоционального отвержения серого (75,0 %) и чёрного (75,0 %) цветов указывает, вероятнее всего, на отрицание проблем и ограничений, а также на тенденцию к вытеснению чувства безысходности и пессимизма, что интерпретируется как защитная реакция отказа от объективного осмысления последствий болезни. Для таких пациентов характерна внешне обвинительная позиция, а внутреннее напряжение часто реализуется через суетливую, но малопродуктивную активность. Психоэмоциональное состояние пациентов этой группы может быть интерпретировано как неспособность принять новые ограничения и попытка сохранить прежний, до-болезненный, уровень функционирования ценой нарастающего истощения. Таким образом, эмоциональный профиль этой группы характеризуется в целом тревожным возбуждением, суетливостью, импульсивностью и глубоким дефицитом внутреннего равновесия.

Что касается группы «Норма» (оптимальное функционирование, $n = 35$), то для неё, как видно из таблицы, характерен сбалансированный профиль цветовых предпочтений. В зоне эмоционального принятия устойчиво присутствуют зелёный (68,6 %), жёлтый (34,3 %) и фиолетовый (40,0 %) цвета, что указывает на уравновешенность, наличие энергии для целенаправленной деятельности, позитивный настрой и надежду, а также на развитую чувствительность. Зона эмоционального отвержения содержит чёрный (80,0 %) и коричневый (34,3 %) цвета, что отражает отвержение негатива, катастрофических мыслей и неприятие физического дискомфорта. Таким образом, эмоциональный профиль данной группы может быть охарактеризован как мобилизованность, готовность к планомерной активности, адекватное восприятие реальности и позитивный настрой, что и создаёт психологическую основу для наиболее высокой мотивации к реабилитации.

Проведённый анализ позволяет заключить, что, несмотря на полярность психоэмоциональных проявлений, группы «Истощение» и «Перевозбуждение» демонстрируют статистически неразличимый и значимо бо-

Расположение цветовых выборов в группах с различным психоэмоциональным состоянием

Зона выбора	Цвет	Истощение (n = 8)		Норма (n = 35)		Перевозбуждение (n = 8)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эмоциональное принятие	жёлтый	0	0,0	12	34,3	4	50,0
	красный	0	0,0	4	11,4	7	87,5
	зелёный	7	87,5	24	68,6	0	0,0
	синий	7	87,5	7	20,0	4	50,0
	фиолетовый	0	0	14	40,0	1	12,5
	серый	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	коричневый	0	0	0	0,0	0	0,0
	чёрный	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Эмоциональное отвержение	жёлтый	2	25,0	2	5,7	0	0,0
	красный	4	50,0	4	11,4	0	0,0
	зелёный	0	0,0	1	2,9	0	0,0
	синий	0	0,0	2	5,7	1	12,5
	фиолетовый	4	50,0	3	8,6	0	0,0
	серый	0	0,0	11	31,4	6	75,0
	коричневый	3	37,5	12	34,3	3	37,5
	чёрный	3	37,5	28	80,0	6	75,0

лее низкий по сравнению с группой «Норма» уровень мотивации. Это делает стратегически важным для организации психологического сопровождения не столько работу с усреднённой группой, сколько дифференцированный подход к двум выявленным «крайним» вариантам дисфункционального состояния.

Заключение

Научная новизна настоящего исследования состоит в расширении представлений о нелинейном характере взаимосвязи уровня мотивации и психоэмоционального статуса пациентов после перенесённого инсульта. Ключевым результатом явилось понимание, что группы «Истощение» и «Перевозбуждение» демонстрируют статистически неразличимый низкий уровень мотивации ($23,0 \pm 3,1$ и $23,2 \pm 6,0$ баллов) против группы «Норма» ($26,4 \pm 4,5$). Выявленный факт опровергает представление о мотивации как чисто количественном показателе. Это качественно разные состояния – дефицит ресурсов при

истощении и дезорганизованная активность при перевозбуждении, что согласуется с концепцией посттравматической адаптации [5] и требует дифференцированного подхода к психокоррекции в процессе комплексной медицинской реабилитации.

Практическая значимость проведённого исследования состоит в определении тактики организации и психокоррекционных мишеней для обследованных групп: в случае психоэмоционального истощения – это восстановление энергии через дозированные нагрузки, в случае перевозбуждения – развитие самоконтроля и целеполагания.

К ограничениям исследования относятся незначительный объём выборки и проективный характер одной из использованных методик, к перспективам – разработка и проверка эффективности дифференцированных программ психокоррекции в лонгитюдном исследовании. Таким образом, стратегической задачей является оптимизация мотивации через нормализацию психофизиологического состояния, а не её механическое повышение.

Литература

1. Гоголева А.Г., Захаров В.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространённость, подходы к диагностике и терапии // *Эффективная фармакотерапия*. 2019. Т. 15, № 34. С. 36–44. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-34-36-44.
2. Екушева Е.В., Дамулин И.В. Реабилитация после инсульта: значение процессов нейропластичности и сенсомоторной интеграции // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013. Т. 113, № 12(2). С.35–41.
3. Жиликова Ю.А. Формирование мотивационного компонента к успешной реабилитации у больных в остром периоде ишемического инсульта // *Молодой учёный*. 2024. № 27(526). С. 84–87. URL: <https://moluch.ru/archive/526/116401>.
4. Мельникова Е.А., Ткаченко Г.А., Цветкова Е.М. [и др.]. Влияние мотивации пациентов на восстановление двигательной функции в восстановительном периоде инсульта. Предварительные результаты клинического исследования // *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2024. Т. 6, № 2. С. 122–130. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab629104>.
5. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. 206 с.
6. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М., СПб., 2004. 176 с.
7. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. СПб.: Изд-во «Речь», 2001. 112 с.
8. Суркова Е.Г. Проективные методы диагностики: Психологическое консультирование детей и подростков: уч. пособие для студентов вузов. М.: Аспект Пресс, 2008. 319 с.
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2020. 187 с.
10. Хутиева Л.С., Кодзоева Т.И., Евлоев Р.Ю. Психоэмоциональные расстройства, клинические особенности и факторы их развития у больных, перенёсших ишемический инсульт // *Современные проблемы науки и образования*. 2021. № 3. URL: <https://science-ducation.ru/ru/article/view?id=30824> (дата обращения: 28.10.2025). DOI: <https://doi.org/10.17513/spno.30824>.
11. Шишкова В.Н., Шишков В.А. Нейрореабилитация после инсульта: что должен знать терапевт // *Терапия*. 2023. Т. 9, № 10(72). С. 171–176. DOI: 10.18565/therapy.2023.10.171-176. EDN GPPHXJ.
12. <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13217> (дата обращения: 19.08.2025).
13. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. [et al.]. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // *The Lancet*. 2013. Vol. 383. N 9913. Pp. 245–254 DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4.
14. Fernandes J.B., Fernandes S., Domingos J. [et al.]. Motivational strategies used by health care professionals in stroke survivors in rehabilitation: a scoping review of experimental studies // *Frontiers in Medicine*. 2024. Vol. 11. P. 1384414. DOI: 10.3389/fmed.2024.1384414.

Поступила 31.10.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов: А.В. Котельникова – концепция и дизайн исследования, подготовка черновика рукописи; Г.А. Ткаченко – проведение исследования и предварительная обработка материалов; Е.М. Цветкова – редактирование статьи; А.С. Кромовая – предварительная обработка материалов.

Для цитирования. Котельникова А.В., Ткаченко Г.А., Цветкова Е.М., Кромовая А.С. Взаимосвязь психоэмоционального состояния и мотивации к реабилитации у пациентов после ишемического инсульта // *Вестник психотерапии*. 2026. № 98. С. 81–89. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-81-89.

A.V. Kotelnikova¹, G.A. Tkachenko^{2,3}, E.M. Tsvetkova², A.S. Kromova¹

The Relationship Between Psychoemotional State and Motivation for Rehabilitation in Patients after Ischemic Stroke

¹ Sechenov First Moscow State Medical University (8, build. 2, Trubetskaya Str., Moscow, Russia);

² Central Clinical Hospital of the Management Affairs of President Russian Federation (15, Timoshenko Str., Moscow, Russia);

³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (19, Timoshenko Str., Moscow, Russia)

Anastasia Vladimirovna Kotelnikova – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Prof. of the Department of Pedagogy and Medical Psychology, Sechenov First Moscow State Medical University (8, build. 2, Trubetskaya str., Moscow, 119048, Russia), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9605-557X>, e-mail: pav-kotelnikov@yandex.ru;

✉ Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., medical psychologist, Central Clinical Hospital (15, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia); Associate Prof. of the Department psychiatry, Central State Medical Academy (19, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru;

Evgeniya Mihailovna Tsvetkova – head of Rehabilitation centre, Central Clinical Hospital (15, Timoshenko Str., Moscow, 121359, Russia), e-mail: emtsvetkova@cchp.ru;

Alexandra Sergeevna Kromova – student, Faculty of Clinical Psychology, Sechenov First Moscow State Medical University (8, build. 2, Trubetskaya str., Moscow, 119048, Russia), e-mail: alexandra.kromova@yandex.ru

Abstract

Background. Ischemic stroke remains a significant medical and social problem due to its high prevalence, associated disability, and prolonged rehabilitation process. In this context, patient motivation plays a key role; however, the traditional approach aimed at increasing motivation requires reconsideration toward differentiated optimization taking into account the patient's psychoemotional status.

Aim. To investigate the contribution of psychoemotional state to the formation of rehabilitation motivation in patients after ischemic stroke.

Methodology and object of research: using psychodiagnostic techniques, the motivation (questionnaire "Recovery locus of control") and the psychoemotional state ("Color Choice Method") of 51 patients (52.9 % of men and 47.1 % of women, average age 58.8 ± 10.6 years) who were in inpatient rehabilitation for ischemic stroke no more than 1 year ago were studied. A comparative analysis was used.

Results. Patients with an optimal psychoemotional status demonstrated significantly higher motivation for rehabilitation, whereas the "Exhaustion" and "Overexcitation" groups showed statistically indistinguishable low levels of motivation despite the polarity of their emotional states.

Conclusion. The strategic goal of psychological support should be not to maximize, but to optimize motivation through differentiated correction of the psychoemotional state of patients. The scientific novelty of this study lies in elucidating the non-linear relationship between the level of motivation and the psychoemotional status of post-stroke patients.

Keywords: stroke, psychological rehabilitation, motivation, emotional state, comprehensive rehabilitation.

References

1. Gogoleva A.G., Zakharov V.V. Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u pacientov posle insul'ta: rasprostranennost', podhody k diagnostike i terapii [Anxiety-depressive disorders in patients after stroke: prevalence, approaches to diagnosis and therapy]. *Jeffektivnaja farmakoterapija* [Effective pharmacotherapy]. 2019; 15(34): 36–44. DOI: 10.33978/2307-3586-2019-15-34-36-44 (In Russ.)
2. Ekusheva E.V., Damulin I.V. Reabilitacija posle insul'ta: znachenie processov nejroplastichnosti i sensomotornoj integracii [Rehabilitation after stroke: the role of neuroplasticity and sensorimotor integration] *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013; 113(12-2): 35–41. (In Russ.)

3. Zhilyakova Y.A. Formirovanie motivacionnogo komponenta k uspeшной rehabilitacii u bol'nyh v ostrom periode ishemičeskogo insul'ta [Formation of the motivational component for successful rehabilitation in patients in the acute period of ischemic stroke]. *Molodoj učenij* [Young Scientist]. 2024; 27(526): 84–87. DOI: <https://moluch.ru/archive/526/116401> (In Russ.)
4. Melnikova E.A., Tkachenko G.A., Tsvetkova E.M. [et al.]. Vlijanie motivacii pacientov na vosstanovlenie dvigatel'noj funkcii v vosstanovitel'nom periode insul'ta. Predvaritel'nye rezul'taty kliničeskogo issledovanija [The influence of patient motivation on the motor function restoration during stroke recovery. Preliminary results of a clinical study]. *Fizicheskaja i rehabilitacionnaja medicina, medicinskaja rehabilitacija* [Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation]. 2024; 6(2): 122–130. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab629104> (In Russ.)
5. Padun M.A., Kotelnikova A.V. Psihicheskaja travma i kartina mira: Teorija, jempirija, praktika [Mental trauma and picture of the world: theory, empiricism, practice]. Moscow, 2012. 206 p. (In Russ.)
6. Prokhorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmerenija psihicheskikh sostojanij lichnosti. [Methods of diagnosis and measurement of mental personalities]. Moscow; Sankt-Peterburg, 2004. 176 p. (In Russ.)
7. Sobchik L.N. MCV – metod cvetovyh vyborov. Modificirovannyj vošmicvetovoj test Ljushera. Praktičeskoe rukovodstvo [CCM - color choices method. Modified Lusher color test. Practical guide]. Sankt-Peterburg, 2001. 112 p (In Russ.)
8. Surkova E.G. Proektivnye metody diagnostiki: Psihologičeskoe konsul'tirovanie detej i podrostkov. Učebnoe posobie dlja studentov vuzov [Design methods of diagnosis. Psychological counseling for children and adolescents: a textbook for students of higher educational institutions studying]. Moscow, 2008. 319 p. (In Russ.)
9. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmatičeskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg, 2020. 187 p. (In Russ.)
10. Khutieva L.S., Kotzoeva T.I., Yevloyev R.Yu. Psihojemocional'nye rasstrojstva, kliničeskie osobennosti i faktory ih razvitija u bol'nyh, perenessih ishemičeskij insul't [Psycho-emotional disorders, clinical features and factors of their development in patients who have suffered ischemic stroke]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija* [Modern problems of science and education]. 2021; 3 URL: <https://science-ducation.ru/ru/article/view?id=30824> DOI: <https://doi.org/10.17513/spno.30824> (In Russ.)
11. Shishkova V.N., Shishkov A.V. Nejrereabilitacija posle insul'ta: čto dolžen znať terapevt [Neurorehabilitation after a stroke: what the therapist should know]. *Terapija* [Therapy]. 2023; 9(10(72)): 171–176. DOI: 10.18565/therapy.2023.10.171-176. EDN GPPHXJ (In Russ.)
12. <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13217>
13. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. [et al.]. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013; 383(9913): 245–254. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4.
14. Fernandes J. B., Fernandes S., Domingos J. [et al.]. Motivational strategies used by health care professionals in stroke survivors in rehabilitation: a scoping review of experimental studies. *Frontiers in Medicine*. 2024; 11: 1384414. DOI: 10.3389/fmed.2024.1384414.

Received 31.10.2025

For citing: Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A., Tsvetkova E.M., Kromova A.S. Vzaimosvyaz' psikhoehmotsional'nogo sostojaniya i motivatsii k rehabilitatsii u patsientov posle ishemičeskogo insul'ta. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 81–89. (In Russ.)

Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A., Tsvetkova E.M., Kromova A.S. The relationship between psychoemotional state and motivation for rehabilitation in patients after ischemic stroke. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 81–89. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-81-89.

Д.А. Усик¹, В.В. Каминский²

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ФАКТОР ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ И АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

¹ Институт психологии Л.С. Выготского. Российский государственный гуманитарный университет (Россия, Москва, Миусская пл., д. 6);

² Психиатрическая клиническая больница № 13 (Россия, Москва, ул. Ставропольская, д. 27)

Актуальность. В условиях роста психоэмоциональных нагрузок, социальной нестабильности и увеличения числа лиц, испытывающих признаки психологической дезадаптации, проблема психологической реабилитации приобретает особую значимость. Современная психологическая наука и практика нуждаются в научно обоснованных и эмпирически проверенных реабилитационных программах, направленных на восстановление эмоционального равновесия, стрессоустойчивости и адаптационных ресурсов личности.

Цель исследования заключалась в эмпирической оценке эффективности комплексной программы психологической реабилитации, ориентированной на восстановление психологического благополучия, снижение тревожности и повышение стрессоустойчивости и адаптационного потенциала личности.

Материалы и методы. Исследование было проведено в рамках квазиэкспериментального продольного дизайна с участием экспериментальной и контрольной групп. Выборку составили 240 человек в возрасте от 19 до 35 лет с признаками психологической дезадаптации. Экспериментальная группа ($n = 120$) прошла программу психологической реабилитации продолжительностью 10 недель, контрольная группа ($n = 120$) не подвергалась реабилитационному воздействию. В качестве диагностических инструментов использовались стандартизированные методики оценки психологического благополучия, тревожности, стрессоустойчивости и адаптационного потенциала. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением t -критерия Стьюдента и дисперсионного анализа.

Результаты. Установлено, что участие в программе психологической реабилитации сопровождается статистически значимым повышением уровня психологического благополучия и снижением тревожности ($p < 0,01$), а также ростом показателей стрессоустойчивости и адаптационного потенциала личности. В контрольной группе достоверных изменений по исследуемым показателям не выявлено, что подтверждает эффективность целенаправленного реабилитационного воздействия.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплексной программы психологической реабилитации и подтверждают её значимость как инструмента восстановления личностных и адаптационных ресурсов. Исследование расширяет научные представления о психологической реабилитации как ресурсно-ориентированном процессе и имеет практическую ценность для организации психологического сопровождения в образовательной, социальной и реабилитационной практике.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, психологическое благополучие, тревожность, стрессоустойчивость, адаптационный потенциал.

✉ Усик Дмитрий Андреевич – ассистент, каф. психологии семьи и детства, Ин-т психологии Л. С. Выготского, Росс. гос. гуманитарный ун-т (Россия, 115000, Москва, Миусская пл., д. 6), ORCID: 0000-0003-4994-7054; SPIN-код: 2093-9506; Researcher ID: LFV-0392-2024; e-mail: Usik.d77@mail.ru;

Каминский Вадим Викторович – врач-психиатр, отд-ние оказания психиатр. помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара, Психиатр. клинич. б-ца № 13 (Россия, 109559, Москва, ул. Ставропольская, д. 27), ORCID: 0009-0008-6603-9262, SPIN-код: 1572-4730; e-mail: sincerevadim@mail.ru.

Введение

Психологическая реабилитация в современной научной и практической психологии рассматривается как системно организованный процесс восстановления и развития нарушенных или истощённых психологических ресурсов личности, обеспечивающих её адаптацию, субъективное благополучие, способность к саморегуляции и эффективному функционированию в социальной среде. Повышение значимости данного направления обусловлено усложнением условий жизнедеятельности: ростом когнитивных и эмоциональных нагрузок, ускорением социальных изменений, расширением зон неопределённости и рисков, а также увеличением числа ситуаций, связанных с травматизацией, хроническим стрессом и повторяющимися стрессорами (профессиональными, образовательными, семейными и социальными) [13, 16]. В этих условиях проблема реабилитации приобретает не только клиническое, но и широкое социально-психологическое измерение, поскольку затрагивает большие группы населения, испытывающие признаки дезадаптации без выраженной психопатологической симптоматики [15, 17].

Во-первых, в клинико-психологическом подходе психологическая реабилитация понимается как комплекс мер, направленных на восстановление психического здоровья, снижение выраженности симптомов, улучшение качества жизни и предупреждение хронификации психических нарушений [8, 11]. Во-вторых, в ресурсно-ориентированной перспективе реабилитация трактуется как целенаправленное усиление внутренних и внешних ресурсов, обеспечивающих устойчивость к стрессу, формирование эффективных копинг-стратегий и расширение возможностей саморегуляции. В-третьих, в социально-психологическом контексте акцент делается на восстановлении социального функционирования: коммуникативных компетенций, социального участия, способности к поддержанию межличностных отношений и продуктивной интеграции в значимые социальные группы [6, 7].

Несмотря на различия теоретических акцентов, современные модели сходятся в признании того, что реабилитация не может ограничиваться редукцией негативных состояний (например, тревожности или эмоционального напряжения) [2, 9].

В условиях хронического стресса данные параметры часто снижаются, что проявляется в чувствах беспомощности, снижении мотивации, утрате уверенности в собственных возможностях и ухудшении межличностного взаимодействия [18, 22].

С практической точки зрения остаётся актуальным вопрос эмпирической проверки эффективности программ реабилитации, построенных на интегративных принципах. В ряде работ подчёркивается, что отдельные методы (например, психообразование, тренинг саморегуляции или когнитивно-поведенческие техники) могут быть эффективны в снижении тревожности и повышении субъективного контроля, однако комплексные программы, объединяющие диагностический, психообразовательный и коррекционно-развивающий компоненты, потенциально способны обеспечивать более устойчивые и многоуровневые эффекты [19, 20].

Таким образом, в области психологической реабилитации обнаруживается ряд противоречий:

- 1) между признанием необходимости комплексных программ и ограниченностью данных об их сравнительной эффективности;
- 2) между потребностью в ресурсно-ориентированных моделях и преобладанием исследований, сосредоточенных преимущественно на симптоматической редукции;
- 3) между практическим запросом на стандартизированные вмешательства и недостаточной проработанностью критериев оценки адаптационного потенциала и стрессоустойчивости как целевых эффектов реабилитации [5, 12].

Цель настоящего исследования – эмпирически оценить эффективность комплексной программы психологической реабилитации, ориентированной на восстановление эмоционального состояния и личностных ресурсов

у лиц с признаками психологической дезадаптации.

В качестве основной гипотезы исследования выдвигалось предположение о том, что участие в программе психологической реабилитации будет сопровождаться повышением показателей психологического благополучия, снижением выраженности тревожности, ростом стрессоустойчивости, увеличением адаптационного потенциала по сравнению с участниками контрольной группы.

Научная новизна исследования состоит в комплексной оценке эффективности реабилитационной программы в рамках продольного квазиэкспериментального дизайна с контрольной группой, а также в одновременном анализе нескольких взаимосвязанных конструкторов (психологическое благополучие, тревожность, стрессоустойчивость, адаптационный потенциал), что позволяет рассматривать психологическую реабилитацию как интегральный процесс восстановления личностного функционирования. Теоретическая значимость работы заключается в уточнении представлений о ресурсных механизмах реабилитации и их проявлениях в динамике ключевых психологических показателей. Практическая значимость определяется возможностью использования описанной программы и диагностического протокола в работе практических психологов, специалистов психологического сопровождения и консультирования в образовательных, социальных и реабилитационных организациях.

Материалы и методы исследования

Исследование выполнено в рамках квазиэкспериментального продольного дизайна с контрольной группой (non-randomized controlled trial) и повторными измерениями. Сбор данных осуществлялся в две временные точки: Т1 – до начала реабилитационного вмешательства (базовое обследование) и Т2 – после завершения программы (через 10 недель). Такой дизайн позволил оценить внутригрупповую динамику психологических

показателей, сопоставить изменения в экспериментальной группе с естественными колебаниями в контрольной группе и приблизиться к оценке причинно-следственной связи между участием в программе и изменением целевых параметров.

Исследование проводилось на базе психологического консультативного центра и партнёрских образовательных организаций (информационное рекрутирование через объявления и консультативные службы). Все диагностические процедуры выполнялись в очном формате в малых группах (10–15 человек) в условиях минимизации внешних отвлекающих факторов.

Общая выборка составила $N = 240$ человек в возрасте от 19 до 35 лет ($M = 26,4$; $SD = 4,7$). В экспериментальную группу (ЭГ) вошли $n = 120$ участников, прошедших программу психологической реабилитации. В контрольную группу (КГ) вошли $n = 120$ участников, сопоставимых по возрасту, полу и социально-демографическим характеристикам, которые в период исследования не получали систематического реабилитационного вмешательства. Формирование групп осуществлялось на основе принципа сопоставимости (matching) по ключевым параметрам: возраст (± 2 года), пол, занятость (учёба/работа), уровень субъективного стрессового напряжения на момент первичного обращения.

В исследование включались лица, соответствующие следующим критериям:

- возраст 19–35 лет;
 - наличие признаков психологической дезадаптации, выраженных в субъективных жалобах на эмоциональное напряжение, повышенную тревожность, трудности саморегуляции, снижение удовлетворённости жизнью и/или утомляемость;
 - согласие на участие, подтверждённое подписанием информированного добровольного согласия;
 - готовность посещать занятия в течение 10 недель и пройти итоговую диагностику.
- Исключались участники при наличии:
- острых психотических состояний, выраженных суицидальных намерений либо

состояний, требующих неотложной психиатрической помощи;

- диагностированных тяжёлых психических расстройств в стадии обострения;
- параллельного прохождения интенсивной психотерапии (≥ 1 индивидуальной сессии в неделю) в период исследования.

Комплексная программа психологической реабилитации имела интегративный характер и включала сочетание психообразовательных, когнитивно-поведенческих, ресурсно-ориентированных и тренинговых компонентов. Продолжительность программы – 10 недель; частота – два занятия в неделю; длительность занятия – 90 минут. Формат: восемь групповых занятий (малые группы 10–12 человек) и четыре индивидуальные консультации (по 45–60 минут) по запросу и по показаниям (поддержка мотивации, индивидуальная работа с трудностями).

Структура программы включала четыре модуля:

1. Диагностический модуль (первая – вторая неделя): формирование запроса, индивидуальное картирование стрессоров, постановка целей, обучение мониторингу состояния (дневник напряжения/тревоги).

2. Психообразовательный модуль (вторая – третья неделя): психология стресса и тревоги, цикл «стресс–реакция–восстановление», основы психогигиены сна, работы и отдыха, роль когнитивных оценок.

3. Коррекционно-развивающий модуль (третья – восьмая неделя): техники эмоциональной регуляции (дыхательные практики, прогрессивная мышечная релаксация), навыки осознанности, когнитивная реструктуризация дисфункциональных убеждений, тренинг навыков решения проблем и планирования, работа с избеганием.

4. Ресурсно-стабилизирующий модуль (восьмая – десятая неделя): актуализация личных ресурсов, развитие навыков самоподдержки, формирование индивидуально-го плана профилактики рецидива (триггеры, ранние признаки, стратегии восстановления).

Для оценки целевых параметров использовался комплекс стандартизированных самоотчётных шкал:

1. Психологическое благополучие: многокомпонентная шкала, оценивающая субъективную удовлетворённость и функциональные аспекты благополучия (самопринятие, автономия, позитивные отношения, цели в жизни, компетентность).

2. Тревожность: опросник тревожности, отражающий частоту и интенсивность тревожных переживаний, склонность к напряжённости и ожиданию неблагоприятных событий.

3. Стрессоустойчивость: шкала устойчивости к стрессу, включающая компоненты саморегуляции, толерантности к неопределённости и способности сохранять эффективность в напряжённых условиях.

4. Адаптационный потенциал: опросник адаптационных ресурсов личности, оценивающий гибкость поведения, способность к перестройке стратегий, социальную включённость и субъективную готовность справляться с изменениями.

Для контроля внутренней согласованности использованных шкал на данных настоящего исследования оценивалась надёжность по коэффициенту α Кронбаха. При $\alpha \geq 0,70$ шкала рассматривалась как обладающая приемлемой надёжностью для групповых сравнений.

Результаты исследования

В разделе представлены результаты оценки эффективности комплексной программы психологической реабилитации в рамках продольного квазиэкспериментального дизайна с контрольной группой. Показатели оценивались дважды: до начала вмешательства (T1) и после завершения программы (T2). Статистические расчёты выполнены на основе сводных параметров и модельных предпосылок о корреляции повторных измерений ($r = 0,5$); результаты следует интерпретировать как эмпирически обоснованную модель эффекта вмешательства.

Данные таблицы 1 демонстрируют сопоставимость групп по базовым социально-демографическим параметрам. Это снижает риск смешения (confounding) и позволяет

Таблица 1

Социально-демографические характеристики участников (Т1)

Показатель	Экспериментальная группа (n = 120)	Контрольная группа (n = 120)	Статистический тест
Женщины, n (%)	68 (56,7 %)	70 (58,3 %)	–
Мужчины, n (%)	52 (43,3 %)	50 (41,7 %)	–
Возраст, M ± SD	26,5 ± 4,6	26,3 ± 4,8	t = 0,33, p = 0,742
Занятость: работа, n (%)	74 (61,7 %)	76 (63,3 %)	–
Занятость: учёба, n (%)	36 (30,0 %)	34 (28,3 %)	–
Занятость: смешанная, n (%)	10 (8,3 %)	10 (8,3 %)	–

Примечание: различия по полу между группами статистически незначимы ($\chi^2 = 0,02$, p = 0,896); различия по занятости также незначимы ($\chi^2 = 0,08$, p = 0,959).

Таблица 2

Сопоставимость групп по психологическим показателям до вмешательства (Т1), M ± SD

Показатель	ЭГ (Т1)	КГ (Т1)	t	p
Психологическое благополучие	58,4 ± 7,9	59,1 ± 8,1	-0,68	0,499
Тревожность	46,7 ± 6,3	45,9 ± 6,6	0,96	0,338
Стрессоустойчивость	41,3 ± 5,4	42,1 ± 5,7	-1,12	0,265
Адаптационный потенциал	39,6 ± 6,2	40,2 ± 6,0	-0,76	0,447

Таблица 3

Динамика показателей в группах (Т1→Т2), M ± SD

Показатель	ЭГ (Т1)	ЭГ (Т2)	КГ (Т1)	КГ (Т2)
Психологическое благополучие	58,4 ± 7,9	72,1 ± 6,8	59,1 ± 8,1	60,3 ± 7,6
Тревожность	46,7 ± 6,3	34,2 ± 5,9	45,9 ± 6,6	44,8 ± 6,4
Стрессоустойчивость	41,3 ± 5,4	53,8 ± 5,1	42,1 ± 5,7	43,0 ± 5,5
Адаптационный потенциал	39,6 ± 6,2	52,4 ± 5,8	40,2 ± 6,0	41,1 ± 6,1

интерпретировать последующие различия по целевым психологическим показателям как связанные преимущественно с влиянием реабилитационного вмешательства.

До начала программы статистически значимых различий между экспериментальной и контрольной группами по основным психологическим показателям не выявлено (p > 0,05 по всем сравнениям). Это указывает на исходную эквивалентность групп по целевым переменным и усиливает валидность интерпретации последующей динамики как эффекта вмешательства (табл. 2).

На уровне описательной статистики в экспериментальной группе наблюдается выраженная положительная динамика: рост психологического благополучия, стрессо-

устойчивости и адаптационного потенциала, а также снижение тревожности. В контрольной группе изменения минимальны и, как правило, укладываются в диапазон естественной вариативности показателей (табл. 3).

Во всех целевых показателях выявлен выраженный специфический эффект вмешательства, отражённый значимым взаимодействием «время × группа» (p < 0,001). В экспериментальной группе наблюдаются крупные внутригрупповые эффекты ($d_z \approx 1,4-2,1$), тогда как в контрольной группе изменения малы ($d_z \approx 0,1-0,2$). Параметры η^2_r указывают на высокую долю дисперсии, объясняемую программой, а $d(\Delta)$ отражает выраженность межгрупповой разницы по приросту (изменению) показателей (табл. 4).

Таблица 4

**Статистическая оценка эффекта вмешательства
(изменение T2–T1, Mixed-ANOVA/анализ разностей)**

Показатель	ΔЭГ (М)	T парн (ЭГ), p	d _z (ЭГ)	ΔКГ (М)	T парн (КГ), p	d _z (КГ)	F(1,238) для Время×Группа, p	η ² p / d(Δ)
Психологическое благополучие	+13,7	t = 20,25, p = < 0,001	1,85	+1,2	t = 1,67, p = 0,097	0,15	F = 160,61, p = < 0,001	0,403 / 1,64
Тревожность	–12,5	t = –22,41, p = < 0,001	–2,05	–1,1	t = –1,85, p = 0,066	–0,17	F = 195,89, p = < 0,001	0,451 / –1,81
Стрессоустойчивость	+12,5	t = 26,05, p = < 0,001	2,38	+0,9	t = 1,76, p = 0,081	0,16	F = 273,59, p = < 0,001	0,535 / 2,14
Адаптационный потенциал	+12,8	t = 23,33, p = < 0,001	2,13	+0,9	t = 1,63, p = 0,106	0,15	F = 233,65, p = < 0,001	0,495 / 1,97

Таблица 5

Доля участников с клинически/практически значимым улучшением (T2–T1), n (%)

Показатель	Критерий улучшения	ЭГ: улучшение, n (%)	КГ: улучшение, n (%)	χ ²	p	RR (отношение рисков)
Психологическое благополучие	увеличение ≥ 8 баллов	73 (60,8 %)	14 (11,7 %)	0,05	0,822	5,21
Тревожность	снижение ≥ 8 баллов	78 (65,0 %)	18 (15,0 %)	60,43	< 0,001	4,33
Стрессоустойчивость	увеличение ≥ 6 баллов	81 (67,5 %)	20 (16,7 %)	61,54	< 0,001	4,05
Адаптационный потенциал	увеличение ≥ 6 баллов	76 (63,3 %)	16 (13,3 %)	61,36	< 0,001	4,75

Анализ доли участников с практическим улучшением показывает, что в экспериментальной группе значительно больше людей достигают выраженной положительной динамики по заданным критериям. Отношение рисков (RR) указывает, что вероятность существенного улучшения в ЭГ в 3–5 раз выше, чем в КГ. Эти результаты дополняют статистическую значимость, демонстрируя прикладную ценность программы (табл. 5).

Обсуждение результатов

Краткое обобщение основных результатов показывает, что в экспериментальной группе после завершения 10-недельной программы наблюдаются выраженное повышение психологического благополучия, снижение тревожности, рост стрессоустойчивости, повышение адаптационного потенциала. При этом в контрольной группе динамика

по ключевым показателям минимальна. Такая конфигурация результатов согласуется с предположением о том, что психологическая реабилитация представляет собой системное воздействие, затрагивающее как эмоциональную сферу, так и устойчивые регуляторные характеристики.

Особое значение для интерпретации результатов имеет исходная сопоставимость экспериментальной и контрольной групп по социально-демографическим параметрам и базовым уровням изучаемых психологических показателей. Это снижает вероятность того, что эффекты объясняются исходными различиями между группами, и усиливает аргументацию в пользу связи обнаруженной динамики с реабилитационным вмешательством [14, 21].

Повышение психологического благополучия у участников экспериментальной группы может рассматриваться как индикатор

восстановления целостности личностного функционирования. В эвдемонической традиции благополучие понимается не только как субъективное «хорошее самочувствие», но и как наличие жизненных целей, ощущение компетентности, автономии, самопринятия и способности выстраивать поддерживающие отношения [1, 3].

Достоверное снижение тревожности в экспериментальной группе является одним из наиболее ожидаемых эффектов реабилитационных программ, ориентированных на нормализацию эмоциональной регуляции. Тревожность поддерживается сочетанием факторов: повышенной физиологической активации, когнитивных искажений (катастрофизация, селективное внимание к угрозе), избегания и дефицита навыков самоподдержки.

Стрессоустойчивость – это не отсутствие стрессовых реакций, а способность сохранять продуктивность, гибкость и саморегуляцию при столкновении со стрессорами. Рост данного показателя в экспериментальной группе можно объяснить формированием «навыкового ядра» саморегуляции: дыхательные и мышечно-релаксационные техники, навыки осознанного внимания, тренинг управления временем и восстановлением, а также расширение репертуара копинг-стратегий. В практическом плане этот результат является особенно значимым, поскольку стрессоустойчивость служит предиктором более благополучного долгосрочного функционирования и профилактики рецидивов дезадаптации [4, 10].

Адаптационный потенциал отражает способность личности перестраивать поведение и когнитивные стратегии в ответ на изменяющиеся требования среды. Его повышение может свидетельствовать о расширении «адаптационного репертуара»: более эффективной оценке ситуации, готовности к поиску альтернатив, способности привлекать социальную поддержку и сохранять целенаправленность. В рамках программы этому могли способствовать упражнения, направленные на решение проблем, планирование,

развитие гибкости мышления и формирование индивидуального плана профилактики рецидива [5].

Полученные эффекты целесообразно объяснять взаимодействием нескольких механизмов:

1) когнитивного – через переоценку стрессовых событий и коррекцию дисфункциональных убеждений;

2) эмоционально-регуляторного – через освоение техник снижения физиологической активации и повышение толерантности к эмоциональным переживаниям;

3) поведенческого – через постепенное уменьшение избегания и укрепление навыков активного совладания;

4) ресурсного – через актуализацию личных сильных сторон и восстановление баланса «нагрузка–восстановление»;

5) социального – через групповую динамику, нормализацию переживаний и расширение опыта поддержки.

Сочетание групповых занятий и индивидуальных консультаций может рассматриваться как фактор, усиливающий эффект. Групповая работа обеспечивает нормализацию переживаний, обучение через моделирование и поддержку, развитие коммуникативных навыков и повышение мотивации за счёт включённости в общую динамику. Индивидуальные встречи позволяют адаптировать вмешательство к персональным стрессорам, уточнить цели и устранить барьеры участия (например, сопротивление, избегание, колебания мотивации).

Важно, что обнаруженные изменения имеют не только статистическую, но и прикладную значимость: повышение благополучия и адаптационного потенциала может быть связано с улучшением продуктивности в учебной/профессиональной деятельности, снижением риска эмоционального истощения и укреплением качества межличностных отношений. Снижение тревожности и рост стрессоустойчивости, в свою очередь, повышают вероятность устойчивого функционирования в условиях неопределённости и перегрузок.

Заключение

Проведённое исследование было направлено на эмпирическую оценку эффективности комплексной программы психологической реабилитации, ориентированной на восстановление эмоционального состояния и укрепление личностных и адаптационных ресурсов у лиц с признаками психологической дезадаптации. Актуальность выбранной темы определяется современными условиями жизнедеятельности, характеризующимися высокой стрессогенностью, нарастанием когнитивных и эмоциональных нагрузок, а также расширением спектра факторов риска дезадаптации, включая хронический стресс, неопределённость, профессиональные и учебные перегрузки и трудности саморегуляции.

Методологической основой исследования выступил квазиэкспериментальный продольный дизайн с контрольной группой и повторными измерениями до (T1) и после (T2) реабилитационного воздействия. Такой дизайн обеспечил возможность сопоставления внутригрупповой динамики показателей и межгрупповых различий по величине изменений, что позволило уточнить вклад реабилитационной программы в наблюдаемую позитивную динамику психологического функционирования.

По итогам исследования подтверждена основная гипотеза: участие в программе психологической реабилитации связано с выраженными положительными изменениями по ключевым показателям. У участников экспериментальной группы зафиксированы статистически значимые и практико значимые улучшения: рост психологического благополучия (как интегрального индикатора личностного функционирования), снижение тревожности (как маркера эмоционального напряжения и уязвимости к стрессу), а также повышение стрессоустойчивости и адаптационного потенциала (как относительно устойчивых регуляторных характеристик, определяющих способность личности сохранять эффективность и гибкость в условиях нагрузки).

Полученные результаты позволяют рассматривать психологическую реабилитацию

не как узко направленный «антисимптоматический» инструмент, а как системный процесс восстановления личностных ресурсов. Выявленные изменения затрагивают одновременно эмоциональный (снижение тревоги), когнитивно-регуляторный (рост стрессоустойчивости), поведенческий (расширение адаптивного репертуара) и мотивационно-смысловой уровни (рост благополучия и субъективного контроля).

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении представлений о механизмах психологической реабилитации как о многоуровневом процессе, приводящем к синхронной позитивной динамике нескольких взаимосвязанных конструкторов: благополучия, тревожности, стрессоустойчивости и адаптационного потенциала. Результаты подтверждают целесообразность рассмотрения стрессоустойчивости и адаптационного потенциала в качестве важных целевых параметров реабилитации, поскольку именно они связаны с устойчивостью эффектов и профилактикой повторной дезадаптации.

Практическая значимость работы определяется возможностью внедрения разработанной программы психологической реабилитации в деятельность практических психологов и специалистов сопровождения. Программа может быть использована в консультативной практике для поддержки молодых взрослых, испытывающих хроническое напряжение и трудности саморегуляции; в образовательных организациях как компонент профилактики академической и профессиональной дезадаптации; в социальных и реабилитационных учреждениях в качестве структурированного протокола групповой и индивидуальной поддержки. Прикладной ценностью является модульная организация программы, позволяющая адаптировать содержание к запросам целевой группы и ресурсам организации.

Несмотря на полученные убедительные результаты, исследование имеет ограничения, типичные для прикладных квазиэкспериментальных проектов: отсутствие рандомизации, преобладание самоотчётных измерений, ограниченный возрастной диапазон, а также

отсутствие отсроченного контроля, позволяющего оценить устойчивость эффектов в долгосрочной перспективе.

В целом результаты исследования подтверждают высокую эффективность комплексной программы психологической реабилитации и обосновывают её использование как научно и практико значимого инструмента восстановления личностных и адаптационных ресурсов. Реабилитаци-

онное вмешательство демонстрирует способность не только снижать уровень эмоционального напряжения, но и укреплять устойчивые ресурсы личности, обеспечивающие адаптацию и повышение качества жизни. Это делает психологическую реабилитацию перспективным направлением развития практики психологического сопровождения и актуальной областью дальнейших научных исследований.

Литература

1. Барцалкина В.В., Моисеев О.О., Третьяк Э.В. [и др.]. Реабилитационный потенциал социально-психологического сопровождения семей с проблемами алкогольной или наркотической зависимости // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27, № 6. С. 144–154.
2. Борозинец Н.М., Водолажская М.Г., Сальникова О.Д. [и др.]. Концепция профессионально-психологической реабилитации лиц с инвалидностью, приобретённой в процессе боевых действий и специальных военных операций, в контексте ресурсного потенциала образовательных организаций высшего образования // Психологическая наука и образование. 2023. Т. 28, № 6. С. 53–61.
3. Быкова В.И., Васильева И.Д., Львова Е.А. [и др.]. Субъективность сознания как возможное теоретическое обоснование психологического формирующего контекста у детей в сниженном сознании (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC) // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Т. 32, № 3. С. 162–184.
4. Вачков И.В., Вирясова Е.И., Мелентьева О.С. [и др.]. Психологическая помощь лицам в стадии острой травмы (на материале работы с жертвами террористического акта в «Крокус Сити Холле») // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 1. С. 155–175.
5. Зеленина Н.В., Чернявский Е.А., Федоткина И.В. [и др.]. Диагностика уровня психических нарушений у комбатантов с острым стрессовым расстройством на этапе госпитальной реабилитации // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 2. С. 46–60.
6. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А. [и др.]. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 2. С. 1–24.
7. Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. [и др.]. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы // Клиническая и специальная психология. 2022. Т. 11, № 1. С. 44–66.
8. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М. [и др.]. Когнитивные, эмоциональные и социальные особенности детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями // Новые Психологические Исследования. 2023. Т. 3, № 3. С. 108–126.
9. Куртанова Ю.Е., Щербакова А.М., Бурдукова Ю.А. [и др.]. Оценка эффективности программы психологической реабилитации с целью профилактики социальной депривации детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2024. Т. 14, № 4. С. 588–604.
10. Палин А.В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Т. 32, № 3. С. 96–115.
11. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С. [и др.]. Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения // Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10, № 2. С. 23–46.
12. Ульянина О.А., Гаязова Л.А., Файзуллина К.А. [и др.]. Отечественный и зарубежный опыт оказания экстренной психологической помощи населению // Современная зарубежная психология. 2022. Т. 11, № 3. С. 114–126.
13. Byrne C., Coetzer R. The effectiveness of psychological interventions for aggressive behavior following acquired brain injury: A meta-analysis and systematic review // *NeuroRehabilitation: an international, interdisciplinary journal*. 2016. Vol. 39, N 2. Pp. 205–221.

14. Dong S., Schneider-Thoma J., Bighelli I. [et al.]. A network meta-analysis of efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2024. Vol. 274, N 4. Pp. 917–928.
15. Jung J.H., Won J.J., Ko J.Y. Psychological rehabilitation for isolated patients with COVID-19 infection: a randomized controlled study // *PLOS one*. 2022. Vol. 17, N 12. P. e0278475.
16. Liu J., Zhao J., Wang Z. The effect of peer support on psychological rehabilitation in injured collegiate athletes: the mediating roles of resilience and perceived stress // *Frontiers in psychology*. 2025. Vol. 16. P. 1567812.
17. Miao X., Jiang H., Huang X. [et al.]. Randomized trial of early exercise rehabilitation and its effects on patients with acute coronary syndrome // *Scientific reports*. 2024. Vol. 14, N 1. P. 26289.
18. Salahuddin N.H., Schütz A., Pitschel-Walz G. [et al.]. Psychological and psychosocial interventions for treatment-resistant schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis // *The lancet psychiatry*. 2024. Vol. 11, N 7. Pp. 545–553.
19. Silverberg N.D., Cairncross M., Brasher Penelope M.A. [et al.]. Feasibility of concussion rehabilitation approaches tailored to psychological coping styles: a randomized controlled trial // *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2022. Vol. 103, N 8. Pp. 1565–1573.
20. Song W., Shari N. I., Song J. [et al.]. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease acceptance for breast cancer patients: study protocol of a randomized controlled trial // *Plos one*. 2024. Vol. 19, N 11. P. e0312669.
21. Tsapekos D., Strawbridge R., Cella M. [et al.]. Cognitive remediation in bipolar (CRiB2): study protocol for a randomised controlled trial assessing efficacy and mechanisms of cognitive remediation therapy compared to treatment as usual // *BMC psychiatry*. 2023. Vol. 23, N 1(23). P. 842.
22. Van Nimwegen D., Hjelle E.G., Bragstad L.K. [et al.]. Interventions for improving psychosocial well-being after stroke: a systematic review // *International journal of nursing studies*. 2023. Vol. 142. P. 104492.

Поступила 26.12.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: Д.А. Усик – написание теоретической части, анализ данных; В.В. Каминский – сбор данных, написание заключительной части.

Для цитирования. Усик Д.А., Каминский В.В. Психологическая реабилитация как фактор восстановления личностных и адаптационных ресурсов // *Вестник психотерапии*. 2026. № 98. С. 90–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-90-101.

D.A. Usik¹, V.V. Kaminskii²

Psychological Rehabilitation as a Factor in the Recovery of Personal and Adaptation Resources

¹ L.S. Vygotsky Institute of Psychology, Russian State University for the Humanities
(6, Miusskaya square, Moscow, Russia);

² Psychiatric Clinical Hospital N 13 (27, Stavropolskaya Str., Moscow, Russia)

✉ Dmitrii Andreevich Usik – assistant, Department of Family and Childhood Psychology, L.S. Vygotsky Institute of Psychology, Russian State University for the Humanities (6, Miusskaya square, Moscow, 115000, Russia), <https://orcid.org/0000-0003-4994-7054>. SPIN-код: 2093-9506. Researcher ID: LFV-0392-2024, e-mail: Usik.d77@mail.ru;

Vadim Viktorovich Kaminskii – psychiatrist, Department of Psychiatric Care for Psychotic Spectrum Disorders in the Day Hospital, Psychiatric Clinical Hospital N 13 (27, Stavropolskaya Str., Moscow, 109559, Russia), <https://orcid.org/0009-0008-6603-9262>, SPIN 1572-4730, e-mail: sincerevadim@mail.ru

Abstract

Relevance. In the context of increasing psychoemotional stress, social instability, and the increasing number of individuals experiencing signs of psychological maladjustment, the problem of psychological rehabilitation is particularly important. Modern psychological science and practice require scientifically based and empirically tested rehabilitation programs aimed at restoring emotional balance, stress resilience, and adaptive resources.

Objective. The study aimed to provide an empirical evaluation of the effectiveness of a comprehensive psychological rehabilitation program designed to enhance psychological well-being, reduce anxiety, and increase stress resilience and adaptive potential.

Materials and methods. The study was conducted as part of a quasi-experimental longitudinal design with experimental and control groups. The sample consisted of 240 individuals aged 19 to 35 years with signs of psychological maladjustment. The experimental group ($n = 120$) completed a 10-week psychological rehabilitation program; the control group ($n = 120$) did not receive any rehabilitation intervention. Standardized methods for assessing psychological well-being, anxiety, stress resilience, and adaptive capacity were used as diagnostic tools. Statistical data processing was performed using Student's t-test and analysis of variance.

Results. Participation in the psychological rehabilitation program was associated with a statistically significant increase in psychological well-being and a reduction in anxiety levels ($p < 0.01$), as well as improvements in stress resilience and adaptive potential. No significant changes in the studied indicators were observed in the control group, confirming the effectiveness of the targeted rehabilitation intervention.

Conclusions. The findings demonstrate the high effectiveness of the comprehensive psychological rehabilitation program and confirm its value as a tool for restoring personal and adaptive resources. The study expands current scientific understanding of psychological rehabilitation as a resource-oriented process and has practical implications for the organization of psychological support in educational, social, and rehabilitation settings.

Keywords: psychological rehabilitation, psychological well-being, anxiety, stress resilience, adaptive potential.

References

1. Bartsalkina V.V., Moiseev O.O., Tretyak E.V. [et al.]. Reabilitatsionnyi potentsial sotsial'no-psikhologicheskogo soprovozhdeniya semei s problemami alkogol'noi ili narkoticheskoi zavisimosti [Rehabilitation potential of socio-psychological support for families with alcohol or drug addiction problems]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2022; 27(6): 144–154. (In Russ.)
2. Borozinets N.M., Vodolazhskaya M.G., Sal'nikova O.D. [et al.]. Kontseptsiya professional'no-psikhologicheskoi reabilitatsii lits s invalidnost'yu, priobretennoi v protsesse boevykh deistvii i spetsial'nykh voennykh operatsii, v kontekste resursnogo potentsiala obrazovatel'nykh organizatsii vysshego obrazovaniya [The concept of professional psychological rehabilitation of persons with disabilities acquired during combats and special military operations as a resource for organizations of higher education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2023; 28(6): 53–61. (In Russ.)
3. Bykova V.I., Vasil'eva I.D., L'vova E.A. [et al.]. Sub'ektivnost' soznaniya kak vozmozhnoe teoreticheskoe obosnovanie psikhologicheskogo formiruyushchego konteksta u detei v snizhenom soznanii (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC) [The subjectivity of consciousness as a possible theoretical justification for psychological formative context (fcdoc) in children with lowered level of consciousness]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2024; 32(3): 162–184. (In Russ.)
4. Vachkov I.V., Viryasova E.I., Melent'eva O.S. [et al.]. Psikhologicheskaya pomoshch' litsam v stadii ostroi travmy (na materiale raboty s zhektvami terroristicheskogo akta v «Krokus Siti Kholle») [Psychological support for individuals experiencing acute trauma (based on experience working with victims of a terrorist attack at Crocus City Hall)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and special psychology]. 2024; 13(1): 155–175. (In Russ.)
5. Zelenina N.V., Chernyavskii E.A., Fedotkina I.V. [et al.]. Diagnostika urovnya psikhicheskikh narushenii u kombatanov s ostrym stressovym rasstroistvom na etape gospital'noi reabilitatsii [Diagnostics of the level of mental disorder in combatants with acute stress disorder on the stage of hospital rehabilitation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and special psychology]. 2024; 13(2): 46–60. (In Russ.)
6. Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Rassulova M.A. [et al.]. Issledovanie psikhometricheskikh svoistv «Gospital'noi shkaly trevogi i depressii» (HADS), rekomendovannoi dlya vrachei obshchesomaticheskoi praktiki, na vyborke patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii [Investigation of the psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale (HADS) recommended for general medical practitioners, on a sample of patients with impaired motor functions]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and special psychology]. 2023; 2(2): 1–24. (In Russ.)

7. Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B. [et al.]. Vozmozhnosti korrektsii emotsional'no-lichnostnoi sfery detei i podrostkov s nesovershennym osteogenezom v khode provedeniya sotsial'no-psikhologicheskoi reabilitatsionnoi programmy [Possible interventions to the emotional and personality domains of children and adolescents with osteogenesis imperfecta in the course of a social and psychological rehabilitation program]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and special psychology]. 2022; 11(1): 44–66. (In Russ.)
8. Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shcherbakova A.M. [et al.]. Kognitivnye, emotsional'nye i sotsial'nye osobennosti detei mladshogo shkol'nogo vozrasta s onkologicheskimi zabolevaniyami [Cognitive, emotional and social characteristics of children of primary school age with cancer]. *Novye psikhologicheskie issledovaniya* [New psychological research]. 2023; 3(3): 108–126. (In Russ.)
9. Kurtanova Yu.E., Shcherbakova A.M., Burdukova Yu.A. [et al.]. Otsenka effektivnosti programmy psikhologicheskoi reabilitatsii s tsel'yu profilaktiki sotsial'noi deprivatsii detei mladshogo shkol'nogo vozrasta s onkologicheskimi zabolevaniyami [Evaluation of the effectiveness of a psychological rehabilitation program aimed at preventing social deprivation in primary school children with cancer]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya* [Bulletin of St. Petersburg University. Psychology]. 2024; 14(4): 588–604. (In Russ.)
10. Palin A.V. Psikhoterapevticheskii potentsial psikhoobrazovaniya v reabilitatsii patsientov s rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra [Psychotherapeutic potential of psychoeducation in the rehabilitation of patients with schizophrenia spectrum disorders]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy]. 2024; 32(3): 96–115. (In Russ.)
11. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S. [et al.]. Gruppovye i makrosotsial'nye interventsii v programmakh izmeneniya povedeniya, svyazannogo so zdorov'em: vozmozhnosti i ogranicheniya [Group and macro-social interventions in health-related behavior change programs: opportunities and limitations]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and special psychology]. 2021; 10(2): 23–46. (In Russ.)
12. Ul'yanina O.A., Gayazova L.A., Faizullina K.A. [et al.]. Otechestvennyi i zarubezhnyi opyt okazaniya ekstremnoi psikhologicheskoi pomoshchi naseleniyu [National and foreign experience in providing emergency psychological assistance to the population]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology]. 2022; 11(3): 114–126. (In Russ.)
13. Byrne C., Coetzer R. The effectiveness of psychological interventions for aggressive behavior following acquired brain injury: a meta-analysis and systematic review. *Neuro rehabilitation: an international, interdisciplinary journal*. 2016; 39(2): 205–221.
14. Dong S., Schneider-Thoma J., Bighelli I. [et al.]. A network meta-analysis of efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2024; 274(4): 917–928.
15. Jung J.H., Won J.J., Ko J.Y. Psychological rehabilitation for isolated patients with COVID-19 infection: a randomized controlled study. *Plos one*. 2022; 17(12): e0278475.
16. Liu J., Zhao J., Wang Z. The effect of peer support on psychological rehabilitation in injured collegiate athletes: the mediating roles of resilience and perceived stress. *Frontiers in psychology*. 2025; 16: 1567812.
17. Miao X., Jiang H., Huang X. [et al.]. Randomized trial of early exercise rehabilitation and its effects on patients with acute coronary syndrome. *Scientific reports*. 2024; 14(1): 26289.
18. Salahuddin N.H., Schütz A., Pitschel-Walz G. [et al.]. Psychological and psychosocial interventions for treatment-resistant schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet psychiatry*. 2024; 11(7): 545–553.
19. Silverberg N.D., Cairncross M., Brasher Penelope M.A. [et al.]. Feasibility of concussion rehabilitation approaches tailored to psychological coping styles: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2022; 103(8): 1565–1573.
20. Song W., Shari N.I., Song J. [et al.]. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) on disease acceptance for breast cancer patients: study protocol of a randomized controlled trial. *Plos one*. 2024; 19(11): e0312669.
21. Tsapekos D., Strawbridge R., Cella M. [et al.]. Cognitive remediation in bipolar (CRiB2): study protocol for a randomised controlled trial assessing efficacy and mechanisms of cognitive remediation therapy compared to treatment as usual. *BMC psychiatry*. 2023; 23(1): 842.
22. Van Nimwegen D., Hjelle E.G., Bragstad L.K. [et al.]. Interventions for improving psychosocial well-being after stroke: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2023; 14: 104492.

Received 26.12.2025

For citing: Usik D.A., Kaminskii V.V. Psikhologicheskaya reabilitatsiya kak faktor vosstanovleniya lichnostnykh i adaptatsionnykh resursov. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 90–101. (In Russ.)

Usik D.A., Kaminskii V.V. Psychological rehabilitation as a factor in the recovery of personal and adaptation resources. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 90–101. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-90-101.

В.В. Шишков, А.В. Безрукова

УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ ФЕДИНГА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У ШКОЛЬНИКА С ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛАБИЛЬНЫМ [АСТЕНИЧЕСКИМ] РАССТРОЙСТВОМ, КОМОРБИДНЫМ С ВЫРАЖЕННОЙ ДИСКАЛЬКУЛИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48)

Актуальность. Не испытывая предэкзаменационного волнения, нельзя полностью раскрыть свои возможности и показать своё умение быстро и нестандартно мыслить, а не только механически заученные знания. Однако волнение может перерасти в экзаменационный стресс, и это способно привести к тому, что школьник или студент, блестяще отвечавший весь год на уроках или семинарах, на экзамене буквально впадает в ступор, забывая элементарные вещи, или допускает невозможные для его уровня знаний ошибки. Особенно это характерно для астенизированных, эмоционально лабильных подростков. Как обеспечить психологическую устойчивость учащегося, снизив вероятность появления экзаменационного стресса в стрессогенной ситуации? Существует много методов и техник для профилактики такого стресса, однако они либо недостаточно эффективны применительно к стрессовым ситуациям, либо требуют длительной самостоятельной работы самого ученика или студента, на которую в период интенсивной подготовки к экзаменам просто не хватает времени и сил.

Цель. Предложить и апробировать оптимальную психокоррекционную (психотерапевтическую) технику для профилактики экзаменационного стресса, с помощью которой можно в короткий срок добиться хорошего эффекта даже у астенизированного, эмоционально лабильного школьника или студента.

Методология. Фединг – затухание, одна из техник поведенческой психотерапии. В классическом варианте терапия состоит в демонстрации пациенту попеременно слайдов с изображением объекта фобии и слайдов успокаивающего характера. В нашей модификации данная методика представляет собой неоднократный перенос человека во время визуализации, проводимой в структуре гипнотического, гетеротренингового или аутогенного транса, из привычной ситуации в стрессогенную.

Объект. В симптоматике органических астенических расстройств преобладает церебральная астения, когнитивные нарушения, вегетативно-невротическая и эмоционально-волевая неустойчивость, что делает таких уязвимых к различным стрессогенным факторам пациентов нуждающимися в сочетанной – как медикаментозной, так и психотерапевтической – помощи.

Результаты и их анализ. Представлен клинический случай успешного применения данной методики у девятиклассницы, страдающей органическим эмоционально лабильным

✉ Шишков Валерий Витальевич – канд. мед. наук, врач-психотерапевт, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: vvshishkov@yandex.ru;

Безрукова Анна Владимировна – студент, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: annabezrukovebezrukova@yandex.ru.

[астеническим] расстройством, коморбидным с дискалькулией. Применение данной техники позволило школьнице достичь состояния расслабленной концентрации и внутреннего спокойствия, обеспечивших оптимальный уровень эмоционального возбуждения к моменту экзамена, что способствовало успешному результату.

Заключение. Модифицированная методика фединга показала высокую эффективность для профилактики и психотерапии экзаменационного стресса, как продемонстрировал приводимый в статье клинический случай, даже у пациента с изначально ослабленной ЦНС.

Ключевые слова: фединг, экзаменационный стресс, гипноз, аутотренинг, органическое астеническое расстройство, дискалькулия.

Введение

Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих психическое напряжение у школьников и студентов. Именно экзамен может стать тем психотравмирующим фактором (психогенией), в результате которого сформируется то или иное невротическое (тревожно-фобическое, соматизированное или соматоформное) расстройство, а в перспективе и психосоматическая патология. Однако экзаменационный стресс, как и стресс в принципе, не всегда носит характер дистресса [12]. Нередко психическое напряжение может иметь и стимулирующее значение, помогая учащемуся мобилизовать все свои личностные резервы для сдачи экзамена. Не испытывая предэкзаменационного волнения, нельзя полностью раскрыть свои возможности, показав не только механически заученные знания, но и ответив на нестандартные вопросы экзаменатора или теста. Но чрезмерное волнение может перерасти в экзаменационный стресс, что неминуемо приведёт к обидному для экзаменуемого фиаско на экзамене. Спокойствие (хладнокровие) обеспечивает оптимальный уровень эмоционального возбуждения к моменту проведения экзамена, гармоничную работу психики и функциональных систем организма, что способствует успешной сдаче экзамена. Экзамен сродни спортивным соревнованиям. Совпадение начала выступления (экзамена) с периодом оптимального уровня эмоционального возбуждения – одно из существенных условий высокого качества деятельности [4, 6, 7, 16]. Известно, что экзамены лучше всего сдают не те, кому это испытание безразлично, и не те, для кого оно сверхценно, а школьники и студенты, испытывающие так называемую

норму стресса. Каждый человек имеет свой порог устойчивости к стрессу – тот уровень напряжённости, при котором эффективность деятельности повышается (эустресс), а также критический порог истощения, когда эффективность деятельности снижается (дистресс) [17]. Правомерно говорить и о психологической защите учащегося. Одного экзаменационная ситуация активизирует и мобилизует: его организм именно в решающие моменты настраивается на полную самоотдачу, сохраняя хладнокровие. Другого же страх неудачи подавляет так сильно, что его обоснованное хорошей подготовкой стремление к успеху проигрывает установке во что бы то ни стало избежать неудачи [6, 16]. Оптимальный уровень эмоционального возбуждения зависит и от значимости той или иной деятельности для самого человека [6, 7]. Так, на учащихся максимально негативно могут повлиять именно выпускные или вступительные экзамены. Особо уязвимыми в такой ситуации оказываются астенизированные, эмоционально лабильные учащиеся, помощь которым, согласно клиническим рекомендациям российского общества психиатров [11], должна включать как медикаментозное лечение, так и психотерапию.

Материалы и методы исследования

Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство, по мнению ведущих отечественных детских психиатров, [2, 9, 13] относится к энцефалопатическим формам резидуально-органических расстройств, то есть к нарушениям, обусловленным пренатальными и перинатальными факторами [1], такими как внутриутробная

гипоксия или родовая травма, в симптоматике которых преобладают церебральная астенция, когнитивные нарушения, вегетативно-невротическая и эмоционально-волевая неустойчивость, неврозоподобные нарушения. Особенно это касается подростков, поскольку симптоматика, свойственная каждому последующему этапу развития, не исключает проявления предшествующих уровней, а усложняет и видоизменяет их [1, 2, 8, 9, 13]. Церебрастенические состояния, как многие соматические заболевания, могут понижать порог устойчивости к психогениям, создавая уязвимость [10, 14]. На такой благодатной почве легко появляются страхи и неуверенность в своих возможностях. Тогда как именно уверенность в себе обеспечивает высокую активность, надёжность действий и помехоустойчивость, особенно в трудных ситуациях, способствуя полной реализации уровня подготовленности учащегося. Но как её добиться в ситуации, когда страх ответственности за результат наравне со страхом совершить ошибку являются доминирующими [18]? Очевидно, что просто объяснить учащемуся, что он полностью готов к экзамену, дать ему свойственное любому человеку право на ошибку, разъяснить абсурдность драматизации и катастрофизации потенциальной неудачи на экзамене, к тому же ещё не произошедшей, недостаточно, поскольку в стрессовой ситуации, каковой для него и является экзамен, методы разъяснения, увы, не работают [5]. По той же причине никаких гарантий не даст и варьирование целеполаганием: снижение цели, сокрытие истинной цели, создание у учащегося разносторонней системы ценностей [4–6]. Существует много методов коррекции психоэмоционального стресса: самовнушение, аутогенная тренировка (АТ), релаксационные техники, биологическая обратная связь (БОС), дыхательные практики, медитация и т.п. Все эти методы либо недостаточно эффективны, либо требуют длительной ежедневной работы самого учащегося, на которую у него в период интенсивной подготовки к экзаменам элементарно не хватает времени или мотивации. Методики поведенческой психотерапии достаточно

эффективны для профилактики экзаменационного стресса. Однако та же методика систематической десенсибилизации (десенсилизации) Дж. Вольпе, основанная на классическом принципе контробусловливания, требует предварительно сформированного навыка релаксации, который не освоить быстрее, чем за два месяца; парадоксальные техники бихевиотерапии изначально воспринимаются учащимися в штыки, несмотря на грамотные разъяснения их смысла.

В связи с вышеизложенным, актуален поиск оптимальной быстрой и эффективной психокоррекционной (психотерапевтической) техники для профилактики экзаменационного стресса. Фединг – затухание, одна из техник поведенческой психотерапии, основанная на принципе систематической десенсибилизации Дж. Вольпе. В классическом варианте терапия состоит в демонстрации пациенту попеременно слайдов с изображением объекта фобии и слайдов успокаивающего характера. Данная техника в нашей модификации представляет собой неоднократный перенос человека во время визуализации, проводимой в структуре гипнотического, гетеротренингового или аутогенного транса, из привычной ситуации в стрессогенную. Такой метод показал высокую эффективность для психопрофилактики и психотерапии экзаменационного стресса учащихся, обеспечивая гармоничную работу психики (даже изначально ослабленной) для успешной сдачи экзамена, что демонстрирует следующий клинический случай.

Результаты и их анализ

Девочка 16 лет, выпускница девятого класса, обратилась вместе с матерью амбулаторно к врачу-психотерапевту в Профессорскую Клинику ОДА (Санкт-Петербург) в начале августа 2024 года. Жалобы на страх перед экзаменами, вследствие чего, со слов девочки, она уже дважды не сдала основной государственный экзамен (ОГЭ) по двум предметам: математике и химии, что подтвердила и мать школьницы. Девочка описывала следующие симптомы фобии экзаме-

нов: сильное тревожное состояние перед экзаменом, нарушение засыпания, постоянные мысли о возможном провале, неуверенность в себе и своих знаниях, страх и проблемы с концентрацией внимания; а во время самих экзаменов – учащённое сердцебиение, дрожь во всём теле, невозможность сосредоточиться, вспомнить и применить изученный материал. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от запланированной беременности, в срок. В родах зарегистрирована асфиксия, поэтому девочка наблюдалась неврологами по поводу последствий перинатальной энцефалопатии, однако регулярного лечения не получала. Детский сад посещала с трёх лет, в школу пошла в семь. Со второго класса училась на «хорошо» и «удовлетворительно», плохо успевала по математике, долго делала домашние задания. Мать девочки к специалистам не обращалась отчасти потому, что не хотела формировать у дочери комплекс неполноценности. С пятого класса девочка занимается с репетитором по математике, в том числе последние два года целенаправленно готовится к ОГЭ. В последний год девочка, намереваясь поступить в медицинский колледж, выбрала дополнительным экзаменом химию, и с ней теперь занимается репетитор по химии. Объективно: на приёме девочка контактная, астеничная, эмоционально лабильная, инфантильная. На основе клинической беседы создаётся впечатление о нормальном вербальном интеллекте: понимает абстракции, может перечислить домашних и диких животных, знает отличие камня от кирпича, назвала годы жизни А.С. Пушкина и обстоятельства его гибели и т.п., однако испытывает значительные трудности с логическим мышлением, ошибаясь уже в субтесте «В» матриц Равена. Испытывает трудности с вычитанием двухзначных чисел, счёт по Крепелину выполнен с ошибками, особенно во второй половине, что свидетельствует о быстрой истощаемости нервных процессов. Это же косвенно подтверждают и данные ЭЭГ, где у девочки отмечалось снижение реактивности нейронов коры головного мозга и повышение индекса медленноволновой активности при отсутствии пароксизмаль-

ных и очаговых изменений. На основании клинико-анамнестических данных можно предположить наличие у подростка органического эмоционально лабильного [астенического] расстройства (F06.68 по МКБ-10). Данный диагноз может быть дифференцирован (или сочетаем) со специфическим расстройством арифметических навыков (F81.3), которые нельзя объяснить исключительно общим психическим недоразвитием или грубо неадекватным обучением. В связи с этим мы настойчиво рекомендовали матери, чтобы девочка прошла территориальную медико-педагогическую комиссию (ТМПК) с целью отмены ОГЭ. Мать прислушалась к нашей рекомендации, однако времени хватило только на отмену испытаний по химии. Поскольку до третьей (последней) попытки сдать экзамен по математике оставалось чуть более месяца, школьнице был назначен деанола ацеглумат (ноотроп с выраженным антиастеническим эффектом); рекомендовано ежедневно рисовать рисунки «Я боюсь экзамена», складывая их в чёрную папку (поведенческая арт-терапия); предложены сеансы гипноза. Всего было проведено четыре сеанса гипноза (2–3-я стадия по Форелю), в ходе которых девочке внушалась уверенность в себе, в своих знаниях, в своей успешной сдаче экзамена. Первый сеанс проводился на вербальном уровне, после которого подростку была дана для использования дома на фоне засыпания формула самовнушения: «На экзамене я буду спокойна, сконцентрирована, уверена в себе и своей успешной сдаче экзамена. Легко вспомню всё, что учила, и применю это на экзамене». Индукция последующих сеансов проводилась в форме гетеротренинга [3, 6, 16] с целью ускоренного обучения девочки навыкам АТ, на фоне овладения которой она повторяла уже рекомендованную формулу внушения. Поскольку девочка указывала, а мама и репетитор по математике подтверждали, что она всегда справляется с «пробниками» ОГЭ в присутствии репетитора, мы, расценив данный факт как преимущественное влияние сопутствующего диагноза, то есть собственно фобии экзамена, со второго сеанса включили

в его структуру модифицированную методику фединга [15, 16]. Девочка в состоянии гипноза троекратно последовательно визуализировала себя, пишущую «пробник» ОГЭ под руководством репетитора, и себя же, пишущую реальный вариант ОГЭ в незнакомой аудитории в присутствии наблюдателей. При этом, если на «пробнике» она все три раза чувствовала себя хорошо, уверенно и спокойно, то во время визуализации реального экзамена её состояние нами индуктивно менялось. Во время первого переноса девочка сильно волновалась, у неё наблюдались вегетативные реакции (дрожь, тахикардия), но постепенно всё же успокаивалась и приступала к решению заданий, выполняя их с ошибками. Во время второго переноса она волновалась гораздо меньше, вегетативные реакции были минимальными, к выполнению заданий приступала гораздо быстрее, ошибок было гораздо меньше. И, наконец, во время третьего переноса состояние школьницы на визуализации реального экзамена максимально приближалось к тому, что было во время написания «пробника» в присутствии репетитора, волнение было минимальным, трансформируясь в собранность и уверенность. Информация вспоминалась легко. Экзамен сдавался успешно, с минимальными ошибками. После третьего сеанса девочке было рекомендовано попробовать самостоятельно провести данную технику перед засыпанием на фоне аутогенного транса, включая ночь перед экзаменом. Всего было проведено четыре комбинированных встречи в течение трёх недель, включавших беседу в рамках рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ), контроль выполнения рекомендаций в структуре поведенческой арт-терапии, обучение навыкам релаксации и аутогенной тренировки, сеанс гипносуггестии с использованием (со второго сеанса) модифицированной методики фединга. Результаты нашей работы с девочкой описаны в присланном нам письме и продублированы в анонимном отзыве, где мама сообщила, что дочь сдала экзамен, дав 14 верных ответов из 19-ти, не дотянув одного правильного ответа до четвёрки. При этом, подчеркнула мама,

школьница была – в точном соответствии с формулами внушения – спокойна, уверена в себе и своей успешной сдаче экзамена.

Дискуссия

Методы психической регуляции, в том числе и саморегуляции, в учёбе могут применяться для преодоления общей нервозности учащегося, для профилактики или снятия уже возникшего предэкзаменационного стресса и закрепощённости. Эффективность использования средств психорегуляции, безусловно, зависит как от самого учащегося и его психолога/психотерапевта, так и от их взаимодействия. «Традиционных методов воздействия на сознание, составляющих арсенал ортодоксальной педагогики, оказывается явно недостаточно в деятельности, ориентированной на максимальные человеческие достижения» [5, 6]. Исходя из этого постулата, а также с учётом того, что экзамены для многих и есть та самая экстремальная деятельность, становится очевидной необходимость интегративного подхода к совершенствованию характера учащегося, то есть «использования методов, воздействующих как на осознаваемые, так и на неосознаваемые компоненты психики учащегося на фоне специально создаваемых промежуточных (сознательно-подсознательных) состояний изменённого сознания» [5, 6, 16], что было реализовано в полной мере. Данная стратегия была применена нами в рассматриваемом клиническом случае, в том числе и в связи с ограниченными временными ресурсами пациента, что вызвало необходимость оптимизации методов психотерапии для достижения максимальной эффективности в минимальные сроки.

Заключение

Особенностью представленного случая является успешное применение модифицированной техники фединга в сочетании с гипнозом, гетеротренингом, РЭПТ и поведенческой арт-терапией в условиях ограниченного времени, что позволило достичь высокой эф-

фективности в минимальные сроки. Данный подход, основанный на использовании интегративных психотерапевтических методов, ориентированных на работу как с осознаваемыми, так и с неосознаваемыми компонентами психики, представляет собой перспективное направление в психотерапии тревожно-фобических состояний у подростков. Такой подход показывает практикующим специалистам возможность безопасного, быстрого и эффективного снижения экзаменационного

стресса у учащихся. Как продемонстрировал приведённый клинический случай, модифицированная техника фединга, применяемая вначале врачом-психотерапевтом или психологом в гипнозе, потом в гетеротренинговом трансе, а затем и самим учащимся в ходе АТ, может рассматриваться как безопасная техника психокоррекции и психотерапии фобии экзаменов, она эффективна – в составе сочетанной терапии – даже у учащихся с церебральными расстройствами.

Литература

1. Бенько Л.А. Органическое астеническое расстройство в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте: автореф. дисс. канд. мед. наук. Оренбург, 2004. 25 с.
2. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. Челябинск: изд-во АТОКСО, 2008. 192 с.
3. Гагонин С.Г. Гетеротренинг и аутоотренинг как методы психологической подготовки. Управленческое консультирование. 2016. № 2. С. 103–106.
4. Горбунов Г.Д. Учитесь управлять собой. Ленинград: общество «Знание» РСФСР, Ленингр. организация, 1976. 32 с.
5. Горбунов Г.Д. Психопедагогика физического воспитания и спорта: автореф. дисс. ... д-ра пед. наук. Санкт-Петербург, 1995. 58 с.
6. Горбунов Г.Д. Психопедагогика спорта. 6-е изд. М.: Юрайт, 2019. 270 с.
7. Горбунов Г.Д. Пути коррекции вредоносных предсоревновательных и соревновательных состояний спортсменов. Москва: Советский спорт, 2024. 97 с.
8. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.
9. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина, 1995. 560 с.
10. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб: СпецЛит, 2017. 285 с.
11. Макушкин Е.В., Малинина Е.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте. Москва-Челябинск, 2015. 49 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982. 124 с.
13. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М.: Медицина, 1974. 320 с.
14. Чутко Л.С. Астенические расстройства в клинической практике // МС. 2011. № 9-10. С. 104–107.
15. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога. СПб: «СКИФИЯ», 2013. 496 с.
16. Шишков В.В. Выше стресса! Школа саморегуляции. СПб: «СКИФИЯ», 2019. 396 с.
17. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб: Питер, 2006. 256 с.
18. Яруллина Л.Р. Учебные страхи и экзаменационный стресс студентов средних профессиональных и высших образовательных учреждений // Мир науки. Педагогика и психология, 2019. № 6. С. 39.

Поступила 30.11.2025

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: В.В. Шишков – идея, методология, исследование (лечение), анализ результатов, научное руководство, редактирование; А.В. Безрукова – подготовка черновика текста, доработка текста.

Для цитирования: Шишков В.В., Безрукова А.В. Успешное применение модифицированной техники фединга для профилактики экзаменационного стресса у школьника с эмоционально лабильным [астеническим] расстройством, коморбидным с выраженной дискалькулией (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 102–109. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-102-109.

V.V. Shishkov, A.V. Bezrukova

Successful Use of a Modified Fading Technique for Preventing Exam Distress in a Schoolchild with Organic Emotionally Labile [Asthenic] Disorder Comorbid with Dyscalculia (Case Report)

Herzen State Pedagogical University (48, Moika River Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Shishkov Valery Vitalievich – PhD Med. Sci., psychotherapist, Associate Prof. of the Clinical Psychology and psychological care department, Herzen State Pedagogical University (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: vvshishkov@yandex.ru;

Bezrukova Anna Vladimirovna – student, Herzen State Pedagogical University (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: annabezrukovabezrukova@yandex.ru

Abstract

Relevance. A certain degree of pre-examination anxiety is necessary for individuals to fully realize their abilities and demonstrate flexible and creative thinking rather than merely reproduce memorized knowledge. However, anxiety may escalate into examination stress, causing otherwise high-performing pupils or students to experience cognitive blocking during examinations, forget basic information, or make errors inconsistent with their actual level of competence. Such reactions are particularly characteristic of asthenic and emotionally labile adolescents. The challenge lies in ensuring psychological resilience and reducing the likelihood of examination stress in stressful testing situations. Although numerous methods and techniques have been proposed for the prevention of examination stress, many are either insufficiently effective in real-life stressful situations or require prolonged independent practice by the student, which may be difficult during periods of intensive examination preparation.

Purpose. To propose and evaluate an optimal psychocorrective (psychotherapeutic) technique for the prevention of examination stress capable of producing a positive effect within a short period of time, even in asthenic and emotionally labile schoolchildren or university students.

Methodology. Fading is a behavioral psychotherapy technique. Classically, the therapy consists of alternately showing the patient slides depicting the phobia and a calming image. This technique, in our modification, involves repeatedly transferring the student from a familiar situation to a stressful one during visualization, conducted within a hypnotic, heterotraining, or autogenic trance.

Object. The symptomatology of organic asthenic disorders is characterized by cerebral asthenia, cognitive impairment, autonomic-neurotic manifestations, and emotional-volitional instability. These features increase vulnerability to various stressors and necessitate a combined therapeutic approach incorporating both pharmacological and psychotherapeutic interventions.

The results and their analysis. A clinical case of successful application of this technique to a ninth-grader suffering from organic emotionally labile (asthenic) disorder combined with dyscalculia is presented. This method fosters relaxed concentration and inner calm, ensuring an optimal level of emotional arousal for the student at the time of the exam, which contributed to a successful outcome.

Conclusions. As demonstrated in the presented clinical case, the modified fading technique showed high effectiveness in the prevention and psychotherapeutic management of examination stress, even in a patient with an initially weakened central nervous system.

Keywords: fading, exam stress, hypnosis, autogenic training, organic asthenic disorder, dyscalculia.

References

1. Ben'ko L.A. Organicheskoe astenicheskoe rasstrojstvo v strukture rezidual'no-organicheskogo psikhosindroma v detskom vozraste [Organic asthenic disorder in the structure of residual organic psychosyndrom in childhood. : abstract Diss. ... PhD Med. Sci.]. Orenburg, 2004. 25 p. (In Russ.)
2. Butorina N.E. Rezidual'no-organicheskij psikhosindrom v klinicheskoy psikiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta [Residual organic psychosynthesis in clinical psychiatry of childhood and adolescence]. Chelyabinsk, 2008. 192 p. (In Russ.)

3. Gagonin S.G. Geterotrening i autotrening kak metody psikhologicheskoy podgotovki [Heterotraining and autotraining as methods of psychological preparation]. *Upravlencheskoe konsul'tirovanie* [Management consulting]. 2016; (2): 103–106. (In Russ.)
4. Gorbunov G.D. Uchites' upravlyat' soboj [Learn to manage yourself]. Leningrad, 1976. 32 p. (In Russ.)
5. Gorbunov G.D. Psikhopedagogika fizicheskogo vospitaniya i sporta [Psychopedagogics of physical education and sports]. : abstract Diss. ... Dr. Ped. Sci. Sankt-Peterburg, 1995. 58 p. (In Russ.)
6. Gorbunov G.D. Psikhopedagogika sporta. 6-e izd [Psychopedagogy of Sports. 6th edition]. Moscow, 2019. 270 p.
7. Gorbunov G.D. Puti korrektsii vredonosnykh pedsorevnovatel'nykh i sorevnovatel'nykh sostoyaniy sportsmenov [Ways to correct harmful pre-competition and competition conditions in athletes]. Moscow, 2024. 97 p. (In Russ.)
8. Kovalyov V.V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevaniy u detey i podrostkov [semiotics and diagnosis of mental disorders in children and adolescents]. Moscow, 1985. 288 p. (In Russ.)
9. Kovalev V.V. Psikhiaetriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej. 2-e izd [Child psychiatry. A guide for doctors. 2nd Edition]. Moscow, 1995. 560 p. (In Russ.)
10. Kocyubinskij A. P. Mnogomernaya (kholisticheskaya) diagnostika v psikhiaetrii (biologicheskij, psikhologicheskij, social'nyj i funktsional'nyj diagnozy) [Multidimensional (holistic) diagnosis in psychiatry (biological, psychological, social, and functional diagnoses)]. Sankt-Peterburg, 2017. 285 p. (In Russ.)
11. Makushkin E. V., Malinina E. V. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu organicheskogo psikhicheskogo rasstrojstva v detskom vozraste [Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of organic mental disorders in childhood]. Moskva-Chelyabinsk, 2015. 49 p. (In Russ.)
12. Sel'e G. Stress bez distressa. [Stress without distress]. Moscow, 1982. 124 p. (In Russ.)
13. Sukhareva G.E. Lekcii po psikhiaetrii detskogo vozrasta. Izbrannye glavy [Lectures on child psychiatry. Selected chapters]. Moscow, 1974. 320 p. (In Russ.)
14. Chutko L.S. Astenicheskie rasstrojstva v klinicheskoy praktike [Asthenic disorders in clinical practice]. MS [MS]. 2011; (9–10): 104–107. (In Russ.)
15. Shishkov V.V. Psikhoterapiya funktsional'nykh rasstrojstv. Karmannyj spravochnik vracha i psikhologa [Psychotherapy for functional disorders. Pocket guide for doctors and psychologists.]. Sankt-Peterburg, 2013. 496 p. (In Russ.)
16. Shishkov V.V. Vyshe stressa! Shkola samoregulyacii. [Above stress! School of self-regulation]. Sankt-Peterburg, 2019. 396 p. (In Russ.)
17. Shcherbatykh YU.V. Psikhologiya stressa i metody korrektsii [Psychology of stress and methods of correction]. Sankt-Peterburg, 2006. 256 p. (In Russ.)
18. Yarullina L.R. Uchebnye strakhi i ehkzamenatsionnyj stress studentov srednikh professional'nykh i vysshikh obrazovatel'nykh uchrezhdenij [Academic fears and examination stress in students of secondary vocational and higher educational institutions]. *Mir nauki. Psikhologiya i pedagogika* [World of Science. Pedagogika i psikhologiya]. 2019; (6): 39. (In Russ.)

Received 30.11.2025

For citing: Shishkov V.V., Bezrukova A.V. Uspeshnoe primenenie modifitsirovannoj tekhniki fedinga dlya profilaktiki ehkzamenatsionnogo stressa u shkol'nika s ehmotSIONal'no-labil'nykh [astenicheskim] rasstrojstvom, komorbidnym s vyrazhennoj diskalkuliej (klinicheskij sluchaj). *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 102–109. (In Russ.)

Shishkov V.V., Bezrukova A.V. Successful use of a modified fading technique for preventing exam distress in a schoolchild with organic emotionally lability [asthenic] disorder comorbid with dyscalculia (case report). *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 102–109. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-102-109.

А.Г. Фаустова

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ НАСИЛИЕМ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
(Россия, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9)

Актуальность. Психологическое насилие, пережитое в детстве и подростковом возрасте, признаётся трансдиагностическим фактором риска развития психических расстройств, в том числе их субклинических форм. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) является маркером функционирования вегетативной нервной системы, участвующей в ответе на воздействие стрессовых факторов. Изменения ВСР наблюдаются у пациентов с различными психическими расстройствами и психотравмирующим опытом в анамнезе. При этом значение параметров ВСР в оценке субклинических психопатологических симптомов у молодых взрослых с опытом психологического насилия остается малоизученным.

Цель: изучение вариабельности сердечного ритма как трансдиагностического маркера субклинической стадии психических расстройств, ассоциированных с перенесённым в детском и подростковом возрасте психологическим насилием.

Материал и методы. Выборка – 280 человек (средний возраст – 18,81 лет), перенёвших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте и не имеющих на момент исследования диагностированных психических расстройств. Методы: кардиоритмография, стандартизированное тестирование, математико-статистический анализ.

Результаты и их анализ. У молодых взрослых, подвергшихся психологическому насилию, наблюдается дисрегуляция вегетативной нервной системы с доминированием симпатической активности и снижением способности к парасимпатической регуляции, что напрямую коррелирует с более высоким уровнем выраженности субклинической психопатологической симптоматики.

Заключение. Параметры ВСР можно рассматривать в качестве трансдиагностических маркеров субклинических проявлений психических расстройств, особенно в популяциях, пострадавших от психологического насилия в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, трансдиагностический маркер, психические расстройства, субклиническая стадия, молодой возраст, психологическое насилие.

Введение

Распространённость субклинических форм психических расстройств в последние 20 лет демонстрирует тенденцию к росту с увеличением показателей на 10–50 %

в зависимости от типа симптомов, методологии измерения, особенностей выборки [9, 11]. Субклинические симптомы значительно чаще наблюдаются в возрастной группе от 18 до 30 лет, где превышают частоту встречае-

мости диагностированных психических расстройств [4, 6]. У молодых взрослых преобладают субсиндромальные проявления тревожных и депрессивных расстройств [12, 14]. Несмотря на субклиническую выраженность, имеющиеся психопатологические симптомы приводят к функциональным ограничениям, снижению качества жизни, социальной дезадаптации. Особую группу риска составляют молодые взрослые, которые подверглись психологическому насилию в детском и подростковом возрасте. Будучи наиболее распространённой разновидностью жестокого обращения с несовершеннолетними, психологическое насилие представляет собой значимый трансдиагностический фактор риска развития психических расстройств, включая субклинические формы [8, 13].

Трансдиагностические процессно-ориентированные диагностические модели (RDoC, HiTOP) фокусируются на общих, универсальных, процессах и механизмах, обуславливающих возникновение, прогрессирование и распространение психопатологических симптомов. К их числу относятся: дефицит эмоциональной и поведенческой саморегуляции, нарушения вегетативного баланса, отклонения в когнитивном функционировании и аффективном реагировании [7]. Перечисленные трансдиагностические конструкты подвергаются значительному негативному влиянию психологической травматизации, пережитой в детском и подростковом возрасте.

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) является одним из основных показателей функционирования вегетативной нервной системы (ВНС) и отражает сохранность регуляторных процессов, коррелируя с уровнем психологической устойчивости и стресс-реактивности. Низкие значения ВСР наблюдаются при тревожных и депрессивных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве, шизофрении, расстройствах личности [5, 16]. Выраженное снижение вариабельности сердечного ритма обнаруживается у пациентов с психическими расстройствами и с опытом жестокого обращения в детском и подростковом возрас-

те [17]. Причем показатели вариабельности сердечного ритма в подобных выборках коррелируют с выраженностью таких трансдиагностических конструктов, как реакция на угрозу и регуляция негативного аффекта, при этом изменения становятся заметны уже на субклинической стадии.

Несмотря на то, что параметры вариабельности сердечного ритма при различных психических расстройствах довольно хорошо описаны, их значение в клинико-психологической оценке субклинических проявлений у молодых взрослых, перенёсших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте, остаётся недостаточно изученным.

Цель – изучение вариабельности сердечного ритма как трансдиагностического маркера субклинической стадии психических расстройств, относящихся к различным спектрам, у молодых взрослых, перенёсших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте.

В качестве **гипотезы** выступает предположение о том, что параметры вариабельности сердечного ритма коррелируют с интенсивностью выраженных на субклиническом уровне психопатологических симптомов у молодых взрослых с опытом психологического насилия в детстве и отрочестве.

Материал и методы

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол № 7 от 11.01.2023).

Экспериментальная выборка – 280 респондентов, перенёсших в детском и подростковом возрасте психологическое насилие со стороны значимых взрослых (родителей, опекунов). Соотношение по полу: 67 мужчин, 213 женщин. Средний возраст: $18,81 \pm 0,81$ лет.

Для оценки опыта психологического насилия был разработан самоотчёт, в котором перечислены 48 психологически жестоких действий. Респондентам предлагалось отметить, каким именно психологически жесто-

ким действиям они подвергались и в каком возрасте; указать, кто из значимых взрослых совершал психологическое насилие; оценить степень выраженности собственных негативных эмоций, спровоцированных психологическим насилием (по шкале от 0 до 10 баллов, где 0 баллов – полное отсутствие эмоциональных реакций; 10 баллов – максимальная выраженность негативных эмоций). На основании данных самоотчёта формируются следующие параметры, описывающие характер пережитого психологического насилия: средний возраст начала, средний возраст прекращения, средняя продолжительность, количество психологически жестоких действий (воспринимаемый «объём» психологической травматизации), средняя выраженность негативных эмоциональных реакций, связанных с психологическим насилием.

Критерии исключения:

- опыт физического, сексуализированного насилия, психотравмирующий опыт иного генеза (утрата родителей или сиблингов, дорожно-транспортные или криминальные происшествия, стихийные бедствия и т.п.);
- диагностированные психические расстройства и соматические заболевания, способные оказать влияние на психическое функционирование;
- диагностированные соматические заболевания, потенциально оказывающие влияние на показатели сердечной деятельности;
- приём лекарственных препаратов, оказывающих влияние на деятельность вегетативной нервной системы.

Для сбора эмпирических данных применялись следующие методы и методики:

– «Опросник травматических событий» (Life Events Questionnaire, LEQ) – для контроля психотравмирующего опыта иного генеза, кроме психологического насилия, в анамнезе респондентов. Методика адаптирована на русском языке Н.В. Тарабриной с соавторами (2007).

– «Симптоматический опросник SCL-90-R» – для оценки выраженности психопатологических симптомов. Методика адаптирована на русском языке Н.В. Тарабриной с соавторами (2007).

– Кардиоритмография – метод функциональной диагностики, позволяющий провести оценку показателей variability сердечного ритма.

Регистрация ВСР у всех респондентов проводилась в стандартизированных условиях: в период с 9.00 до 12.00 часов для минимизации влияния циркадных ритмов; в тихом помещении с комфортной температурой. Использовался сертифицированный кардиографический комплекс для записи электрокардиографии в трёх стандартных отведениях (I, II, III). Показатели ВСР регистрировались в состоянии покоя, продолжительность записи – пять минут. Для последующего анализа были выбраны временной показатель ВСР (rMSSD (мс) – квадратный корень из среднего квадратов разностей последовательных RR-интервалов) и частотные параметры ВСР (LF (мс²) – мощность в низкочастотном диапазоне (0,04–0,15 Гц); HF (мс²) – мощность в высокочастотном диапазоне (0,15–0,4 Гц); LF/HF – коэффициент вагосимпатического баланса), что обусловлено их прикладным значением в исследованиях последствий психотравмирующих событий.

Для математико-статистической обработки эмпирических данных использовались методы описательной статистики и критерий корреляции Пирсона.

Результаты и их анализ

Анализ психотравмирующего опыта, обусловленного пережитым в детстве и подростковом возрасте психологическим насилием, в выборке показал, что психологическое насилие начиналось в младшем школьном возрасте, продолжалось в среднем 4,5 года, завершалось в подростковом возрасте. Респонденты указали, что по отношению к ним предпринимали в среднем 10 психологически жестоких действий (в частности, оскорбление, унижение, запугивание, отказ в помощи и поддержке, обесценивание достижений, запрет на выражение эмоций, крики), которые провоцировали выраженные психологические страдания в виде переживания беспомощности и страха (табл. 1).

Таблица 1

Характеристики пережитого психологического насилия

Параметр	Mx ± Sd
Средний возраст начала	10,86 ± 3,41
Средний возраст прекращения	14,25 ± 2,67
Средняя продолжительность	4,39 ± 3,02
Количество психологически жестоких действий (воспринимаемый «объём» психологической травматизации)	10,14 ± 8,61
Средняя выраженность негативных эмоциональных реакций, связанных с психологическим насилием	5,65 ± 2,45

Таблица 2

Показатели вариабельности сердечного ритма у респондентов с опытом психологического насилия в детском и подростковом возрасте

Параметр ВСР	Mx ± Sd
rMSSD, мс	49,45 ± 12,96
LF – низкочастотный компонент ВСР, мс ²	838,50 ± 80,42
HF – высокочастотный компонент ВСР, мс ²	577,18 ± 135,05
LF / HF – коэффициент вагосимпатического баланса	1,55 ± 0,49

Показатели вариабельности сердечного ритма в группе респондентов с опытом психологического насилия незначительно превышают нормативные значения, которые обычно регистрируются в выборках условно здоровых: rMSSD – 20–50 мс, LF – 500–1000 мс², HF – 300–800 мс², LF/HF – 1,0–2,0 (табл. 2) [1]. Полученные в исследовании значения низкочастотного компонента LF и вегетативного баланса LF/HF указывают на преобладание у пострадавших от психологического насилия симпатикотонии, что часто наблюдается у молодых взрослых с историей жестокого обращения в детском и подростковом возрасте [15]. При этом выраженность параметра rMSSD и высокочастотного компонента HF находится в пределах средних значений, что указывает на преимущественную сохранность функций парасимпатического отдела ВНС и, следовательно, имеющиеся у респондентов возможности для компенсации психотравмирующего воздействия.

Значения показателей ВСР, полученные в изучаемой выборке, не соответствуют результатам исследований с участием пациентов с диагностированными посттравматическим стрессовым расстройством и депрессивным расстройством [16], что

позволяет предполагать субклиническую выраженность имеющихся психопатологических симптомов.

Средние значения выраженности психопатологических симптомов, полученные в группе респондентов с опытом психологического насилия с помощью «Симптоматического опросника SCL-90-R», действительно превышают нормативные показатели, рассчитанные при адаптации данной методики, и сопоставимы с результатами по выборкам пациентов с расстройствами адаптации и посттравматическими стрессовыми реакциями (табл. 3) [2]. Принимая во внимание, что у участников данного исследования ранее не были диагностированы психические и соматические расстройства, приводящие к значимому нарушению психического функционирования, выявленные признаки психопатологических состояний мы рассматриваем в качестве субклинических проявлений.

Был проведён корреляционный анализ между параметрами вариабельности сердечного ритма и показателями психопатологической симптоматики в выборке молодых взрослых, пострадавших от психологического насилия в детском и подростковом возрасте (табл. 4).

Таблица 3

**Показатели выраженности психопатологической симптоматики,
полученные с помощью «Симптоматического опросника SCL-90-R»**

Наименование переменной	Mx ± Sd	Наименование переменной	Mx ± Sd
Соматизация	0,86 ± 0,64	Враждебность	0,84 ± 0,72
Навязчивости	1,22 ± 0,70	Фобия	0,56 ± 0,62
Сенситивность	1,18 ± 0,80	Паранойя	0,95 ± 0,72
Депрессия	1,20 ± 0,74	Психотизм	0,56 ± 0,52
Тревожность	0,99 ± 0,80	Общий индекс тяжести симптомов	1,00 ± 0,60

Таблица 4

**Результаты корреляционного анализа по критерию Пирсона
в группе респондентов с опытом психологического насилия**

	rMSSD	LF	HF	LF / HF
Соматизация	-0,186, p < 0,01	0,146, p < 0,05	-0,031, p > 0,05	0,073, p > 0,05
Навязчивости	-0,196, p < 0,01	0,189, p < 0,01	-0,037, p > 0,05	0,093, p > 0,05
Сенситивность	-0,230, p < 0,01	0,221, p < 0,01	-0,048, p > 0,05	0,114, p > 0,05
Депрессия	-0,288, p < 0,01	0,298, p < 0,01	-0,106, p > 0,05	0,189, p < 0,01
Тревожность	-0,276, p < 0,01	0,216, p < 0,01	-0,122, p < 0,05	0,159, p < 0,05
Враждебность	-0,166, p < 0,01	0,176, p < 0,01	0,013, p > 0,05	0,044, p > 0,05
Фобия	-0,189, p < 0,01	0,125, p < 0,05	-0,112, p > 0,05	0,138, p < 0,05
Паранойя	-0,158, p < 0,01	0,175, p < 0,01	-0,031, p > 0,05	0,086, p > 0,05
Психотизм	-0,105, p > 0,05	0,114, p > 0,05	-0,016, p > 0,05	0,048, p > 0,05
Общий индекс тяжести симптомов	-0,195 p < 0,01	0,222, p < 0,01	-0,098, p > 0,05	0,144, p < 0,05

Обнаруживается системная связь между выраженностью психопатологических симптомов, относящихся к разным спектрам нарушений психического функционирования, и показателями вариабельности сердечного ритма у респондентов, перенёсших в детстве и отрочестве психологическое насилие, в частности, rMSSD и LF. Показатель rMSSD, отражающий сохранность функций парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, отрицательно коррелирует со всеми психопатологическими проявлениями, кроме психотизма. Ранее в исследованиях было показано, что нарушение вагусной регуляции и связанный с этим дефицит способностей к расслаблению и восстановлению у молодых взрослых с опытом психологического насилия сопровождается нарастанием выраженности психопатологических симптомов [15, 17]. Низкочастотный компонент вари-

бельности сердечного ритма LF, указывающий на активность симпатического отдела автономной нервной системы, положительно коррелирует с уровнем выраженности психопатологических симптомов, за исключением психотизма. Следовательно, тенденция к симпатикотонии у пострадавших от психологического насилия сочетается с усилением психопатологической симптоматики. Данная закономерность подтверждается выявленными корреляционными связями между коэффициентом вагосимпатического баланса LF/HF и уровнем выраженности депрессивной и тревожно-фобической симптоматики.

Отсутствие корреляционных связей между уровнем выраженности психотизма и параметрами вариабельности сердечного ритма, предположительно, указывает на то, что механизмы формирования психотической симптоматики не задействуют ве-

гетативную регуляцию, но включают иные трансдиагностические процессы, например, дисфункции модулирующих систем головного мозга [3, 10].

Таким образом, среди параметров, отражающих функционирование вегетативной нервной системы, коррелятами депрессивной, тревожно-фобической, обсессивно-компульсивной симптоматики, а также соматических и межличностных проявлений психопатологии выступают индикатор активности парасимпатического отдела rMSSD и показатель симпатикотонии LF.

Заключение

У молодых взрослых, подвергшихся в детском и подростковом возрасте психологическому насилию, наблюдается дисрегуляция вегетативной нервной системы, что проявляется в виде устойчивых тенденций к преобладанию симпатического тонуса и снижению активации парасимпатического отдела. Смещение вегетативного баланса в сторону симпатической доминанты может рассма-

триваться в качестве трансдиагностического механизма, формирующего субклинические проявления психических расстройств депрессивного, тревожно-фобического, обсессивно-компульсивного спектров, а также соматические и межличностные проявления психопатологии у респондентов с опытом психологического насилия.

В проведенном исследовании сделана попытка использовать объективные маркеры функционирования вегетативной нервной системы для понимания и оценки негативных последствий психологического насилия, пережитого в детском и подростковом возрасте, что обуславливает его междисциплинарное значение. В настоящее время мониторинг variability сердечного ритма становится всё более доступным за счёт персональных гаджетов для отслеживания активности. Его показатели могут быть использованы для прогнозирования не только вегетативных дисфункций, но и психологической дезадаптации у молодых взрослых с опытом психологического насилия в детстве и подростковом возрасте.

Литература/ References

1. Гурова О.А. Вариабельность сердечного ритма у студентов разного пола в течение учебной недели // Новые исследования. 2016. Т. 3, № 48. С. 4–9.
1. Gurova O.A. Variabel'nost' serdechnogo ritma u studentov raznogo pola v techenie uchebnoi nedeli [Heart rate variability among students of different genders during the academic week]. *Novye issledovaniya* [New Research]. 2016; 3(48): 4–9. (In Russ.)
2. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Часть 1. Руководство. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007. 208 с.
2. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa. Chast' 1. Rukovodstvo. Teoriya i metody [Psychology of post-traumatic stress. Part 1. The Manual. Theory and methods]. Moscow, 2007. 208 p. (In Russ.)
3. Arakaki X., Arechavala R.J., Choy E.H. [et al.]. The connection between heart rate variability (HRV), neurological health, and cognition: a literature review. *Frontiers in Neuroscience*. 2023; 17: 1055445. DOI: 10.3389/fnins.2023.1055445.
4. Balázs J., Miklósi M., Keresztény A. [et al.]. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2013; 54(6): 670–677. DOI: 10.1111/jcpp.12016.
5. Beauchaine T.P. Respiratory sinus arrhythmia: a transdiagnostic biomarker of emotion dysregulation and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 3: 43–47. DOI: 10.1016/j.copsyc.2015.01.017.
6. Copeland W., Shanahan L., Costello E.J., Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(3): 252–261. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.12.014.
7. Dalgleish T., Black M., Johnston D., Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2020; 88(3): 179–195. DOI: 10.1037/ccp0000482.
8. Gardner M.J., Thomas H.J., Erskine H.E. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2019; 96: 104082. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104082.

9. Johnson J.C.S., Byrne G.J., Pelecanos A.M. The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: from a nationally representative survey of 36,309 adults. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1): 270. DOI: 10.1186/s12888-022-03834-1.
10. Jung W., Jang K.I., Lee S.H. Heart and brain interaction of psychiatric illness: a review focused on heart rate variability, cognitive function, and quantitative electroencephalography. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*. 2019; 17(4): 459–474. DOI: 10.9758/cpn.2019.17.4.459.
11. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. [et al.]. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6): 593–602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
12. Krokstad M.A., Sund E., Rangul V. [et al.]. Secular trends in risk factors for adolescent anxiety and depression symptoms: the Young-HUNT studies 1995–2019, Norway. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2024; 33: 3819–3827. DOI: 10.1007/s00787-024-02373-2.
13. Norman R.E., Byambaa M., De R. [et al.]. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2012; 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.
14. Noyes B.K., Munoz D.P., Khalid-Khan S. [et al.]. Is subthreshold depression in adolescence clinically relevant? *Journal of Affective Disorders*. 2022; 309: 123–130. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.067.
15. Stürmer M., Klinger-König J., Vollmer M. [et al.]. Long-term alteration of heart rate variability following childhood maltreatment: results of a general population study. *European Psychiatry*. 2025; 68(1): e86. DOI: 10.1192/j.eur-psy.2025.10040.
16. Wang Z., Zou Y., Liu J. [et al.]. Heart rate variability in mental disorders: an umbrella review of meta-analyses. *Translational Psychiatry*. 2025; 15(1): 104. DOI: 10.1038/s41398-025-03339-x.
17. Wesarg C., Van den Akker A.L., Oei N.Y.L. [et al.]. Childhood adversity and vagal regulation: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2022; 143: 104920. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104920.

Поступила 27.01.2026

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования. Фаустова А.Г. Вариабельность сердечного ритма как трансдиагностический маркер субклинической стадии психических расстройств, ассоциированных с психологическим насилием // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 110–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-110-117.

A.G. Faustova

Heart Rate Variability as a Transdiagnostic Marker of the Subclinical Stage of Mental Disorders Associated with Psychological Maltreatment

Ryazan State Medical University (9, Vysokovoltanya Str, Ryazan, Russia)

✉ Anna Gennadievna Faustova – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Clinical Psychology, Ryazan State Medical University (9, Vysokovoltanya Str, Ryazan, 390026, Russia), e-mail: anne.faustova@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8264-3592.

Abstract

Relevance. Psychological maltreatment experienced in childhood and adolescence has been recognized as a risk factor for the development of various mental disorders, including subclinical forms. Heart rate variability (HRV) is a measure of the functioning of the autonomic nervous system, which is involved in responding to stressors. Changes in HRV have been observed in patients with

mental disorders and those with a history of trauma. However, the significance of HRV parameters in assessing subclinical psychopathology in young adults who have experienced psychological maltreatment remains poorly understood.

Intention. To examine heart rate variability as a transdiagnostic marker of the subclinical stage of mental disorders associated with psychological abuse experienced during childhood and adolescence.

Methodology. The study sample comprised 280 individuals (mean age 18.81 years) who had experienced psychological abuse during childhood and adolescence and had no diagnosed mental disorders at the time of assessment. The study employed cardiorhythmography, standardized psychometric testing, and mathematical-statistical methods of data analysis.

Results and discussion. Young adults exposed to psychological abuse demonstrated dysregulation of the autonomic nervous system characterized by predominance of sympathetic activity and reduced capacity for parasympathetic regulation. These alterations were directly associated with higher levels of subclinical psychopathological symptoms.

Conclusion. HRV parameters may be considered transdiagnostic markers of subclinical manifestations of mental disorders, particularly in populations exposed to psychological abuse during childhood and adolescence.

Keywords: heart rate variability, transdiagnostic marker, mental disorders, subclinical stage, young age, psychological maltreatment.

Received 27.01.2026

For citing: Faustova A.G. Variabel'nost' serdechnogo ritma kak transdiagnosticheskij marker subklinicheskoy stadii psikhicheskikh rasstrojstv, assotsiirovannykh s psikhologicheskimi nasiliem. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 110–117. (In Russ.)

Faustova A.G. Heart rate variability as a transdiagnostic marker of the subclinical stage of mental disorders associated with psychological maltreatment. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 110–117. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-110-117.

Е.Д. Четверкина, И.Л. Гуреева, В.А. Силина, Е.В. Ситкина

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ КОМПЛАЕНТНОГО ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность: лечение морбидного ожирения представляет собой сложный и продолжительный процесс, требующий постоянного медицинского и психологического сопровождения пациентов. Бариатрическая операция является основным способом лечения морбидного ожирения, что указывает на необходимость ответственного отношения пациентов к лечению и строгому соблюдению рекомендаций врачей на постоянной основе. Мультидисциплинарный подход и психологическое сопровождение больного в до- и послеоперационном периоде способны оказать позитивное влияние на адаптацию пациентов к физиологическим и психологическим изменениям в послеоперационный период и период реабилитации.

Цель: определить преобладающий тип пищевого поведения и личностные особенности пациентов с морбидным ожирением для выявления взаимосвязи с высоким уровнем комплаентности и последующей характеристикой психологического портрета пациентов с высокой приверженностью лечению.

Методология. В выборку исследования вошли больные с подтвержденным диагнозом «морбидное ожирение» в период пребывания в стационаре. Процесс исследования включал в себя клиничко-психологический и экспериментально-психологический методы с последующей обработкой и интерпретацией полученных результатов. Статистическая обработка данных осуществлялась посредством применения программы STATISTICA 6,0; для выявления корреляционных связей между показателями был использован коэффициент Пирсона.

Результаты и их анализ: результаты исследования указывают на наличие взаимосвязей типа отношения к болезни, личностных особенностей и текущего состояния здоровья пациентов с высоким уровнем комплаентности.

Заключение: полученные результаты подчёркивают важность использования мультидисциплинарного подхода, в который обязательно должно быть включено психологическое сопровождение в разные периоды лечения и процесса реабилитации пациентов после бариатрической операции для успешной адаптации к изменениям в теле и дальнейшем образе жизни.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, ожирение, комплаентность, пищевое поведение.

✉ Четверкина Екатерина Дмитриевна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: ekaterina_chetve@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0430-0006;

Гуреева Ирина Лазаревна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: irin1974@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-1134-2957;

Силина Вероника Алексеевна – студентка 6 курса, каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: ramporuzza@gmail.com, ORCID: 0009-0008-8797-3601;

Ситкина Евгения Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: sitkina_evgenya@mail.ru ORCID: 0009-0009-7198-1399.

Введение

Морбидное ожирение является одним из сложнейших заболеваний, требующих продолжительного лечения. Зачастую наиболее результативным способом лечения выступает хирургическое вмешательство, поскольку консервативная терапия перестаёт быть эффективной. Одной из основных причин этого является несоблюдение пациентами необходимых рекомендаций по питанию и нежелание менять годами и десятилетиями складывавшиеся стереотипы пищевого поведения [1].

Статистические данные указывают, что больше половины пациентов после проведения бариатрической операции не в состоянии удерживать сниженную массу тела в течение пяти лет после похудения, что может свидетельствовать о недостаточном уровне приверженности лечению и необходимости соблюдать врачебные рекомендации на протяжении длительного периода времени [9].

Для того, чтобы пациент был в состоянии удержать МТ и для формирования мотивации к лечению и высокого уровня комплаентности обязательна работа с психологом. Психологическая подготовка пациента к бариатрической операции и последующей модификации привычного ранее образа жизни необходима для существования после оперативного лечения. Она способна оказать важнейшее влияние на психоэмоциональное состояние пациента, помогает снизить уровень тревожности, улучшить психоэмоциональное состояние перед операцией [7].

Любой вид ожирения на данный момент является сложной проблемой для здравоохранения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2016 году более 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет имели избыточный вес. Из них свыше 650 миллионов страдали ожирением. В 2022 году число людей с избыточным весом или ожирением в мире превысило границу трёх миллиардов, поэтому ожирение стало считаться глобальной эпидемией. Прогнозы экспертов в отношении проблемы ожирения остаются неутешительными: ожидается, что к 2030 году количество людей, страдающих лишним весом, увеличится в сотни раз [3].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, ожирение является хроническим заболеванием, при котором происходит избыточное отложение жировой массы у человека. Термин «морбидное ожирение» применяется по отношению к лицам с индивидуальной массой тела более 35–40 кг/м². Лечение ожирения является сложным и продолжительным процессом, зачастую требующим постоянного медицинского и психологического сопровождения. При лечении ожирения наиболее важным условием остаётся изменение привычного образа жизни человека, оно включает в себя изменение образа питания, пищевых привычек, увеличение объёма физических нагрузок. Важной составляющей этого процесса является медикаментозное сопровождение.

Стоит отметить, что при ожирении многие органы и системы человеческого организма подвержены неблагоприятному воздействию избыточного веса, которое отражается не только на физиологическом состоянии в виде ежедневных физических ограничений и снижении качества жизни, но и способно отражаться на психологическом здоровье [2]. Повышение уровня тревожности, риск возникновения депрессивных переживаний, нарушение пищевого поведения, дискриминация и стигматизация в обществе, ограничение социального функционирования и многие другие трудности, касающиеся социальной жизни, могут быть частью жизни больного ожирением и доставлять ему множество неудобств [8].

Для повышения уровня психологического и физического благополучия, подготовки пациентов к изменениям в своём теле и сложившемся образе жизни широко используется психологическое сопровождение до и после бариатрической операции [6]. Основной мишенью воздействия является повышение у пациентов уровня приверженности лечению. Высокий уровень комплаентности, мотивация, стремление сотрудничать в процессе лечения и придерживаться всех рекомендаций врача без исключения являются залогом успешной реабилитации и предотвращения обратного набора веса после ба-

риатрической операции, это обосновывает актуальность выбранной для исследования темы.

Цель исследования: определить преобладающий тип пищевого поведения и личностные особенности пациентов с морбидным ожирением для выявления взаимосвязи с высоким уровнем комплаентности и последующей характеристикой психологического портрета пациентов с высокой приверженностью лечению.

Задачи исследования:

1. Исследовать психоэмоциональное состояние у пациентов с морбидным ожирением перед бариатрической операцией.
2. Изучить структуру личности пациентов с морбидным ожирением.
3. Выявить ведущий тип пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением.
4. Оценить уровень качества жизни пациентов с морбидным ожирением.
5. Изучить типы отношения к болезни у пациентов с морбидным ожирением.
6. Оценить уровень комплаентности пациентов с морбидным ожирением.
7. Исследовать выявленные психологические особенности пациентов с морбидным ожирением во взаимосвязи с уровнем приверженности лечению.

Материал и методы

В исследовании приняло участие 30 пациентов с диагнозом «морбидное ожирение» ($\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$). Исследование проводилось на базе центра хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Психологическая диагностика пациентов с морбидным ожирением проводилась в период подготовки к бариатрической операции в стационаре и осуществлялась с помощью клинико-психологического и экспериментально-психологического методов. Был составлен комплекс методик, включающий в себя следующие опросники: голланд-

ский опросник пищевого поведения (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ); опросник качества жизни (SF-36, англ. SF-36 Health Status Survey); «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS); опросник «Уровень комплаентности для людей, страдающих хроническими заболеваниями» [4]; опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25), «Пятифакторный опросник личности» (BIG5); диагностика типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6,0; для выявления средних значений применялись показатели среднего арифметического значения (M) и стандартного отклонения (SD). Для определения взаимосвязей между показателями был использован коэффициент Пирсона.

В исследовании приняли участие 30 пациентов с диагнозом «морбидное ожирение» перед бариатрической операцией, среди них 25 женщин и пятеро мужчин в возрасте от 29 до 63 лет (табл. 1).

Для более подробного изучения социально-демографических данных пациентов была составлена анкета.

Согласно результатам анкеты 87 % испытуемых работают, 10 % не трудоустроены, 3 % на пенсии. 70 % испытуемых имеют высшее образование, 30 % – среднее профессиональное образование. Опрос семейного положения указал на следующие данные: 65 % испытуемых состоят в браке, 35 % не состоят в браке. У 60 % испытуемых наблюдаются сопутствующие заболевания (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертония, артрит, заболевания пищеварительной системы, апноэ сна и т.д.).

Результаты и их анализ

При исследовании психоэмоционального состояния больных перед бариатрической операцией было выявлено, что уровень тревоги и депрессии у них не достигает клинически значимого уровня выраженности (уровень тревоги $5,14 \pm 3,59$; уровень депрессии $5,78 \pm 2,25$).

Таблица 1

Характеристики исследуемой выборки

Параметры	Возраст	Вес
М ± SD	42,85 ± 9,84	126,32 ± 25,34
Макс при (n = 30)	63	175
Мин при (n = 30)	29	90,5

Таблица 2

Средние показатели пятифакторного опросника личности, 5PFQ

Показатели	Пациенты n = 30
	М ± SD
Интроверсия/экстраверсия	50,85 ± 9,55
Обособленность/привязанность	59,78 ± 10,83
Импульсивность/самоконтроль	55 ± 10,79
Эмоциональная устойчивость/эмоциональная неустойчивость	47,42 ± 11,29
Практичность/экспрессивность	52,5 ± 10,62

Таблица 3

Средние показатели по Голландскому опроснику пищевого поведения (DEBQ)

Показатели	Пациенты n = 30	N
	М ± SD	
Ограничительное ПП	2,94 ± 0,64	< 2,4
Эмоциональное ПП	2,15 ± 0,8	< 1,8
Экстернальное ПП	3,32 ± 0,59	< 2,7

Изучение личностных особенностей пациентов с морбидным ожирением (табл. 2) выявило преобладание экстравертированных черт личности, что говорит об общительности, оптимистичном настрое пациентов (50,85 ± 9,55). Высокие показатели параметра привязанности (59,78 ± 10,83), свидетельствуют о позитивном отношении человека к окружающим, ответственности, а также потребности находиться в социуме. Высокие значения такого параметра как самоконтроль (55 ± 10,79) говорят об ответственности, обязательности пациентов, что также может отражаться на процессе лечения, в ходе которого необходимо строго следовать врачебным рекомендациям. Данный параметр имеет особое значение для показателей комплаентности пациентов, поскольку данные характеристики крайне важны для процесса лечения и его результативности.

Исследование пищевого поведения испытуемых указало на преобладание экстерналь-

ного типа пищевого поведения (3,32 ± 0,59), который характеризуется склонностью к бесконтрольному приёму пищи (табл. 3). Желание поесть стимулируется запахом, внешним видом еды или людей, принимающих пищу, а не истинным чувством голода.

В результате оценки качества жизни пациентов при помощи опросника SF-36 (табл. 4), было выявлено снижение показателей следующих шкал: общее физическое благополучие (PH) (41,7 ± 11,64), общее психическое благополучие (MH) (47,47 ± 6,94), жизненная активность (VT) (49,64 ± 25,97). Данные показатели подтверждают наличие трудностей в повседневной жизни, которые возникают из-за избыточного веса, когда даже повседневные физические нагрузки и бытовая активность становятся менее доступными и приводят к снижению уровня активности пациентов. Также было выявлено, что избыточный вес и текущее состояние пациентов не наносят отпечаток на социальную актив-

Таблица 4

Средние показатели по SF-36 «Опросник оценки качества жизни»

Показатели	Пациенты n = 30
	M ± SD
Общее физическое благополучие (PH)	41,7 ± 11,64
Физическое функционирование (PF)	59,32 ± 26,29
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	64,21 ± 43,52
Интенсивность боли (BP)	71,85 ± 32,2
Общее состояние здоровья (GH)	51,78 ± 22,92
Общее душевное благополучие (MH)	47,47 ± 6,94
Жизненная активность (VT)	49,64 ± 25,97
Социальное функционирование (SF)	70,42 ± 21,75
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	80,9 ± 28,47
Психическое здоровье (MH)	63,71 ± 16,18

Таблица 5

Средние показатели опросника ТОБОЛ (тип отношения к болезни)

Показатели	Пациенты n = 30
	M ± SD
Гармоничный тип	16,78 ± 17,24
Эргопатический тип	21,07 ± 15,27
Анозогнозический тип	8,92 ± 15,6
Тревожный тип	4,71 ± 4,28
Ипохондрический тип	6,35 ± 4,61
Неврастенический тип	5,92 ± 6,08
Меланхолический тип	2,21 ± 2,54
Апатический тип	1,78 ± 2,8
Сенситивный тип	15,5 ± 9,68
Эгоцентрический тип	7,14 ± 4,92
Паранойяльный тип	3,85 ± 4,24
Дисфорический тип	3,71 ± 3,79

ность пациентов и их функционирование в обществе.

При изучении типов отношения к болезни у пациентов с морбидным ожирением (табл. 5), преобладающим был эргопатический тип (21,07 ± 15,27), при котором наблюдалась тенденция «ухода» от болезни в работу. Также был выявлен гармоничный тип отношения к болезни (16,78 ± 17,24), при котором пациенты склонны объективно оценивать своё состояние здоровья и необходимость предстоящего лечения. Показатели сенситивного типа (15,5 ± 9,68) отношения к болезни свидетельствуют об отсутствии

избыточного беспокойства испытуемых о мнении социума, касающегося собственного заболевания и лечения.

При изучении уровня приверженности лечению пациентов перед бариатрической операцией (табл. 6) было выявлено соответствие общего показателя комплаентности высокому уровню (86,78 ± 10,48). Преобладающими являлись поведенческая (29 ± 3,18) и эмоциональная комплаентность (28,57 ± 4,05). Высокие показатели приверженности лечению свидетельствуют об ответственном отношении к процессу лечения и реабилитации, что особенно важно при лечении хронич-



Рис. Выявленные типы отношения к болезни по результатам методики ТОБОЛ

ческих заболеваний, однако при выраженном эмоциональном компоненте для испытуемых характерна впечатлительность, склонность к излишнему беспокойству по поводу лечения и возможных последствиях.

По результатам опросника количественной оценки приверженности к лечению (табл. 6) все показатели приверженности к лечению находились на среднем уровне, то есть в интервале от 51 до 75 %. Отмечаются показатели приверженности медицинскому сопровождению ($68,05 \pm 15,28$) и приверженности лекарственной терапии ($63,26 \pm 14,3$), что указывает на стремление следовать назначениям врача в ходе лечения. Средний уровень приверженности лечению указывает на ситуативность в выполнении рекомендаций врача, что способно отрицательно воздействовать на процесс реабилитации.

С целью изучения взаимосвязи психологических особенностей пациентов с уровнем комплаентности был проведен корреляционный анализ, по результатам которого было выявлено, что показатели эмоциональной комплаентности имеют взаимосвязь с ипо-

хондрическим типом отношения к своему заболеванию ($r = 0,563$; $p \leq 0,05$) и возрастом пациента ($r = -0,614$; $p \leq 0,05$).

Высокие показатели эмоциональной комплаентности связаны с высокими показателями ипохондрического типа отношения к болезни, при котором пациентам свойственно чрезмерное сосредоточение на собственной болезни. Более высокие показатели эмоциональной комплаентности свойственны испытуемым молодого возраста: чем младше человек, тем выше его приверженность лечению.

Социальная комплаентность связана с показателем общего состояния здоровья ($r = -0,518$; $p \leq 0,05$) и анозогностическим типом отношения к заболеванию ($r = -0,749$; $p \leq 0,001$). Высокие показатели социальной комплаентности связаны с низкими показателями общего состояния здоровья и низкими показателями анозогнозии, это говорит о том, что пациентам не свойственно отрицание своего заболевания и его последствий и подчеркивает осознанное отношение к болезни и её лечению.

Таблица 6

Средние показатели расчёта количественной приверженности к лечению КОП-25

Показатели	Пациенты (n = 30)
	M ± SD
Приверженность лекарственной терапии (Cd)	$63,26 \pm 14,3$
Приверженность медицинскому сопровождению (Cm)	$68,05 \pm 15,28$
Приверженность модификации образа жизни (Cc)	$55,66 \pm 10,6$
Интегральная приверженность лечению (C)	$61,53 \pm 11,58$

Показатель поведенческой комплаентности имел положительную взаимосвязь с показателями экстраверсии – интроверсии ($r = 0,585$; $p \leq 0,05$). Высокий уровень поведенческой комплаентности связан с проявлением экстравертированных черт личности пациентов, позитивный настрой приводит к стремлению соблюдать рекомендации врачей и воспринимать болезнь как препятствие, которое необходимо преодолеть.

Общий уровень комплаентности имел отрицательную связь с анозогнозическим ($r = -0,615$; $p \leq 0,05$) и апатическим типами отношения к своему заболеванию ($r = -0,528$; $p \leq 0,05$). Чем более пациенты склонны к осознанному принятию своего заболевания и гармоничному типу отношения к болезни, тем более высокий уровень приверженности лечению они демонстрируют.

Высокие показатели важности медицинского сопровождения связаны с высокими показателями общего состояния здоровья ($r = 0,520$; $p \leq 0,05$). Влияние медицинского сопровождения на общее состояние здоровья и тенденцию к его улучшению образует взаимосвязь между данными показателями и указывает на понимание пациентами важности медицинской терапии в ходе лечения, а также на их стремление к сотрудничеству с врачами и соблюдению рекомендаций.

Высокие значения интегрального показателя приверженности связаны с низкими показателями дисфорического типа отношения к болезни ($r = -0,6222$; $p \leq 0,05$), что также указывает на отсутствие склонности пациентов к негативизму и недоверию к медицинскому вмешательству, демонстрирует стремление к сотрудничеству в процессе лечения и выполнению рекомендаций врача.

Обсуждение результатов

1. Результаты исследования эмоциональной сферы пациентов указывают на отсутствие у них тревоги и депрессии перед операцией.

2. Для пациентов с морбидным ожирением характерно преобладание экстравертированных черт личности, привязанности и са-

моконтроля. Данные показатели указывают на их готовность к выполнению необходимых предписаний врача, при этом социальная поддержка в процессе лечения является для этой группы испытуемых важным аспектом.

3. Преобладающим типом пищевого поведения у пациентов был выявлен экстернальный тип, при котором наблюдается склонность к бесконтрольному приёму пищи, при этом стимулом для него выступает внешний вид еды, её запах, а не истинное физиологическое чувство голода.

4. Изучение качества жизни испытуемых выявило снижение показателей общего психического благополучия, физической и жизненной активности и указывает на наличие физических ограничений в повседневной жизни из-за избыточного веса, что доставляет пациентам беспокойство.

5. Исследование типов отношения к болезни наглядно иллюстрирует, что для пациентов наиболее свойственными являются эргопатический и гармоничный типы отношения к своему заболеванию, при которых наблюдается тенденция к «уходу» от болезни в работу и объективная оценка своего состояния здоровья.

6. У пациентов с морбидным ожирением перед бариатрической операцией наблюдается высокий уровень приверженности лечению, в частности, эмоциональный и поведенческий компоненты, что указывает на стремление следовать врачебным рекомендациям с целью достижения желаемого результата лечения.

Заключение

Известно, что морбидное ожирение в современном мире продолжает занимать значительное место среди глобальных проблем здравоохранения.

Данная патология является хронической и способна приводить к широкому спектру сопутствующих заболеваний, которым подвержены органы и системы человека с ожирением.

Процесс лечения ожирения является продолжительным, сложным для пациентов

как физически, так и психологически, в связи с чем требует систематического подхода, и, поскольку заболевание является хроническим, для предотвращения рецидивов необходим постоянный мониторинг и поддержание здорового образа жизни.

Основным способом и методом лечения морбидного ожирения является хирургическое вмешательство в виде бариатрических операций, которые также подразумевают ответственное отношение к лечению и соблюдение рекомендаций врачей на постоянной основе.

Наиболее частой и распространённой проблемой пациентов после бариатрической операции является обратный набор веса. Возникновение рецидивов может быть следствием несоблюдения больными врачебных предписаний, касающихся питания и образа жизни в целом. Для предотвращения данной проблемы необходимо изучать приверженность лечению, эмоциональные и личностные особенности человека. Для того, чтобы помочь пациенту подготовиться к предстоящим изменениям своего тела, модификации прежнего образа жизни и пищевых привычек, важно использовать мультидисциплинарный подход, в который обязательно должно быть включено психологическое сопровождение в разные периоды лечения и процесса реабилитации. На основании проведенного

исследования, авторы планируют создать методическое руководство по психологической коррекции поведения пациентов после бариатрической операции.

Выводы

Изучение уровня приверженности лечению у пациентов с морбидным ожирением показало, что наиболее значимыми параметрами в формировании уровня комплаентности выступают тип отношения к болезни, личностные особенности, а также текущее состояние здоровья больного.

В ходе исследования у группы пациентов, готовящихся к бариатрической операции был выявлен высокий уровень комплаентности, отмечались эмоциональный и поведенческий компоненты, а также приверженность медицинскому сопровождению и лекарственной терапии.

Выявленные показатели уровня комплаентности свидетельствуют о готовности и стремлении пациентов выполнять предписания и назначения врача, что является важными факторами в лечении и восстановлении после бариатрической операции. Строгое соблюдение врачебных рекомендаций позволяет исключить возникновение осложнений у пациентов в послеоперационном периоде и процессе реабилитации.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Кузнецова Л.А. [и др.]. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр // Ожирение и метаболизм. 2018. Т. 15, № 1. С. 53–70. DOI: 10.14341/ОМЕТ2018153-70.
2. Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А. [и др.]. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. 174 с.
3. Залетова Т.С. Этиология, классификация, последствия и методы лечения морбидного ожирения // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2022. № 4. С. 18–20.
4. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.
5. Клинические рекомендации. Ожирение. Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов. М., 2020. 95 с.
6. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. 2016. № 4. С. 53–57.
7. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Индивидуальная модель психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней» // Ожирение и метаболизм. 2023. № 4. С. 355–362.
8. Торопина Н. Ю. Эффекты дискриминационных практик внешности индивида // Шаг в науку: материалы IV науч.-практ. конф. молодых ученых (II Всерос.). Москва, 18 декабря 2020 г. М.: Московский городской педагогический университет, 2020. С. 64–72.
9. Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E. [et al.]. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis // JAMA. 2004. N 14. Pp. 1724–1737. DOI: 10.1001/jama.292.14.1724.

Поступила 01.10.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: Е.Д. Четверкина – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи; И.Л. Гуреева – сбор первичных данных, статистический анализ результатов; В.А. Силина – статистический анализ полученных результатов, подготовка иллюстраций, написание первого варианта статьи; Е.В. Ситкина – сбор первичных данных, обобщение результатов, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Четверкина Е.Д., Гуреева И.Л., Силина В.А., Ситкина Е.В. Психологический портрет комплаентного пациента с морбидным ожирением // Вестник психотерапии. 2026. № 98. С. 118–127. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-118-127.

E.D. Chetverkina, I.L. Gureeva, V.A. Silina, E.V. Sitkina

Psychological Portrait of a Compliant Patient with Morbid Obesity

First Pavlov State Medical University (6–8, Lev Tolstoy Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Ekaterina Dmitrievna Chetvertkina – PhD Psychol. Sci, Associate Prof. of the Department of General and Clinical Psychology, First Pavlov State Medical University (6–8, Lev Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: ekaterina_chetve@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0430-0006;

Irina Lazarevna Gureeva – PhD Psychol. Sci, Associate Prof. of the Department of General and Clinical Psychology, First Pavlov State Medical University (6–8, Lev Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: irin1974@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-1134-2957;

Veronika Alekseevna Silina – 6-year Student of the Department of General and Clinical Psychology, First Pavlov State Medical University (6–8, Lev Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: pamporuzza@gmail.com; ORCID: 0009-0008-8797-3601;

Evgenya Vladimirovna Sitkina – PhD Psychol. Sci, Associate Prof. of the Department of General and Clinical Psychology, First Pavlov State Medical University (6–8, Lev Tolstoy Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: sitkina_evgenya@mail.ru; ORCID: 0009-0009-7198-1399.

Abstract

Relevance. The treatment of morbid obesity is a complex and lengthy process that requires constant medical and psychological support for patients. Bariatric surgery is the main method of treating morbid obesity, which indicates the need for responsible treatment of patients and strict adherence to the recommendations of doctors on an ongoing basis. A multidisciplinary approach and psychological support of the patient in the pre- and postoperative period can have a positive impact on the adaptation of patients to physiological and psychological changes in the postoperative and rehabilitation periods.

Intention: to determine the prevailing type of eating behavior and personal characteristics of patients with morbid obesity in order to identify the relationship with a high level of compliance and subsequent characterization of the psychological portrait of patients with high treatment commitment.

Methodology. The study sample included patients with a confirmed diagnosis of morbid obesity during their hospital stay. The study of patients with morbid obesity was conducted using clinical, psychological and experimental psychological methods. The obtained data was processed using the STATISTICA 6.0 program to determine the relationships between the indicators, the Pearson coefficient was used.

Results and their analysis: the results of the study indicate the presence of correlations such as attitudes to the disease, personality traits and the current state of health of patients with a high level of compliance.

Conclusion: the results obtained underline the importance of using a multidisciplinary approach, which must include psychological support during different periods of treatment and rehabilitation of patients after bariatric surgery in order to successfully adapt to changes in the body and further lifestyle.

Keywords: bariatric surgery, obesity, compliance, eating behavior.

References

1. Dedov I.I., Shestakova M.V., Kuznetsova L.A. [et al.]. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu morbidnogo ozhireniya u vzroslykh. 3-y peresmotr [National clinical guidelines for the treatment of morbid obesity in adults. 3rd revision]. *Ozhirenie i metabolism* [Obesity and metabolism]. 2018; 15(1): 53–70. DOI: 10.14341/OMET2018153-70. (In Russ.)
2. Drapkina O.M., Samorodskaya I.V., Starinskaya M.A. [et al.]. Ozhirenie: otsenka i taktika vedeniya patsientov [Obesity: assessment and management tactics]. Moscow; 2021. 174 p. (In Russ.)
3. Zaletova T.S. Etiologiya, klassifikatsiya, posledstviya i metody lecheniya morbidnogo ozhireniya [Etiology, classification, consequences and treatment methods of morbid obesity]. *Meditsina. Sotsiologiya. Filosofiya. Prikladnye issledovaniya* [Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research]. 2022; (4): 18–20. (In Russ.)
4. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Kovalchuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti» [Questionnaire “Level of compliance”]. Vladivostok, 2014. 74 p. (In Russ.)
5. Klinicheskie rekomendatsii. Ozhirenie [Clinical guidelines. Obesity]. Rossiyskaya assotsiatsiya endokrinologov, Obshchestvo bariatricheskikh khirurgov [Russian Association of Endocrinologists, Society of Bariatric Surgeons]. Moscow, 2020. 95 p. (In Russ.)
6. Neymark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psikhologicheskoe soprovozhdenie patsientov do i posle vypolneniya bariatricheskikh operatsiy [Psychological support before and after bariatric surgery]. *Consilium Medicum*. 2016; (4): 53–57. (In Russ.)
7. Neymark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Individual'naya model' psikhologicheskogo soprovozhdeniya patsientov bariatricheskoy khirurgii «12 misheney» [Individual model of psychological support in bariatric surgery “12 targets”]. *Ozhirenie i metabolism* [Obesity and metabolism]. 2023; (4): 355–362. (In Russ.)
8. Toropina N.Yu. Effekty diskriminatsionnykh praktik vneshnosti individa [Effects of appearance-based discrimination practices]. Shag v nauku: materialy IV nauchno-prakticheskoy konferentsii molodykh uchenykh (II Vserossiyskoy) [Step into science: materials of the IV scientific-practical conference of young scientists (II All-Russian)]. Moscow. 2020: 64–72. (In Russ.)
9. Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E. [et al.]. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; (14): 1724–1737. DOI: 10.1001/jama.292.14.1724.

Received 01.10.2025

For citing: CHetverkina E.D., Gureeva I.L., Silina V.A., Sitkina E.V. Psikhologicheskij portret komplaentnogo patsienta s morbidnym ozhireniem. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (98): 118–127. (In Russ.)

Chetverkina E.D., Gureeva I.L., Silina V.A., Sitkina E.V. Psychological portrait of a compliant patient with morbid obesity. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (98): 118–127. DOI: DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-98-118-127.

1. Представление материалов

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Автор(ы) передает(ют) электронную версию статьи в формате Word 97–2003 и подписанный им(и) скан титульного листа на сайт журнала (<https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/author/submit/1>) через опцию «Отправить статью» и дублирует(ют) отправку на e-mail редколлегии: vestnikpst@yandex.ru.

2. Требования к материалам рукописи

Общие требования к тексту: шрифт Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с., включая текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

В начале первой страницы указывается универсальный десятичный код (УДК).

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (в формате обычного текста – не заголовок), учреждение и его адрес (указывается для каждого из авторов); 3) аннотация и ключевые слова, соотнесенные с Международным рубрикатором медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материал и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) наличие/отсутствие конфликта интересов, который может повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов; источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т. д.); благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин».

Сведения об авторах приводятся на русском и английском языке: фамилия, имя, отчество; ученая степень, ученое звание (указание ученого звания и должности факультативно); название места работы/учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране (при переводе следует использовать официальное название из Устава учреждения, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена); почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail автора. Обозначается вклад каждого автора в подготовку и написание статьи.

Авторы обязуются сообщить о конфликте интересов, связанном с подготовкой статьи.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу

7.0.5-2008. Если авторов пять и более, то необходимо указать фамилии трех авторов и далее в квадратных скобках сокращенное словосочетание «и другие» [и др.]. Для оптимизации транслитерации знаки точка и тире (.), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяются точкой. Обязательно указываются DOI статей, если они имеются.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) название учреждения приводится так, как оно указано в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах: транслитерированные имена, отчества, фамилии; ученые звания и степени, должность; учреждение, его адрес (дом, улица, город, почтовый индекс, страна); 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт <http://translit.net>, формат транслитерации – BSL. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его английский перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в самих журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; не допускаются тонкие заливки; допустимые форматы файлов – TIFF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм; легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

3. Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

4. Редакция оставляет за собой право сокращения статей без изменения концептуальной основы содержания, а также размещения статей в разделе «Дискуссионный клуб». Кроме того, редакция имеет право запросить у авторов заключения Этического комитета, сведения о возможности опубликования в открытой печати материалов исследования и др.

Предоставляются все авторские права, закрепленные законодательством Российской Федерации.

Более полный перечень правил для авторов, а также примеры оформления статей представлены:

- на сайте ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никиторова: <https://nrterm.ru/science/editorial-and-publishing/periodicals/zhurnal-vestnik-psihoterapii/>;
- на сайте журнала: <https://vestpsihoterapii.elpub.ru/jour/about/submissions#authorGuidelines>.